

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS
GESTANTES DIAGNOSTICADAS DE DESPRENDIMIENTO
PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA EN EL
HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO DESDE 2008-2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR(A):

BACHILLER TORRES VALDERRAMA, GRECIA THALIA

ASESOR:

DR. GAMBOA CORTIJO, GONZALO

CHICLAYO PERU

2017

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
NORMOINSERTA EN EL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA
ASENJO DESDE 2008-2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR(A):

BACHILLER TORRES VALDERRAMA, GRECIA THALIA

ASESOR:

DR. GAMBOA CORTIJO, GONZALO

CHICLAYO PERU

2017

DEDICATORIA

Dedico esta tesis en primer lugar a Dios quien siempre está guiando mi camino. A mis abuelos Martina y Juan que gracias a ellos me inspiraron a seguir esta carrera de amor y sacrificio. A mi madre que gracias a su amor, sacrificio y esfuerzo pude terminar esta hermosa carrera. Por último pero no menos importantes a todos los pacientes que podré ayudar en el camino de mi carrera.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor y maestros que me dieron las herramientas para alcanzar la meta propuesta. Sin olvidar a todos los trabajadores del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo que me brindaron todas las facilidades para la obtención de los datos alcanzados.

ÍNDICE

RESUMEN.....	09
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.1 Planteamiento del problema.....	12
1.2 Formulación del problema.....	12
1.3 Objetivos de la investigación.....	12
1.3.1 Objetivos Generales.....	12
1.3.2 Objetivos Específicos.....	13
1.4 Justificación del estudio.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 Antecedentes del estudio.....	14
2.2 Bases teóricas.....	22
2.3 Hipótesis.....	33
2.4 Variables.....	33
2.4.1 Operacionalización de la variable.....	33
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	39
3.1 Tipo de investigación.....	39
3.2 Población y muestra.....	39
3.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	39
3.4 Procesamiento de datos.....	40
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	41
CAPÍTULO V: DISCUSION.....	69
CONCLUSIONES.....	72
RECOMENDACIONES.....	73
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....	78

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 01: Incidencia de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	41
TABLA 02: Características Sociodemográficas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	41
TABLA 03: Antecedentes Ginecoobstétricos de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	43
TABLA 04: Complicaciones Maternas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	45
TABLA 05: Síntomas y Signos al ingreso de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	46
TABLA 06: Complicaciones Fetales de los recién nacidos de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	48
TABLA 07: Puntaje APGAR de los recién nacidos de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	48
TABLA 08: Presencia de Hipertensión Gestacional según Edad de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	49
TABLA 09: Presencia de Hipertensión Gestacional según antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	50
TABLA 10: Ruptura prematura de membranas según antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	51
TABLA 11: Shock Hipovolémico según Presencia de Hipertensión Gestacional de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	52
TABLA 12: Presencia de Coagulopatías según Presencia de Hipertensión Gestacional de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	53
TABLA 13: Útero Couvelaire según Presencia de Hipertensión Gestacional de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	54

TABLA 14: Insuficiencia Renal según Presencia de Hipertensión Gestacional de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	55
TABLA 15: Shock Hipovolémico según Ruptura Prematura de Membranas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	56
TABLA 16: Presencia de Coagulopatías según Ruptura Prematura de Membranas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	57
TABLA 17: Insuficiencia Renal según Ruptura Prematura de Membranas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	58
TABLA 18: Útero de Couvelaire según Ruptura Prematura de Membranas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	59
TABLA 19: Shock Hipovolémico según presencia de Útero de Couvelaire de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	60
TABLA 20: Presencia de Coagulopatías según Útero de Couvelaire de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	61
TABLA 21: Insuficiencia Renal según Útero de Couvelaire de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	62
TABLA 22: Frecuencia de los grados de desprendimiento en las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	63
TABLA 23: Patologías durante el embarazo según grado de desprendimiento en las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	64
TABLA 24: Complicaciones maternas durante el embarazo según grado de desprendimiento en las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	66
TABLA 25: Complicaciones Fetales de los recién nacidos según grado de desprendimiento en las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015.....	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01: Complicaciones Maternas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta.....	45
GRÁFICO 02: Síntomas y signos de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta.....	47
GRÁFICO 03: Presencia de Hipertensión Gestacional según Edad del Paciente....	49
GRÁFICO 04: Presencia de Hipertensión Gestacional según antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta.....	50
GRÁFICO 05: Ruptura prematura de membranas según antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta.....	51
GRÁFICO 06: Shock Hipovolémico según Presencia de Hipertensión Gestacional...	52
GRÁFICO 07: Presencia de Coagulopatías según Presencia de Hipertensión Gestacional.....	53
GRÁFICO 08: Útero Couvelaire según Presencia de Hipertensión Gestacional.....	54
GRÁFICO 09: Insuficiencia Renal según Presencia de Hipertensión Gestacional.....	55
GRÁFICO 10: Shock Hipovolémico según Ruptura Prematura de Membranas.....	56
GRÁFICO 11: Presencia de Coagulopatías según Ruptura Prematura Membranas.....	57
GRÁFICO 12: Insuficiencia Renal según Ruptura Prematura de Membranas.....	58
GRÁFICO 13: Útero de Couvelaire según Ruptura Prematura de Membranas.....	59
GRÁFICO 14: Shock Hipovolémico según Útero de Couvelaire.....	60
GRÁFICO 15: Presencia de Coagulopatías según Útero de Couvelaire.....	61
GRÁFICO 16: Insuficiencia Renal según Útero de Couvelaire.....	62
GRÁFICO 17: Frecuencia de los grados de desprendimiento.....	63
GRÁFICO 18: Patologías durante el embarazo según grado de desprendimiento.....	65
GRÁFICO 19: Complicaciones maternas durante el embarazo según grado de desprendimiento.....	67

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal retrospectivo, con el objetivo de identificar las características clínico epidemiológicas en las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta normoinsera hospitalizadas en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo 2008- 2015. La población de estudio está constituida por el total de las Historias Clínicas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en hospitalización del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo de 2008-2015. Resultados: La incidencia de presentación fue el 0.86%. Las Características Sociodemográficas se encontró que el 55.3% de las gestantes tuvieron edad entre 26 y 35 años. Además, el 84% tuvieron un grado de instrucción secundaria y superior universitaria. Por último, el 56.1% fueron convivientes. Los Antecedentes se encontró que el 42.3% de las gestantes indicaron que no tuvieron hijos previos; el 68.3% ninguna cesárea previa; el 69.1% ningún aborto previo. Además, el 3.3% presentó anteriormente desprendimiento prematuro de placenta. Las patologías que se presentaron durante el embarazo fueron que el 36.6% presentó preeclampsia; el 17.1% presentó ruptura prematura de membrana; el 7.3% presentó Corioamnionitis; el 6.5% presentó Miomatosis Uterina; el 1.6% presentó traumatismo. Cabe indicar que ninguna gestante presentó tabaquismo y diabetes mellitus. Los principales síntomas y signos fueron: Hemorragia vaginal 91.8%, dolor abdominal 75.6%, hipertoniá uterina 35%, y hemorragia vaginal + dolor abdominal 43%. Las complicaciones maternas fueron que el 13% presentó Útero de Couvelaire, el 8.1% presentó Coagulopatías, el 4.1% presentó Shock Hipovolémico; y el 2.3% presentó Insuficiencia Renal. No se presentaron muertes por complicaciones maternas Las complicaciones fetales fueron el sufrimiento fetal agudo (23.6%), el producto pretérmino (50.4%) y la muerte fetal intrauterina (13.8%). Las complicaciones perinatales más frecuentes que se presentaron fueron que el 28.5% presentaron depresión severa, el 12.2 % depresión moderada y muerte neonatal (8.9%).

Conclusión: El desprendimiento prematuro de placenta normoinsera es una catástrofe obstétrica que conlleva un alto riesgo materno-fetal, el diagnóstico oportuna del embarazo disminuyen de forma importante la morbilidad perinatal.

ABSTRACT

A retrospective, descriptive, cross-sectional, observational study was conducted with the objective of identifying clinical epidemiological characteristics in pregnant women with premature placental abruption, hospitalized at the Almanzor Aguinaga Asenjo Hospital in 2008-2015. The study population consists of The total of the Clinical Histories of the pregnant women diagnosed of premature placental abruption in the hospitalization of the Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo in the period 2008-2015. Results: The incidence of presentation was 0.86%. The Sociodemographic Characteristics found that 55.3% of pregnant women were between 26 and 35 years old. In addition, 84% had a high school and university degree. Finally, 56.1% were cohabiting. The Background found that 42.3% of the pregnant women indicated that they did not have previous children; 68.3% had no previous cesarean section; 69.1% no previous abortion. In addition, 3.3% previously had placental abruption. The pathologies that occurred during pregnancy were that 36.6% presented preeclampsia; 17.1% had premature membrane rupture; 7.3% had Chorioamnionitis; 6.5% presented Uterine Myomatosis; 1.6% had trauma. It should be noted that no pregnant women presented with smoking and diabetes mellitus. The main symptoms and signs were: vaginal bleeding 91.8%, abdominal pain 75.6%, uterine hypertonia 35%, and vaginal bleeding + abdominal pain 43%. The maternal complications were that 13% had Uterus of Couvelaire, 8.1% presented Coagulopathies, 4.1% presented Shock Hypovolemic; And 2.3% had Renal Insufficiency. There were no deaths from maternal complications. Fetal complications were acute fetal distress (23.6%), preterm (50.4%), and fetal intrauterine death (13.8%). The most frequent perinatal complications that occurred were that 28.5% had severe depression, 12.2% moderate depression and neonatal death (8.9%). Conclusion: The premature detachment of placenta normoinserta is an obstetric catastrophe that carries a high maternal-fetal risk, the timely diagnosis of pregnancy significantly decreases perinatal morbidity.

INTRODUCCIÓN

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, constituye una de las principales causas de morbilidad materna, fetal y neonatal. 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. Se considera una complicación obstétrica recurrente. Hay muchas posibles complicaciones fetales y neonatales de desprendimiento prematuro de placenta. La morbilidad perinatal y la tasa de mortalidad asociada con el desprendimiento son altas.

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.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El desprendimiento prematuro de placenta es una grave complicación durante el último trimestre del embarazo, que en la mayoría de los casos se asocia a preeclampsia. Sin embargo sigue siendo desconocida.

Es importante identificar todos los factores de riesgo presentes, ya que nos dará las pautas necesarias para formular planes estratégicos de prevención y tratamiento oportuno, para de ésta manera evitar el aumento de la morbi-mortalidad materno fetal en nuestra población.

El desprendimiento de placenta es una verdadera catástrofe obstétrica, la mayoría de las muertes perinatales se deben a muerte intrauterina antes de la admisión hospitalaria, mientras que las muertes neonatales son principalmente relacionadas con la prematuridad.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son las características clínicas epidemiológicas en las gestantes hospitalizadas con desprendimiento prematuro de placenta del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo 2008- 2015?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivos Generales

- Identificar las características clínica epidemiológicas en las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo 2008- 2015.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar la incidencia de los factores asociados de desprendimiento prematuro de placenta en las gestantes atendidas en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo 2008- 2015.
- Determinar las complicaciones maternas que presentaron las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta atendidas en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo 2008- 2015.
- Determinar las complicaciones fetales y perinatales de los productos de gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de placenta atendidas en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo 2008- 2015.

1.4 Justificación del estudio

El desprendimiento prematuro de placenta es una entidad grave que necesita intervención rápida de los servicios de salud para evitar la mortalidad en la madre y en el feto dado el severo compromiso orgánico que ocasiona la disminución brusca de irrigación sanguínea en el feto y la hemorragia en la madre producto del desprendimiento prematuro de la placenta. Los servicios de salud necesitan actualizar la incidencia de los factores de riesgo de acuerdo al ámbito de su influencia por lo que es de importancia realizar estudios que identifiquen dichos factores de riesgo así como las complicaciones en la madre y el feto. Se justifica en la medida que al identificar las características epidemiológicas con mayor incidencia relacionadas a esta patología nos permitirá adoptar las medidas adecuadas para la prevención y/o manejo oportuno de las pacientes gestantes que acuden al servicio de obstetricia del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. El presente estudio adquiere mayor importancia porque no se ha encontrado estudios previos en la región Lambayeque y cuyos resultados serán de conocimiento de los servicios de obstetricia del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo y los datos también servirán para la docencia universitaria de medicina.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

Matsuda Y, Shiozaki A, Hayashi K, Satoh S; realizaron un estudio caso-cohorte con el objetivo de aclarar y comparar los factores de riesgo de desprendimiento de la placenta y placenta previa, titulado “Comparación de los factores de riesgo de desprendimiento de la placenta y placenta previa. Estudio de caso-cohorte”. Estudiaron 242,715 nacimientos en 125 centros de la red perinatal en Japón a partir del 2001 hasta 2005, seleccionando 5036 nacimientos (2.5 %), de los cuales el 1.01% fueron nacidos de madres con desprendimiento prematuro de placenta. Encontraron 409 casos de muerte fetal intrauterino y 52 casos presentaron muerte neonatal. La edad gestacional media fue 34,2 +/- 4,1 semanas. Las causas determinantes de desprendimiento prematuro de placenta según estos autores fueron: Multiparidad (50.10%), edad materna mayor de 35 años (24,2 %), trabajo de parto pretérmino (23%), hipertensión inducida por el embarazo (13.8%), ruptura prematura de membranas (9.4%), fumadoras (8,6%), complicaciones ginecológicas y uterinas (3.9%), complicaciones respiratorias (2.7%), oligohidramnios (2.5%) entre otras. (1)

Aziz S, Tariq G, Soomro N, Sheikh A, Shabih-ul-Hasnain F, Aftab K; realizaron un estudio transversal-analítico con el objetivo de comparar los resultados y morbilidades perinatales entre la Placenta Previa frente al Desprendimiento Prematuro de Placenta en pacientes con hemorragia antes del parto, titulado “Resultado y morbilidad entre Placenta Previa versus el Desprendimiento Prematuro de Placenta”. Estudiaron 5559 nacimientos de la Unidad II de Obstetricia y Ginecología del Hospital Civil de Karachi, desde el 1 de agosto del 2007 hasta el 31 de julio de 2009; encontrando que el 3.6% (202 casos) presentaron desprendimiento prematuro de placenta. Según el grado de desprendimiento fue de grado I, en el 18,31% (n = 37) de los pacientes, de grado II, en 35,64% (n = 72) y grado III, en 46,03% (n = 93); acerca de la edad materna la mayor incidencia fue de 27,81 ± 5,29 (range 18 a 42) años; la paridad fue de 3,33 ± 2,77; la edad gestacional fue de 34,40 ± 3,87 semanas; el parto de mayor incidencia fue (67,32%, n = 136) vía vaginal; la muerte neonatal fue de 1,37% (n = 3) de incidencia y la mortalidad materna fue de 2 casos (16,66%). (2)

Matsuda Y, Ogawa M, Konno J., realizaron un estudio retrospectivo con el objetivo de investigar el pronóstico fetal / neonatal y comparar la muerte fetal intrauterina (IUFD) con los nacidos con desprendimiento prematuro de la placenta durante el periodo de enero 1 de 2009 y el 31 de diciembre de 2009 titulado “El pronóstico de los bebés nacidos de desprendimiento de la placenta - diferencia entre muerte fetal intrauterino y bebés nacidos vivos”. Se trató de un estudio multicéntrico en 94 institutos de Japón estudiando 54,628 partos, encontrando 355 gestantes complicadas por desprendimiento prematuro de placenta, lo cual representa el 0.65%. Así mismo encontraron que 89 fetos llegaron muertos a la admisión y 266 estaban vivos, que la edad gestacional promedio fue 34.3 +/- 3.5 semanas. Así mismo reportaron que los hallazgos anormales ecográficos fueron observados en 263 (74.1%) de casos, de los cuales 185 casos presentaron anecogenecidad retroplacentaria y 167 casos presentaron engrosamiento placentario. En los 266 fetos que estaban vivos en la admisión, se observaron 166 pacientes (62,4%) con frecuencia cardíaca fetal anormal. El principal resultado anormal fueron las desaceleraciones tardías persistentes en 51 casos y desaceleración prolongada en 86 casos. Una cesárea se realizó para 256 pacientes (96,2%). (3)

Pariente G, Mazor M, Sergienko R, Holcberg G; realizaron un estudio basado en la población con el objetivo de investigar los factores de riesgo y el resultado del embarazo de pacientes con desprendimiento de la placenta, titulado “El desprendimiento de placenta: Análisis crítico de los factores de riesgo y los resultados perinatales”. Estudiaron 185,476 partos en el centro médico de la universidad de Soroka durante 1988-2008; de los cuales el 0.7% presentaron desprendimiento prematuro de placenta, señalando que la incidencia aumentó entre los años 1991 y 2008 de 0.6 a 0.8%. Según la edad materna, entre 20-29 años presentaron mayor incidencia (47.7%), de ella la etnia beduino tuvo el 54% de incidencia, el 56% tuvo una edad gestacional de 5-36 semanas. En cuanto al peso al nacer el 43.3% tuvo peso al nacer de 2,500-4000g y, según el género del bebé el 53.8% fue varón. Los factores de riesgo obstétricos fueron: Cesárea previa (19.4%), desordenes hipertensivos (15.3%), aborto habitual (8.9%), ruptura prematura de membranas (8.6%), diabetes mellitus (7.3%). Las complicaciones maternas y perinatales fueron: Cesárea (67.7%), apgar al minuto fue 7 en el 44.6% de casos, apgar a los 5 minutos fue 7 (21.6%), siendo los valores normales de apgar al minuto de 7 y a los 5 minutos 10. La mortalidad perinatal fue (19.4%), la presentación patológica (19.1%), transfusión materna (14.9%), RCIU (8.1%), entre otros. (4)

Abasi I, Jeremiah I, Ekine A; realizaron un estudio retrospectivo en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Delta Níger del hospital docente de Okolobiri; entre enero de 2009 y diciembre de 2013; con el objetivo determinar la incidencia, factores predisponentes, la presentación clínica y el resultado materno y perinatal de los pacientes con desprendimiento de la placenta, titulado “Factores de riesgo y el resultado del embarazo con desprendimiento de placenta de la Universidad Delta Níger del hospital docente de Okolobiri, Sur-Sur Nigeria”. Estudiaron un total de 2736 partos, encontrando 40 casos de desprendimiento prematuro de placenta con una incidencia de 1.46%. El 61% de las parturientas estuvieron entre 20-34 años. Respecto a la paridad el 33.3% tuvo de 5 a más partos previos y el 77.8% no tuvieron controles prenatales, encontrando el 88.9% de las parturientas con desprendimiento prematuro de placenta en los factores económicos 3, 4 y 5. En este estudio, el trauma abdominal debido a masajes tradicionales abdominales durante el embarazo presentó el 72.2% de los casos, el 36,1% tuvo ingesta habitual de alcohol. Los signos clínicos más comunes fueron: Palidez 32 casos (88,9%) y sangrado por vía vaginal 31 casos (86,1%). Los ruidos cardíacos fetales estuvieron ausentes en 16 (44,4%) pacientes, trabajo de parto prematuro en 13 (36,1%) pacientes. Se observaron trastornos hipertensivos del embarazo en 13 (36,1%) pacientes, sufrimiento fetal ocurrió en 12 (33,3%). Según la mortalidad materna y morbilidad y las intervenciones de morbilidad asociada, 22 gestantes (61,1%) desarrollaron hemorragia posparto, 29 (80,6%) permanecieron anémicas en el período post-parto, 5 mujeres (13,9%) desarrollaron coagulopatía y 4 (11,1%) tenían sepsis puerperal. Encontraron 19 muertes perinatales que dan una tasa de mortalidad de 527,7 por cada 1.000 nacidos vivos de los cuales 16 fueron muertes fetales intrauterinas, mientras que 3 fueron muertes neonatales precoces. (5)

Boisramé T, Sananés N, Fritz G, Boudier E, Aissi G, Favre E, et al; realizaron un estudio de cohorte retrospectivo desde enero 2003 hasta 2012; con el objetivo de describir los factores de riesgo maternos y fetales, diagnóstico y pronóstico de desprendimiento de la placenta, titulado “Desprendimiento de placenta: factores de riesgo, manejo y pronóstico materno-fetal. Estudio cohorte de 10 años”. Estudiaron 55 926 partos después de las 24 semanas de gestación en 3 unidades de maternidad de un hospital universitario francés, encontrando 247 casos de desprendimiento prematuro de placenta representando una incidencia de 0.4%. Según la edad materna, el 20.7% de los casos se encontró en las

mayores de 35 años, de las cuales el 31% eran fumadoras. Los antecedentes materno-fetales fueron: 32.9% presentó hipertensión gestacional, 22% presentó ruptura prematura de membranas, 18.7% preeclampsia, 16.4% oligoamnios, 10.9% de 3 partos a más. La triada clínica clásica de metrorragia, hipertoniá uterina y dolor abdominopélvica estuvo presente sólo en el 9.7% de casos. En los 247 casos el 90.3% fueron sometidas a cesáreas, utilizando anestesia general en el 51.8% de ellas. Los autores en este grupo de estudio no encontraron muerte materna pero si complicaciones considerables: 7.7% presentó desordenes de coagulación y el 16.6% recibió transfusiones sanguíneas. Encontraron así mismo mortalidad perinatal en 18.4% y 68.1% de muerte fetal. (6)

Mukherjee S, Bawa A, Sharma S, Nandanwar Y, Gadani M. Realizaron un estudio retrospectivo descriptivo de septiembre 2007 a agosto 2009 se llevó a cabo en el departamento de Obstetricia y Ginecología en el hospital que es un centro de tercer nivel y el centro de enseñanza, Japón con el objetivo de identificar los factores de riesgo y el resultado materno y fetal en pacientes con desprendimiento prematuro de placenta titulado "Estudio retrospectivo de los factores de riesgo y el resultado materno y fetal en pacientes con desprendimiento prematuro de placenta". Estudiaron 7.164 nacimientos, encontrando 318 nacidos de madres con desprendimiento prematuro de placenta con una incidencia de 4,4%. Las características maternas fueron: Edad promedio 34,5 años (rango: 18-44 años), el 45% de los pacientes eran mayores de 30 años; el 25%, 11%, y 10,4% de los casos se asocia con la hipertensión, gran multipara, y el trauma, respectivamente. Dos tercios de los pacientes pertenecían al menor nivel socioeconómico. El sangrado vaginal (90,56% de los casos) fue el más común síntoma observado y la mayoría de los pacientes tenían contracción uterina hipertónica (54,71%). El 70% de los casos nacieron por vía vaginal. Encontraron 163 complicaciones con 32 casos (19.6%) en unidades de cuidados intensivos (UCI). El 23% de las gestantes recibieron más de 3 unidades de transfusiones sanguíneas. La histerectomía obstétrica fue necesaria en 7 (4.3%) pacientes para el control de la hemorragia postparto (HPP). Hubo 11 (3,5%) muertes maternas de las cuales se recibieron cinco en estado de shock grave con desprendimiento, tres eran secundarias a fallo multiorgánico tras coagulación intravascular diseminada, dos debido a hemorragia postparto incontrolada, y uno después de un fallo multiorgánico después de la insuficiencia renal y sepsis. La mortalidad fetal fue del (68%). Los peso al nacer de los recién nacidos mostraron una tendencia a pesos más bajos en más de 50% de los casos. (7)

Aguilar D, Meléndez V, Flores L, Tóvez A, Valladares L, Castellanos M; realizaron un estudio descriptivo transversal titulado "Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera, Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil" en el período del 22 de septiembre al 2 de diciembre de 2008. Estudiaron 3128 parturientas encontrando en esa población 1 caso de desprendimiento prematuro de placenta correspondiendo al 0.003 %. Así mismo reportan que el neonato presentó distres respiratorio. (8)

Adón L, Adam A, Aragonéz Y, Nelson O, Mejía V.; realizaron una investigación titulada "Factores de riesgos y características clínicas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta en la maternidad Nuestra Señora de la Altagracia". Se trató de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal y retrospectivo diseñado con el objetivo de identificar los factores de riesgo y características clínicas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta en el periodo Julio 2008 - Septiembre 2009. Estudiaron 23,099 embarazadas de las cuales 161 pacientes presentaron Desprendimiento Prematuro de Placenta (0,7% de incidencia), pero solo se tomó como muestra a 52 historias clínicas. Encontraron así mismo que 57.7% de las pacientes eran multíparas y que 71.2% estaban en el rango de edad de 19 - 35 años. Acerca de los síndromes hipertensivos del embarazo, hallaron que el 51.9% de las pacientes no padecían del síndrome hipertensivo del embarazo; en cuanto a las que si padecieron, 44.2% fue preeclampsia y 1.9% Eclampsia Crónica o Esencial. Según la relación entre el síndrome hipertensivo y la paridad, encontraron que la multiparidad y la preeclampsia fueron la relación más relevante con 25% y en cuanto a los factores de riesgo 5.8% padecían de polihidramios. En cuanto a los hábitos tóxicos, 3.8% presentó tabaquismo. El tipo de sangrado fue el externo con 67.3% y el desprendimiento total fue el más elevado, con 61.5%. Concluyeron que las multíparas tienen una incidencia muy marcada de los factores de riesgo, seguida de la preeclampsia. (9)

Yépez R. Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en un hospital de Guayaquil titulado "Hemorragias uterinas del tercer trimestre en pacientes embarazadas de 32 a 36 semanas, Hospital Ginecoobstétrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero 2013". Encontró 533 gestantes que ingresaron con diagnóstico de hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo, seleccionando como muestra a 128 pacientes, registrando incidencia de desprendimiento prematuro de placenta con un 53,90%. (10)

Naranjo V., realizó un estudio descriptivo, analítico, prospectivo y observacional titulado “Incidencia de hemorragia vaginal en la segunda mitad del embarazo en mujeres 15-45 años, en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo Guayaquil, periodo septiembre-mayo 2013”. Estudió 2,076 gestantes, de las cuales 19 (0.91%) presentaron desprendimiento prematuro de placenta, siendo la edad gestacional más frecuente entre las 28-35 semanas (47.36%). Los antecedentes gineco-obstétricos más frecuentes fueron: Gestaciones 2-4, representando el 47.36%, la cesárea previa de mayor incidencia fue 1 cesárea previa, representando el 35.89%. El grupo etáreo de 25-35 años fue el más afectado en desprendimiento prematuro de placenta, representando el 57.89%. La letalidad fetal en desprendimiento prematuro de placenta es 1 caso, representando el 5.26%. La letalidad materna en desprendimiento prematuro de placenta fue de 2 casos, representando el 10,52%. (11)

Cerón, L.; realizó un estudio descriptivo- prospectivo, en el departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, durante el periodo comprendido de enero 2010 a diciembre del 2012; con el objetivo de determinar la morbilidad y mortalidad materna perinatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, titulado “Desprendimiento Prematuro de Placenta Consecuencias Materno Perinatales”. Estudió 6723 nacimientos identificando 58 casos de desprendimiento prematuro de placenta de los cuales el 51.72% se encontraba entre las edades de 16-25 años. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, el 43.10% fueron multíparas y, acerca del nivel de escolaridad, el 36.21% fueron analfabetas y el estado civil predominante (36.21%) pertenece a casadas. Respecto al control prenatal, según la paridad de las pacientes, 32 lo tuvieron y 26 no lo tuvieron, correspondiendo en mayor porcentaje de estas (17.24%) a pacientes multíparas. Sobre el grado de desprendimiento placentario, 56 pacientes (96.55%) se encontraban en el tercer trimestre del embarazo. Además, establecieron que respecto a la presentación clínica, según la edad gestacional de las pacientes, el 55.17% tenían hemorragia vaginal con dolores tipo parto a su ingreso a emergencia; el 34.48% presentaban hemorragia vaginal sin dolores tipo parto. Acerca de la morbilidad fetal, en relación al sexo y grado de desprendimiento placentario, 87.93% correspondiente a 51 recién nacidos, no presentaron ninguna patología, siendo el sexo masculino, 32 casos, el predominante. Encontraron 3 casos de

prematurez, 2 casos de asfixia perinatal y como causa grave 2 casos correspondiendo a mortinato y óbito fetal, estos relacionados con desprendimiento placentario grado III. (12)

Pocasangre E. Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante el año 2012, sobre las características epidemiológicas con hemorragia del tercer trimestre con el objetivo de identificar la patología más frecuente de los tipos de Hemorragia del tercer trimestre de la gestación titulada "Caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes con hemorragia del tercer trimestre del embarazo", encontrando que de 10,432 gestantes el 0,06% (6 gestantes) presentó incidencia desprendimiento prematuro de placenta. (13)

Calderón, A.; en su tesis para obtener el grado de especialista de Ginecología y Obstetricia titulado "Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Morbi-mortalidad y resultados perinatales en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México en el período de enero a diciembre de 2012", realizó un estudio retrospectivo y descriptivo con el objetivo de describir los resultados neonatales y las complicaciones maternas en pacientes que presentaron Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserto en el año 2012 en el Instituto Materno Infantil del Estado de México, estudiando 10,556 nacimientos, de los cuales 86 nacidos fueron de madres que presentaron desprendimiento prematuro de placenta, (incidencia del estudio 0.81 %), encontrando que la edad materna promedio fue entre 21 y 35 años (61.6%) y respecto a la paridad encontró que el 66.3% fueron multigestas. Entre los principales factores de riesgo, el 34.6% presentó cuadros hipertensivos del embarazo, el 22.1% tuvo ruptura prematura de membranas, y trabajo de parto prolongado el 11.6 %; formas clínicas de sobredistensión uterina como embarazo gemelar o polihidramnios el 9.3%, placenta previa 7.0%, antecedente de desprendimiento placentario 4.7%, entre otros. De los síntomas que las llevaron al hospital, el sangrado transvaginal fue el síntoma predominante con 25.6%, hipertensión uterina 22.1% y el 10.5% de las pacientes ingresaron sin cuadro clínico de Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normoinserto. Las complicaciones maternas que se presentaron fueron: Choque hipovolémico 15.1%, útero de Couvelaire 8.1%, atonía uterina 5.8%, y el 69.8% de las pacientes evolucionaron sin complicaciones y solo el 1.2% terminaron en histerectomía obstétrica. La vía de nacimiento fue en su mayoría abdominal con un 97.7% y el 2.3% fue por vía vaginal. La tasa de mortalidad perinatal fue de 10.5%, el 8.1% correspondió a óbitos. Se reportaron 2

muerter maternas cuya causa directa de la muerte no fue el Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta (DPPNI), sino complicaciones debidas a preeclampsia-eclampsia. (14)

Acho S, Salvador J, Díaz J, Paredes J.; realizaron un estudio descriptivo en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú; en el período de enero de 2008 a diciembre del 2009, con el objetivo de determinar la frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo de la gestación titulado “Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en un hospital nacional de Lima”; estudiaron 9 577 intervenciones obstétricas realizadas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de las cuales la frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta representó el 1,05%, siendo que el 64.4% se presentaron entre los 20 y 34 años de edad. En relación a la mortalidad por desprendimiento prematuro de placenta, 13 casos de los óbitos fetales estuvo en el grupo de desprendimiento prematuro de placenta, hubo una muerte materna en un caso de desprendimiento prematuro de placenta complicado con coagulación intravascular diseminada e insuficiencia renal aguda. (15)

Dioses E, Oña J, Cardoza K, Meza J, Matorel M., realizaron un estudio de casos y controles independientes con casos prevalentes con el objetivo de Identificar los factores y las complicaciones asociadas a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana en el periodo 2011-2012 “titulado Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital del norte del Perú”. Encontró que de 8936 gestantes que ingresaron al Hospital de Apoyo II-2 de Sullana para la atención de su parto durante el periodo de estudio, 222 de ellas (2,48%) presentaron hemorragia de la segunda mitad del embarazo, de este grupo se seleccionaron aleatoriamente 69 pacientes que presentaron hemorragia de la segunda mitad del embarazo y sus respectivos controles. Con respecto a la etiología, de los 69 casos seleccionados de hemorragia de segunda mitad del embarazo, el 43,48% fue debido a desprendimiento prematuro de placenta (DPP). Se presentó un solo caso (1,45%) de coagulación intravascular diseminada (CID) en el grupo de desprendimiento prematuro de placenta. (16)

2.2 Bases Teóricas

DEFINICIÓN:

Es un accidente agudo que consiste en el desprendimiento total o parcial de la placenta correctamente inserta antes de la expulsión fetal en una gestación con edad gestacional superior a 20 semanas. (17, 18, 19, 20, 21, 22). La placenta se desprende por una hemorragia en la decidua basal formándose un hematoma retroplacentario. Esta hemorragia puede salir al exterior, despegando las membranas ovulares (hemorragia externa) o quedar retenida en el útero, encapsulada detrás de la placenta (hemorragia oculta).

Este hematoma interrumpe los intercambios materno-fetales, lo que explica la alta incidencia de morbilidad fetal, al tiempo que determinados productos placentarios (tromboplastina) pasan a la circulación materna pudiendo originar una coagulación intravascular diseminada. Se le conoce también como abruptio placentae de De Lee, ablatio placentae de Holmes. (19)

INCIDENCIA:

La incidencia se estima entre 0.2- 1% de todos los partos (17, 18, 19, 20, 21); es causa de mortalidad materna de 0.5% a 5% y mortalidad fetal entre el 50% y 80%. (20)

ETIOLOGÍA:

- Edad, paridad, raza y factores hereditarios:

La incidencia aumenta con la edad materna. En un estudio las mujeres mayores de 40 años tuvieron una probabilidad de 2.3 veces más alta de presentar desprendimiento prematuro de placenta comparadas con las de 35 años de edad o menos; la incidencia es más alta en mujeres de gran paridad, es más frecuente en mujeres estadounidenses de raza negra y caucásicas que asiáticas o latinoamericanas: hay una asociación hereditaria.

- Hipertensión Gestacional y Esencial

El padecimiento relacionado más a menudo con el desprendimiento prematuro de placenta es algún tipo de hipertensión (hipertensión gestacional, pre eclampsia, hipertensión crónica, o una combinación de estas). En un informe de mujeres con DPP y pérdida fetal, quedó de manifiesto la hipertensión en alrededor de la mitad de las mujeres,

la mitad de estas mujeres tenía hipertensión crónica. En otro estudio notificaron un aumento de 2.4 veces la incidencia de desprendimiento con hipertensión crónica, y esta cifra aumentaba aún más si se superponía pre eclampsia o restricción del crecimiento fetal.

➤ Rotura prematura de membranas y parto prematuro:

Incrementa la incidencia de DPP cuando las membranas se rompen antes del término. En un estudio informaron que 5% de 756 mujeres con rotura de membranas entre las 20 y las 36 semanas tuvo DPP. Otro estudio observaron una incidencia de 3.1% en todas las pacientes cuando las membranas estuvieron rotas más de 24h. Otro estudio notó que el riesgo de DPP aumentaba tres veces cuando las membranas se rompían en forma prematura; el riesgo se incrementaba todavía más en presencia de infección. (18)

➤ Traumatismo abdominal/accidente (mecanismo de aceleración-deceleración):

Se produce un cizallamiento de la placenta inelástica debido a la contracción súbita de la pared uterina subyacente. El desprendimiento de la placenta en estos casos suele presentarse dentro de las primeras 24 horas tras el evento precipitante y tiende a ser grave. (21)

➤ Cocaína y otras drogas de abuso:

Producen vasoconstricción, isquemia y alteración de la integridad vascular. Hasta un 10 % de las mujeres consumidoras de cocaína en el tercer trimestre tendrá un desprendimiento de placenta. Solicitaremos las pruebas de tóxicos en orina en las pacientes con factores de riesgo para el consumo de sustancias. (21)

➤ Tabaco:

Tiene también efectos vasoconstrictores que causan hipoperfusión placentaria, isquemia decidua, necrosis y hemorragia. Es uno de los pocos factores de riesgo modificables. Conlleva 2.5 veces más riesgo de desprendimiento y el riesgo aumenta en un 40% por cajetilla fumada al día. Además, la combinación de tabaquismo e hipertensión tiene un efecto sinérgico sobre el riesgo de desprendimiento. (21)

➤ Trombofilias:

Varias trombofilias hereditarias o adquiridas se relacionaron con trastornos tromboembólicos durante el embarazo. Algunas de estas alteraciones, por ejemplo el factor V de Leiden o la mutación en el gen para protrombina, se relacionan con DPP e infarto de la placenta, así como con preeclampsia. (18)

➤ Leiomiomas:

Estos tumores, en especial si están localizados detrás del sitio de implantación de la placenta, predisponen a DPP. (18)

- Historia previa de desprendimiento prematuro de placenta: 17% de recidiva.
- Maniobras obstétricas:
- Como la versión externa con cordón umbilical corto.
- Descompresión aguda de polihidramnios
- Drogadicción
- Escaso aumento de peso durante la gestación.
- Diabetes mellitus. (20)

FISIOPATOLOGÍA:

Los síndromes hipertensivos del embarazo y otras complicaciones que producen injuria del endotelio vascular, como la diabetes mellitus o las enfermedades renales crónicas, pueden romper los vasos de la decidua basal y producir la extravasación sanguínea y el consiguiente hematoma.

Al desprenderse la placenta, se produce un hematoma en la decidua basal, que separa la placenta del sistema vascular materno, lo que produce recurrencia del desprendimiento.

Dependiendo de la magnitud del cuadro, se desencadena la cascada de coagulación, que lleva a la paciente a cuadros de coagulación intravascular diseminada.

El hematoma formado puede quedar oculto (retenido) detrás de la placenta o de las membranas, adherido o infiltrando la pared uterina, o puede pasar a través de ellas hacia el líquido amniótico (líquido amniótico color vino oporto). También, la sangre retenida puede separar la placenta y las membranas y salir al exterior por la vagina.

Se responsabiliza a la hipertonía uterina de todos los procesos de desprendimiento. Existe un aumento primario del tono y de la presión miometrial.

El miometrio comprime los vasos que lo atraviesan; colapsa las venas, más no las arterias: por tanto, la sangre sigue entrando al útero, pero halla dificultad para salir. Aumenta la presión en los capilares, venas y lagos sanguíneos del útero, produciendo ruptura de los capilares y de los lagos sanguíneos, originando el hematoma y desprendimiento placentario. (20)

ANATOMÍA PATOLOGÍA:

Entre la placenta y la pared del útero se derrama la sangre extravasada, que proviene de los vasos maternos de la región. Los infartos o seudoinfartos que a veces se encuentran parecerían ser consecuencia y no causa del desprendimiento. Cuando la patogenia del desprendimiento es traumática, el hematoma es secundario; cuando es gestósica, el mismo es previo al desprendimiento. La cantidad de coágulos está en relación directa con la intensidad de la separación. En algunos casos la superficie placentaria desprendida es pequeña menor a 1/6 de la misma y como ello no produce perturbaciones, es imposible diagnosticar el accidente, el que se descubre tan solo por el examen de la placenta después del alumbramiento. Los coágulos dejan en ella una huella en forma de cráter.

La sangre derramada se colecciona y forma coágulos dentro del útero, pero luego trata de ganar el exterior labrándose un camino entre las membranas y la pared uterina, para lo cual necesita disecar y desprender tales membranas; recién entonces se hace visible en forma de hemorragia externa, que por las circunstancias apuntadas se presenta como sangre oscura y con coágulos (no recientemente extravasada). Si la perdida hemática no logra franquearse el paso al exterior, queda retenida dentro de la matriz (hemorragia interne). A veces la hemorragia es mixta (externa e interna).

En los casos graves, la sangre derramada invade la pared uterina; se observan entonces zonas con extensas hemorragias miometriales que disocian los haces musculares y que pueden difundirse hacia el tejido subperitoneal, las trompas, los ovarios y, a veces, los ligamentos anchos, regiones que adquieren una coloración azul difusa o moteada, constituyendo la llamada apoplejía uteroplacentaria de Couvelaire. Las fibras musculares uterinas en ocasiones se hallan seriamente comprometidas en su vitalidad y capacidad funcional. Este cuadro grave de desprendimiento es más común en las embarazadas gestósicas. (18)

CLASIFICACIÓN:

CLASIFICACION DE PAGE:

Grado 0: asintomática, menos de 1/6 parte de la superficie placentaria.

Grado I: metrorragia variable sin otros síntomas. menos de 30% de desprendimiento.

Grado II: feto vivo con dolor abdominal, hemorragia oculta, afectación fetal y menos frecuentemente CID. La mayoría suelen evolucionar a grado III. Corresponde a 30 a 50% de superficie de desprendimiento.

Grado III: desprendimiento total. Comienzo brusco. Paciente que presenta hemorragia vaginal, hematoma retroplacentario, sensibilidad uterina (con o sin hipertonía), Choque materno, muerte fetal y signos de coagulopatía de consumo.

CLASIFICACION DE SHER:

GRADO I: hemorragia escasa o ausente. Coagulo menor de 150 ml.

GRADO II: Metrorragia anteparto, signos clásicos de DPPNI, intensidad hemodinámica materna, feto con alteraciones en la FC, coagulo de 150 a 500 ml.

GRADO III: características clínicas del grado III pero con muerte fetal confirmada, CID, IRA. Coagulo mayor de 500 ml.. (20)

SINTOMATOLOGÍA:

La clínica se concreta en la triada: a) hemorragia, b) dolor abdominal, y c) hipertonía uterina, pudiendo existir además hipoxia fetal o muerte fetal, shock y CID. (19, 20).

- A) Si existe hemorragia externa, ésta adquiere caracteres especiales que la identifican: es un tanto tardía, pues la sangre proveniente del hematoma interuteroplacentario ha debido labrarse un camino despegando las membranas de la pared del útero; es poco abundante, de color negruzco; se acompaña de coágulos provenientes del hematoma, y es de carácter intermitente.
- B) Cuando no hay hemorragia externa o aun con ella, el cuadro se complementa con otra serie de signos:
 - 1. La iniciación del proceso se acompaña de dolor agudo de intensidad creciente, con su máxima localización en el sitio de asiento del desprendimiento. El útero

crece debido a la acumulación de sangre en su interior, y su pared aumenta también considerablemente su consistencia y tensión, hasta adquirir a la palpación el carácter clásico del útero leñoso, salvo en el sitio de asiento de la placenta y del desprendimiento, donde suele existir cierta blandura. La hipertonía causa sensibilidad a la presión por la tensión del peritoneo, a la par que explica que las partes fetales sean difícilmente palpables.

2. El cuadro de fondo de la mujer es el de anemia y shock.
3. Si el desprendimiento es importante (más de la mitad de la superficie placentaria), el feto sufre anoxia y muere como consecuencia lógica de ésta; la muerte fetal ocurre en la mayoría de los casos.
4. El tacto vaginal revela que las membranas están muy tensas. Se ha podido comprobar que durante la contracción del útero el tacto vaginal revela que la bolsa de las aguas abomba. Este hecho representa el único signo clínico de la actividad contráctil en los casos en que ésta se hallara encubierta por la hipertonía.

DIAGNÓSTICO:

Presentación clínica: Se establece por el dolor abdominal, la hipertonía uterina y la metrorragia con shock o sin él. Se presentan dos situaciones:

- a) En caso de hemorragia externa o mixta, el diagnóstico diferencial presenta escasas dificultades, puesto que si no se trata de un proceso ginecológico, que siempre se debe investigar, la única metrorragia de gran frecuencia que al final del embarazo puede inducir duda es la placenta previa. Pero la hemorragia y los síntomas acompañantes son en una y otra distintos.
- b) En ausencia de hemorragia externa, otros cuadros se prestan a confusión. La hemorragia interna hace pensar en la rotura del útero, pero esta se halla precedida por una intensa actividad contráctil hasta que se origina el accidente, el que, al producirse, seda los síntomas locales. En el embarazo ectópico avanzado está ausente la serie de signos provenientes del útero. El aumento de tamaño y de tensión de este induce a pensar en el polihidramnios agudo, pero en tal caso han de faltar los signos de hemorragia y shock. (18).

Hallazgos de laboratorio: El laboratorio representa una útil herramienta para valorar el estado hemodinámico materno. El parámetro hematológico que guarda mejor correlación con la gravedad de la hemorragia materna son los niveles de fibrinógeno. Valores iniciales de fibrinógeno ≤ 200 mg/dl tienen un valor predictivo positivo del 100% de hemorragia postparto severa, mientras que unos niveles de ≥ 400 mg / dl tienen un valor predictivo negativo del 79%. Un desprendimiento leve con una hemorragia escasa expondrá unas pruebas de hemostasia normales. Sólo si el desprendimiento es grave podrá conducir a una coagulación intravascular diseminada (CID), cuyo diagnóstico se confirma mediante la demostración de una mayor formación de trombina (disminución del fibrinógeno) y un aumento de la fibrinólisis (elevación de productos de degradación de la fibrina y dímero D) Sin embargo, los hallazgos de laboratorio predictivos de CID leve deben ser interpretados con precaución ya que en el embarazo se producen aumentos fisiológicos en la concentración de casi todos los factores de la coagulación y también existe una leve disminución en el recuento de plaquetas.

Imagen: La ecografía es útil para identificar un hematoma retroplacentario y para excluir otros trastornos asociados con sangrado vaginal y dolor abdominal. La identificación de un hematoma retroplacentario es el hallazgo ecográfico clásico del desprendimiento placentario y apoya firmemente el diagnóstico clínico, pero está ausente en muchas otras pacientes. Los hematomas retroplacentarios pueden tener un aspecto variable, según su tiempo de evolución pueden aparecer sólidos, complejos e hipo, hiper o isoecoicos con respecto a la placenta. Cuando se presentan hipoecogénicos y sonoluscentes orienta hacia el diagnóstico de hematoma resuelto y no hematoma agudo. Cabe resaltar que el hematoma que conseguimos identificar por ecografía depende de la magnitud de la hemorragia, de la cronicidad del sangrado y de la cantidad de sangre que ya se haya expulsado a través del cuello uterino. Por ello, aunque los peores resultados parecen ocurrir cuando hay pruebas ecográficas de un hematoma retroplacentario, la ausencia de hematoma retroplacentario no excluye la posibilidad de desprendimiento grave pues la sangre puede no quedarse retenida en el útero y ser expulsada vía vaginal. La sensibilidad de la ecografía para el diagnóstico del DPPNI es baja, oscilando entre el 25-50%, por tanto, la ausencia de hallazgos en la ecografía no excluye la posibilidad de un DPPNI. No obstante, el valor predictivo positivo es alto (88%) cuando los hallazgos ecográficos sugestivos de

desprendimiento están presentes. Una búsqueda exhaustiva de otros hallazgos sugestivos de DPPNI en pacientes sintomáticas puede mejorar la sensibilidad y especificidad de la ecografía. Por ejemplo, colecciones subcoriales de líquido (incluso a distancia desde el sitio de fijación de la placenta), restos ecogénicos en el líquido amniótico o el aspecto de una placenta engrosada, especialmente si brilla con los movimientos maternos (signo de la gelatina)

Criterios ecográficos para el diagnóstico del desprendimiento de placenta:

- a. Colección preplacentaria debajo de la placa coriónica (entre la placenta y el líquido amniótico).
- b. Movimiento “jelly-like” (signo de la gelatina) de la placa coriónica.
- c. Colección retroplacentaria.
- d. Hematoma marginal o subcorial.
- e. Aumento heterogéneo del espesor placentario (más de 5 cm en un plano perpendicular).
- f. Hematoma intra-amniótico. En última instancia, la RMN puede ser útil para detectar casos de abruptio no diagnosticados por ecografía, pero su disponibilidad es menor.

Histológico: La ausencia de hallazgos histológicos característicos en la placenta no excluye el diagnóstico de desprendimiento ya que el examen histopatológico de la placenta tras un desprendimiento agudo puede no revelar ninguna anomalía en la misma. En un estudio de casos y controles multicéntrico, el examen histopatológico estandarizado de la placenta sólo fue capaz de confirmar un diagnóstico clínico firme en el 30% de los casos. En los casos menos agudos puede observarse un hematoma retroplacentario organizado en el parénquima placentario. También pueden observarse infartos placentarios recientes que se caracterizan por la preservación de la arquitectura de las vellosidades del estroma, degeneración eosinofílica del sincitiotrofoblasto y aglutinación de las vellosidades con neutrófilos intervillosos dispersos. Estos infartos requieren aproximadamente cuatro a seis horas para formarse.

COMPLICACIONES:

Choque:

Alguna vez se sostuvo que el choque que a veces se observa con DPP no guardaba proporción con la cantidad de la hemorragia. Supuestamente, la tromboplastina placentaria entra en la circulación materna e incita coagulación intravascular y otras características del síndrome de embolia de líquido amniótico esto ocurre muy pocas veces, y más bien el choque hipovolémico es consecuencia directa de la hemorragia materna. En 141 mujeres con DPP de gravedad tal que mató al feto, demostraron que la pérdida de sangre a menudo ascendía al menos a la mitad del volumen sanguíneo propio del embarazo. Por el contrario, ni la hipotensión ni la anemia son obligadas, incluso con hemorragia externa oculta. La oliguria por hipoperfusión renal que se observa en estas circunstancias responde a la administración enérgica de líquidos intravenosos y sangre.

Coagulopatía de consumo:

El DPP es una de las causas más frecuentes de coagulopatías de consumo con importancia clínica en obstetricia. En casi un tercio de las mujeres con DPP lo bastante grave como para matar al feto, hay cambios mensurables en los factores de coagulación. En particular, se observa hipofibrinogenemia de importancia clínica, con concentraciones plasmáticas menores de 150 mg/dl. Esto se acompaña de incremento de los productos de degradación de fibrinógeno-fibrina o dímeros D, que son productos específicos de la degradación de la fibrina. Otros factores de coagulación también en forma variable. La coagulopatía de consumo es más probable cuando hay un desprendimiento oculto porque la presión intrauterina es más alta, lo que empuja una mayor cantidad de tromboplastina al interior del sistema venoso materno. En los casos en los que el feto sobrevive, es menos frecuente que haya defectos grandes en la coagulación.

El principal mecanismo es la activación de la coagulación intravascular con grados variables de desfibrinación. Los factores procoagulantes también se consumen en los coágulos retroplacentarios, aunque las cantidades recuperadas no bastan para explicar todo el fibrinógeno que falta. Se ha observado que las concentraciones de productos de degradación de fibrina son más altas en el suero de sangre periférica

que en el suero de sangre contenida en la cavidad uterina. Podría anticiparse lo contrario en ausencia de coagulación intravascular importante.

Insuficiencia renal:

Es más frecuente si el tratamiento de la hipovolemia se retrasa o es incompleto. No está claro si el desprendimiento contribuye de manera significativa al aumento de la incidencia de nefropatía aguda por causas obstétricas. En un estudio informaron de 72 embarazadas con insuficiencia renal aguda y la tercera parte había experimentado su DPP. Por fortuna, la mayor parte de los casos de nefropatía aguda es reversible. Sin embargo, cuando la necrosis cortical aguda ocurre en el embarazo, casi siempre se debe a DPP.

La alteración grave del riesgo renal es la consecuencia de hemorragia masiva. Dado que la preeclampsia a menudo coexiste con el DPP, es probable que el vasospasmo renal y la hipoperfusión se intensifiquen. Aun cuando el DPP se complique por coagulación intravascular grave, el tratamiento expedito y vigoroso de la hemorragia con sangre y solución cristaloide suele evitar la disfunción renal de importancia clínica. Por razones que se desconocen, incluso sin preeclampsia, la proteinuria es frecuente al inicio, en especial con variantes más graves de DPP. Por lo general desaparece poco después del parto.

Síndrome de Sheehan:

La hemorragia grave intraparto o durante el periodo postparto temprano en raras ocasiones va seguida de insuficiencia hipofisaria. Este se caracteriza por imposibilidad de lactar, amenorrea, atrofia mamaria, pérdida del vello púbico y axilar, hipotiroidismo e insuficiencia de la corteza suprarrenal. No se entiende bien la patogenia exacta, y estas anomalías endocrinas aparecen con poca frecuencia incluso en las mujeres que presentan hemorragia grave. En algunos casos de síndrome de Sheehan, puede haber grados variables de necrosis de la porción anterior de la hipófisis, con alteraciones de la secreción de una o más hormonas tróficas.

Útero de Couvelaire:

Puede haber extravasación diseminada de sangre hacia la musculatura uterina y por debajo de la serosa del útero. Esos derrames de sangre también se observan en ocasiones por debajo de la serosa de las trompas, entre las hojas de los ligamentos anchos, en el tejido ovárico y libre en la cavidad peritoneal. Se desconoce su incidencia precisa porque solo puede demostrarse de manera concluyente por medio de laparotomía. Estas hemorragias miometriales rara vez interfieren en la contracción miometrial para causar atonía y no son indicación para histerectomía. (18)

EVOLUCIÓN:

- 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: en estas condiciones posee la peculiaridad de ser acentuadamente rápido y puede adquirir los caracteres del “parto en avalancha” (expulsión sin intervalo de continuidad del feto, los coágulos y la placenta). La causa de esta rápida evolución se explica porque el útero, en asociación con la hipertensión, puede presentar contracciones rítmicas de intensidad imperceptible a la palpación abdominal, que desarrollan, en tales circunstancias, un efecto dinámico e impulsor intenso.
- 3) En algunos casos, un inadecuado tratamiento ante ciertas evoluciones desfavorables puede derivar en un grave cuadro de hemorragia y shock, que puede llevar a la muerte materna. (17)

PRONÓSTICO:

Puede presentar altas tasas de morbilidad materno-fetal. Se considera que hasta un 30% de los fetos ya están muertos cuando la gestante ingresa en el hospital, lo que revela la gravedad de este accidente. Los factores que determinan el pronóstico materno-fetal son:

- a) Forma clínica y gravedad de presentación de DPPNI.
- b) Edad gestacional.
- c) Existencia de CID y de otras complicaciones. (19)

2.3 Hipótesis

Características clínica epidemiológicas de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera son: Edades extremas de la vida, multiparidad, hipertensión gestacional, ruptura prematura de membranas, miomatosis y traumatismos abdominales. La clínica es: hemorragia transvaginal, dolor abdominal e hipertoniá uterina.

2.4 Variables

Variable: Características Clínica Epidemiológicas en gestantes con desprendimiento prematuro de placenta.

2.4.1 Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	SUB-INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Características Clínica Epidemiológicas en gestantes con desprendimiento prematuro de placenta.	Características o exposiciones que aumentan la probabilidad de presentar desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y que como consecuencia ocasionan alteraciones en la madre, el feto y en los recién nacidos	Características Clínicas	Características o exposiciones inherentes a la persona o la gestacion	Edad	Cuantitativa	16-25 años	Razón
					Discreta	26 – 35 años	
						36 – 40 años	
						41 – 44 años	Nominal
				Procedencia	Cualitativa		
					Politónica		
				Número de Hijos	Cuantitativa	Nulípara	Ordinal
					Discreta	Primípera	
						Múltipara	
				Grado de Instrucción	Cualitativa	Sin Instrucción	Ordinal
					Politónica	Primaria	
						Secundaria	
				Ocupación		Superior Técnica	
						Superior Universitaria	Nominal
					Cualitativa		
					Politónica		

				Estado Civil	Cualitativa Politónica	Soltera Conviviente Casada	Ordinal
				Número de cesáreas	Cuantitativa Discreta		Razón
				Número de abortos	Cuantitativa Discreta		Razón
				Antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Antecedentes de traumatismos durante la gestación	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Antecedentes de Tabaquismo	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Presencia de Hipertensión	Cualitativa Politónica	Ausencia Preeclampsia	Nominal

				Gestacional		Eclampsia	
				Ruptura Prematura de Membranas	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Miomatosis Uterina	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Diabetes Mellitus	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Dolor Abdominal	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Hemorragia Vaginal	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Hipertonía Uterina	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Grado de Desprendimiento	Cuantitativa Discreta	0 I	Ordinal

						II III	
		Complicaciones Maternas	Alteraciones en la madre como consecuencia del desprendimiento prematureo de placenta normoinsera	Shock Hipovolémico	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Coagulopatías	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Insuficiencia Renal	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Útero de Couvelaire	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Mortalidad	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal

		Complicaciones Fetales	Alteraciones en el feto producto de madres con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera	Sufrimiento fetal agudo	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Muerte fetal intrauterina	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
				Producto Pretérmino (<37 semanas)	Cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal
		Complicaciones Perinatales	Alteraciones en el recién nacido de madres que han sufrido de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera	Apgar al primer minuto	Cuantitativa continua		Nominal
				Apgar a los 5 minutos	Cuantitativa continua		Nominal
				Mortalidad	cualitativa Dicotónica	Sí No	Nominal

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y nivel de investigación

- **Tipo de investigación:** Observacional, descriptiva, transversal, retrospectiva.
- De acuerdo con el período que se capta la información, el estudio es Retrospectivo
- De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado es Transversal.
- De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza es un estudio Observacional.
- De acuerdo al fin que se persigue es una investigación Aplicada

3.2 Población y muestra

Población

La población de estudio está constituida por el total de las Historias Clínicas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de placenta en hospitalización del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo de 2008-2015.

Muestra

La muestra es igual a la población universo, que cuenten con los criterios de inclusión; pues se estudiarán todas las Historias Clínicas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de placenta en hospitalización del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo de 2008-2015.

Criterios de Inclusión

- Historias clínicas de gestantes de cualquier edad diagnosticadas de desprendimiento prematuro de placenta en hospitalización del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo de 2008-2015.
- Gestantes diagnosticadas con desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación (CIE 10 O45.9), desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación (CIE 10 O45.0), otros desprendimientos prematuros de la placenta (CIE 10 O45.8).

Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas incompletas.
- Historias clínicas no disponibles.
- Historias clínicas de gestantes con diagnóstico presuntivo de desprendimiento prematuro de placenta.

3.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Se solicitó el libro de ingresos y altas del servicio de obstetricia del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Obteniendo el número de historia clínica; se solicitaron en la Oficina de Archivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo los números de historias clínicas y los nombres de las pacientes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de placenta en hospitalización en el periodo de 1 de enero del 2008 al 31 de diciembre del 2015.

Para la toma de datos se utilizó como instrumento una ficha preelaborada de recolección de datos que se incluye en el Anexo 1, en la cual se revisó la historia clínica de cada caso, incluyendo información sobre datos generales de las personas, consignándose la edad materna, antecedentes obstétricos, patología presente durante la gestación. El grado de separación placentaria; síntomas y signos al ingreso; complicaciones maternas; además se revisó el libro de ingresos a neonatología, obteniéndose datos acerca de la mortalidad fetal y neonatal, edad gestacional pediátrica, y puntuación Apgar al 1 y a los 5 minutos.

3.4 Procesamiento de datos

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

Se ordenaron las fichas según su número correlativo.

Los datos obtenidos fueron trasladados a una matriz de tabulación, confeccionándose con ellos tablas de frecuencia, así como gráficos; utilizando para efecto el programa Excel 2010.

Los resultados fueron analizados con estadística descriptiva utilizando para el efecto medidas de tendencia central tales como: Promedio, mediana, moda, tasas, razones y proporciones.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 01: Incidencia de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

Total de Partos	Diagnosticados	Incidencia
14,285	123	0.0086

TABLA 02: Características Sociodemográficas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

Característica	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación
Edad	16	44	30.49	6.7
Peso	38	100	62.79	11.5
Talla	137	173	156.21	6.4
IMC	16	41	25.78	4.2

EDAD	n	%
16 – 25	26	21.1
26 – 35	68	55.3
36 – 40	22	17.9
41 – 44	7	5.7
GRADO DE INSTRUCCIÓN	n	%
Sin Instrucción	1	0.8
Primaria	6	4.9
Secundaria	51	41.5
Superior Universitaria	53	43.1
Superior Técnica	12	9.8
ESTADO CIVIL	n	%
Soltera	13	10.6
Conviviente	69	56.1
Casada	41	33.3

TABLA 03: Antecedentes Ginecoobstétricos de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

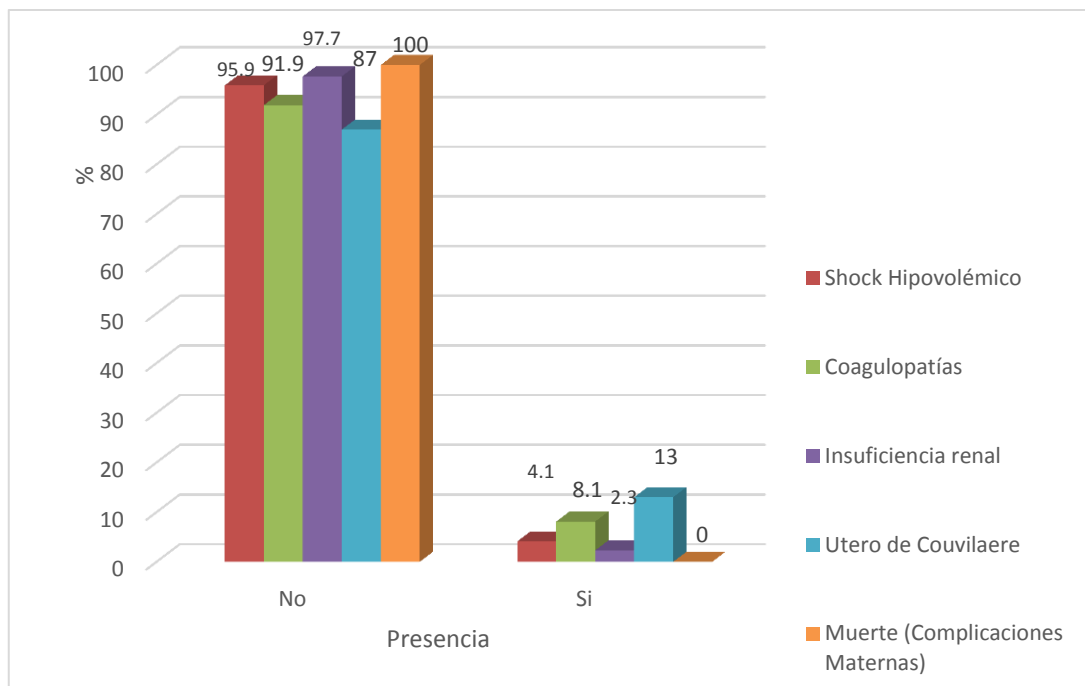
NUMERO DE HIJOS	n	%
Nulípara	52	42.2
Primípara	38	30.9
Multípara	33	26.9
NUMERO DE CESAREAS	n	%
0	84	68.3
1	30	24.4
2	9	7.3
NUMERO DE ABORTOS	n	%
0	85	69.1
1	31	25.2
2	7	5.7
ANTECEDENTES DE DESPRENDIMIENTO	n	%
No	119	96.7
Si	4	3.3

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	n	%
Ausente	78	63.4
Preclampsia	45	36.6
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	n	%
No	102	82.9
Si	21	17.1
TRAUMATISMO	n	%
No	121	98.4
Si	2	1.6
CORIOAMNIONITIS	n	%
No	114	92.7
Si	9	7.3
MIOMATOSIS UTERINA	n	%
No	115	93.5
Si	8	6.5
TABAQUISMO	n	%
No	123	100.0
Si	0	0.0
DIABETES MELLITUS	n	%
No	123	100.0
Si	0	0.0

TABLA 04: Complicaciones Maternas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

SHOCK HIPOVOLÉMICO	n	%
No	118	95.9
Si	5	4.1
COAGULOPATIAS	n	%
No	113	91.9
Si	10	8.1
INSUFICIENCIA RENAL	n	%
No	120	97.7
Si	3	2.3
UTERO DE COUVELAIRE	n	%
No	107	87.0
Si	16	13.0
MUERTE (Complicaciones Maternas)	n	%
No	123	100.0
Si	0	0.0

La distribución de las características mencionadas anteriormente se presenta en la siguiente figura:

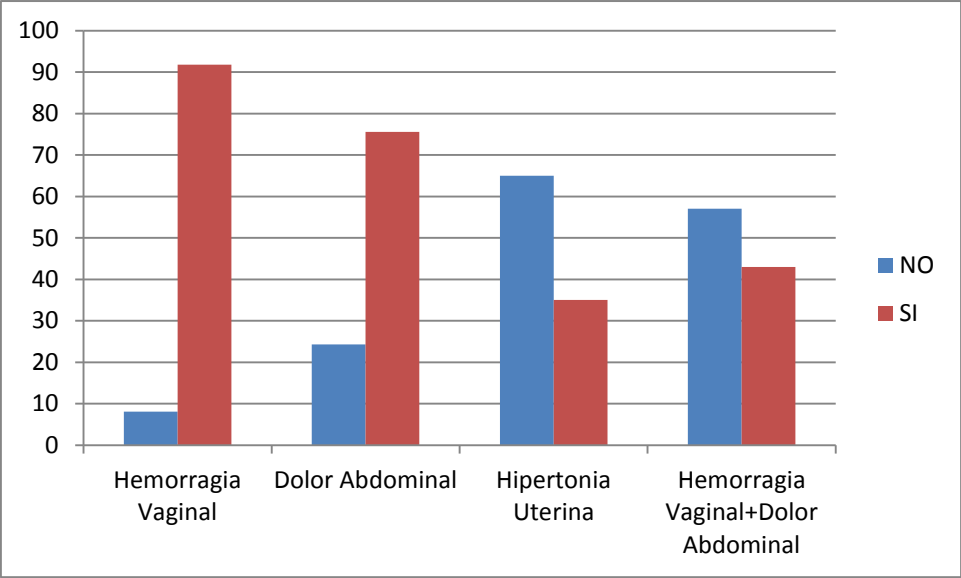


Gráfica 01: Complicaciones Maternas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta

TABLA 05: Síntomas y Signos al ingreso de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

HEMORRAGIA VAGINAL	n	%
No	10	8.1
Si	113	91.8
DOLOR ABDOMINAL	n	%
No	30	24.3
Si	93	75.6
HIPERTONÍA UTERINA	n	%
No	80	65
Si	43	35
HEMORRAGIA VAGINAL+DOLOR ABDOMINAL	n	%
No	70	57
Si	53	43

La distribución de las características mencionadas anteriormente se presenta en la siguiente figura:



Gráfica 02: Síntomas y signos de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta

TABLA 06: Complicaciones Fetales de los recién nacidos de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

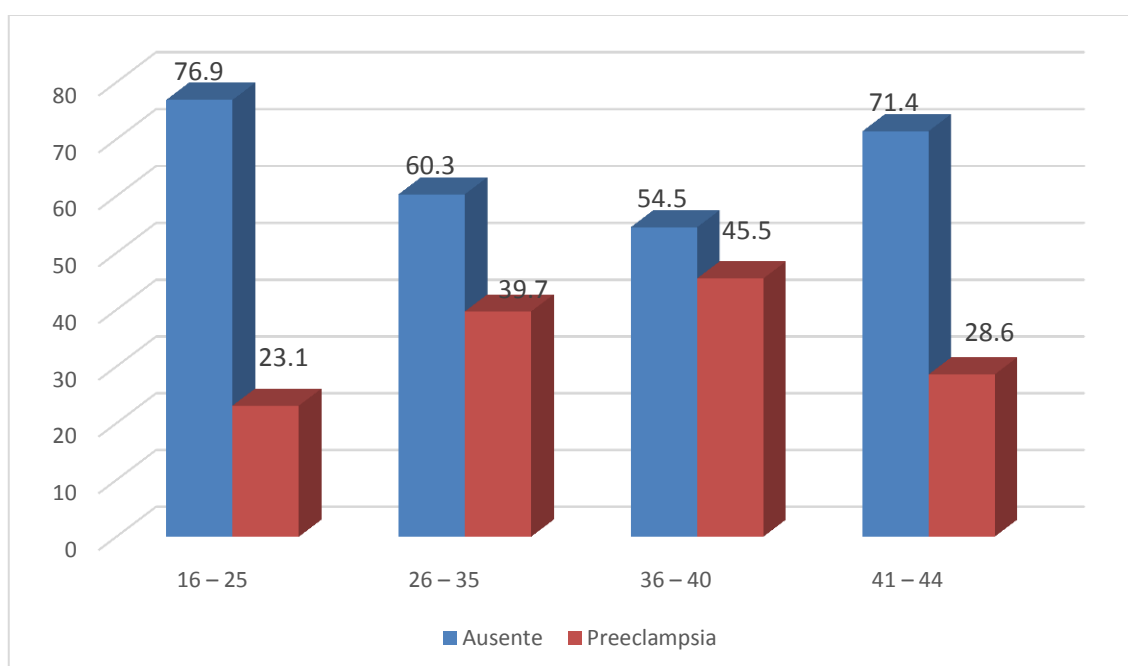
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	n	%
No	94	76.4
Si	29	23.6
PRODUCTO PRETERMINO	n	%
No	61	49.6
Si	62	50.4
MUERTE FETAL INTRAUTERINA	n	%
No	106	86.2
Si	17	13.8
MUERTE NEONATAL	n	%
No	112	91.1
Si	11	8.9

TABLA 7: Puntaje APGAR de los recién nacidos de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

Valores	APGAR			
	APGAR 1		APGAR 5	
	n	%	n	%
0	20	16.3	17	13.8
1 – 3	15	12.2	5	4.1
4 – 6	15	12.2	8	6.5
7 – 10	73	59.3	93	75.6
Total	123	100.0	123	100.0

TABLA 8: Presencia de Hipertensión Gestacional según Edad de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

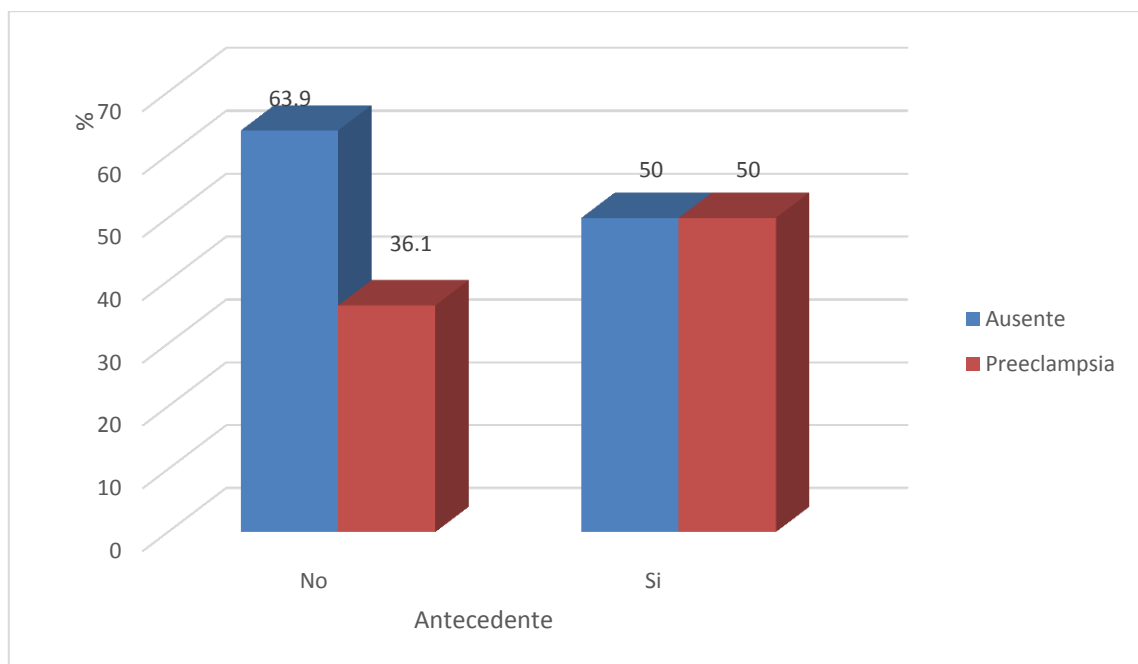
Hipertensión Gestacional	Edad								Total	
	16 – 25		26 – 35		36 – 40		41 – 44			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausente	20	76.9	41	60.3	12	54.5	5	71.4	78	63.4
Preeclampsia	6	23.1	27	39.7	10	45.5	2	28.6	45	36.6
Total	26	100.0	68	100.0	45	100.0	71	100.0	123	100.0



Gráfica 03: Presencia de Hipertensión Gestacional según Edad del Paciente

TABLA 9: Presencia de Hipertensión Gestacional según antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

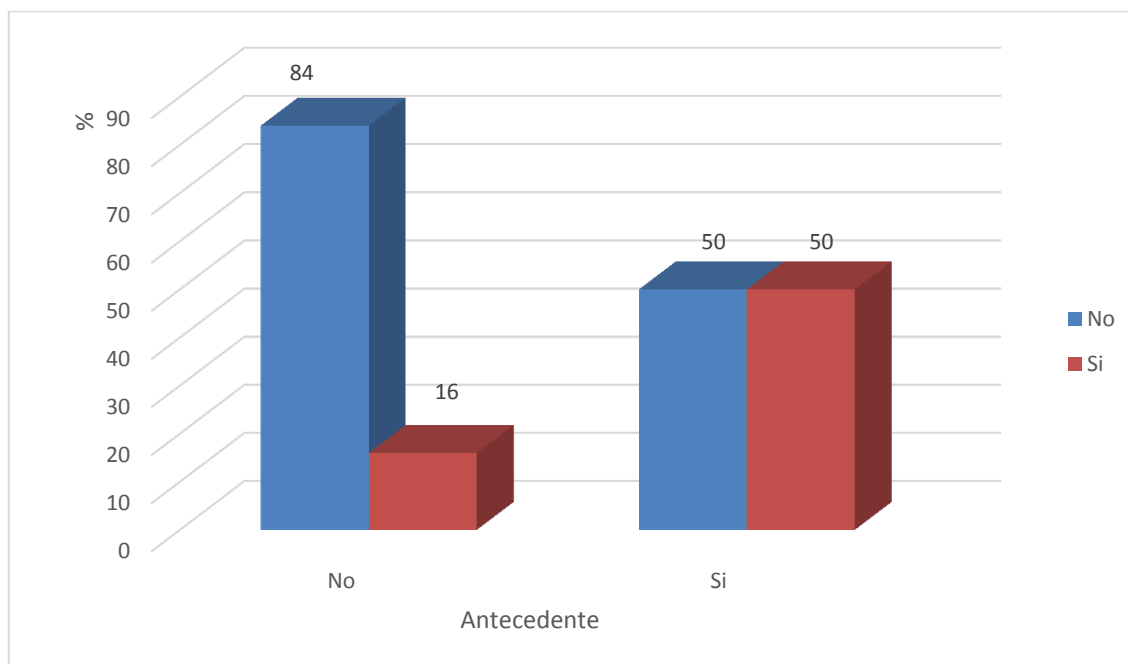
Hipertensión Gestacional	Antecedentes				Total	
	No		Si		n	%
	n	%	n	%		
Ausente	76	63.9	2	50.0	78	63.4
Preeclampsia	43	36.1	2	50.0	45	36.6
Total	119	100.0	4	100.0	123	100.0



Gráfica 04: Presencia de Hipertensión Gestacional según antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta

TABLA 10: Ruptura prematura de membranas según antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

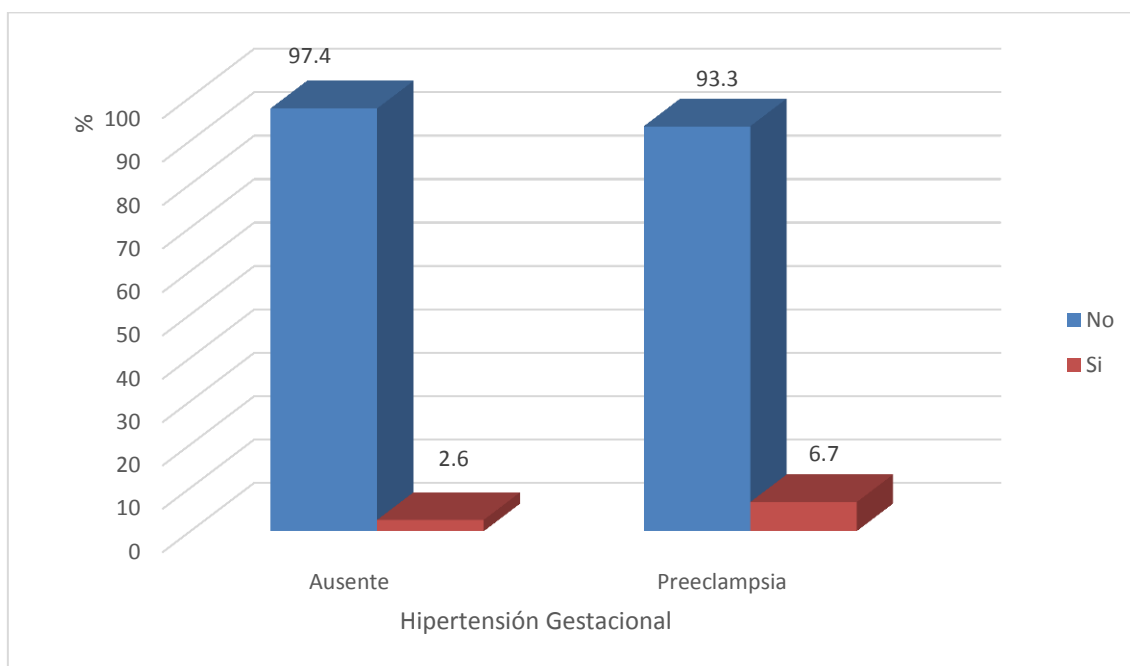
Ruptura prematura de membrana	Antecedentes				Total	
	No		Si		n	%
	n	%	n	%		
No	100	84.0	2	50.0	102	82.9
Si	19	16.0	2	50.0	21	17.1
Total	119	100.0	4	100.0	123	100.0



Gráfica 05: Ruptura prematura de membranas según antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta

TABLA 11: Shock Hipovolémico según Presencia de Hipertensión Gestacional de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015

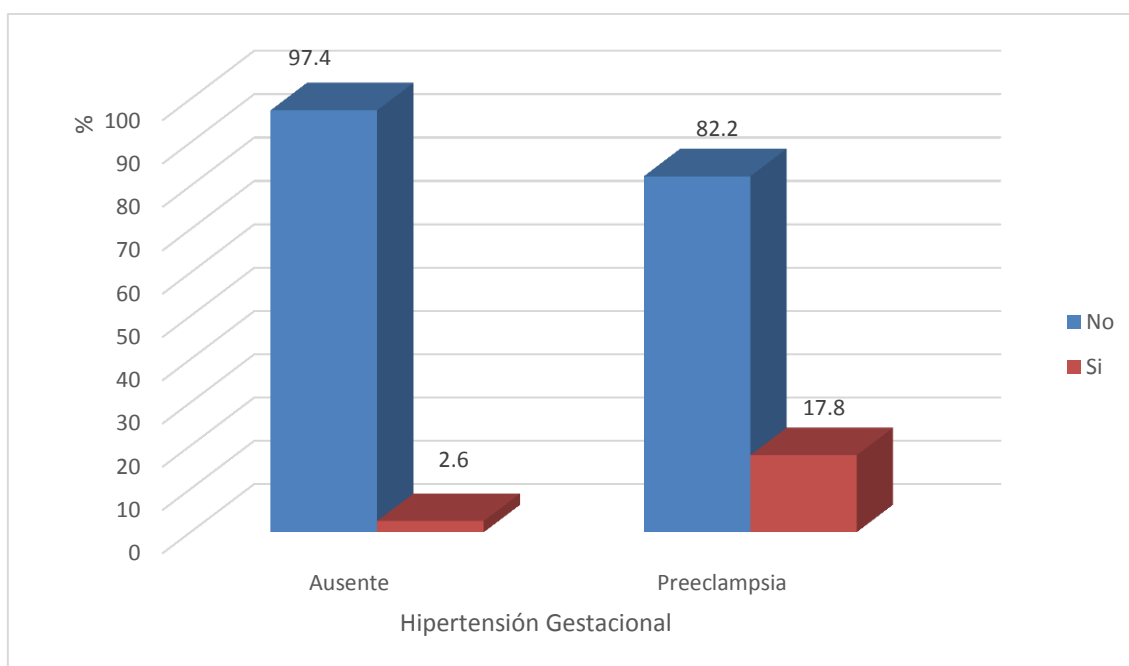
Shock Hipovolémico	Hipertensión Gestacional				Total	
	Ausente		Preeclampsia		n	%
	n	%	n	%		
No	76	97.4	42	93.3	118	95.9
Si	2	2.6	3	6.7	5	4.1
Total	78	100.0	45	100.0	123	100.0



Gráfica 06: Shock Hipovolémico según Presencia de Hipertensión Gestacional

TABLA 12: Presencia de Coagulopatías según Presencia de Hipertensión Gestacional de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015

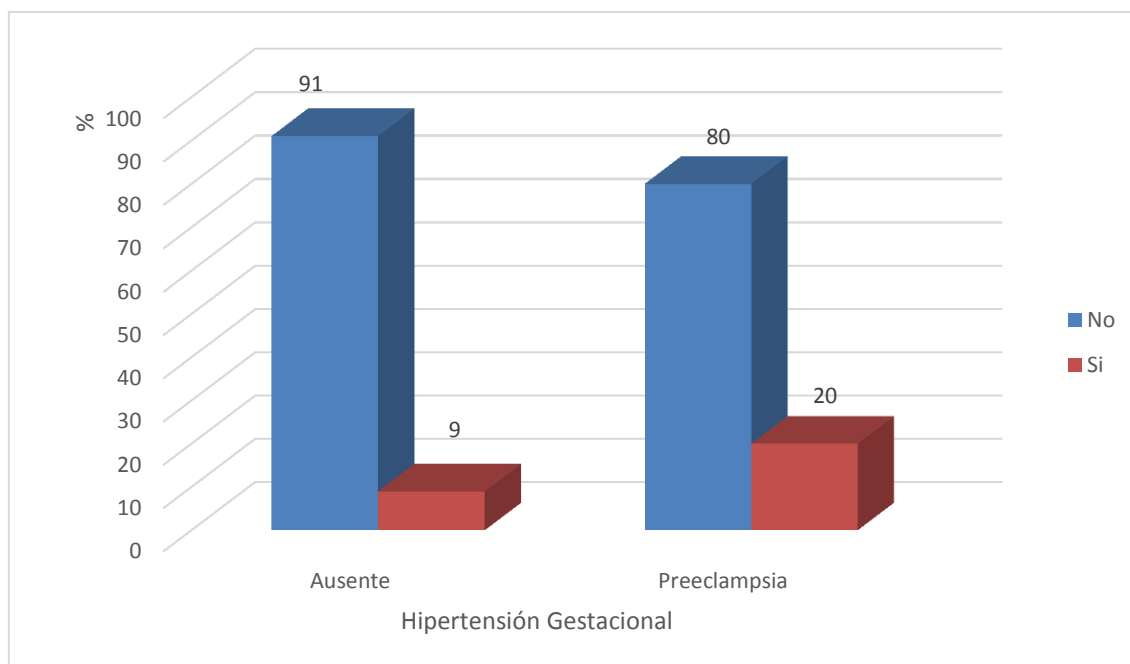
Coagulopatías	Hipertensión Gestacional				Total	
	Ausente		Preeclampsia			
	n	%	n	%	n	%
No	76	97.4	37	82.2	113	91.8
Si	2	2.6	8	17.8	10	8.2
Total	78	100.0	45	100.0	123	100.0



Gráfica 7: Presencia de Coagulopatías según Presencia de Hipertensión Gestacional

TABLA 13: Útero Couvelaire según Presencia de Hipertensión Gestacional de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 – 2015

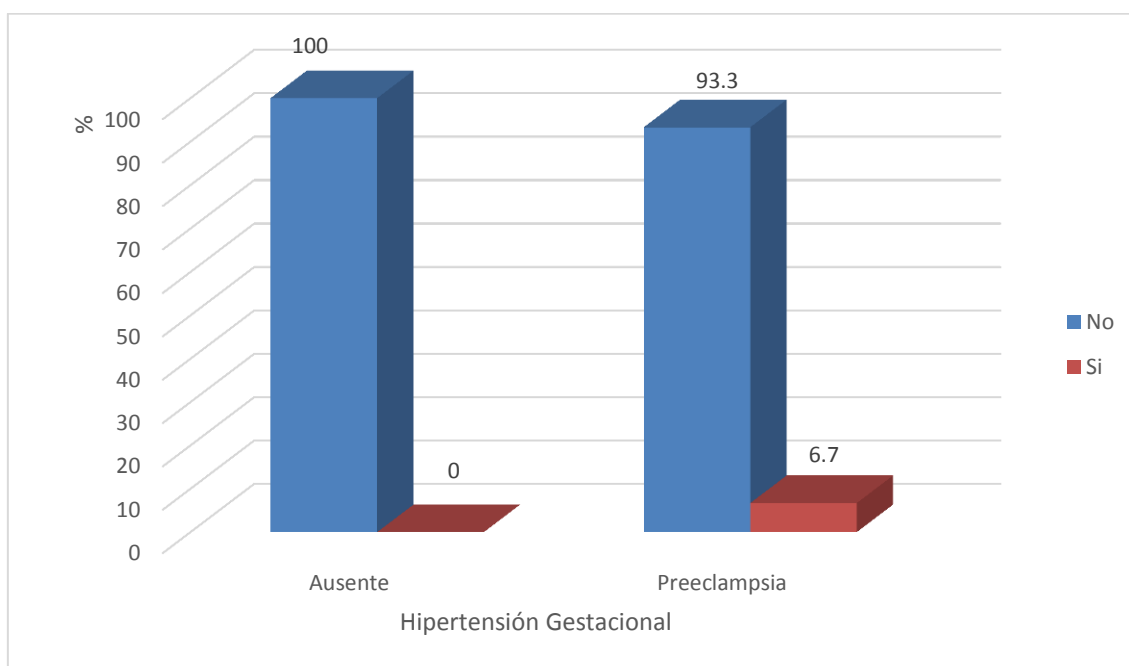
Útero Couvilaere	Hipertensión Gestacional				Total	
	Ausente		Preeclampsia			
	n	%	n	%	n	%
No	71	91.0	36	80.0	107	87.0
Si	7	9.0	9	20.0	16	13.0
Total	78	100.0	45	100.0	123	100.0



Gráfica 8: Útero Couvelaire según Presencia de Hipertensión Gestacional

TABLA 14: Insuficiencia Renal según Presencia de Hipertensión Gestacional de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

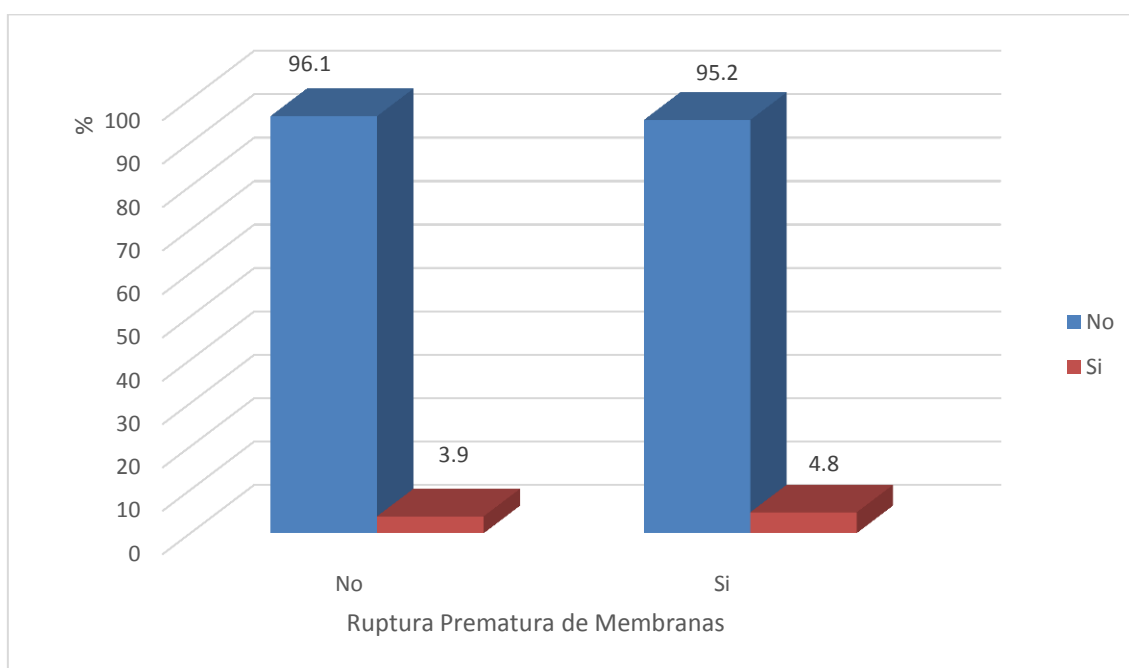
Insuficiencia Renal	Hipertensión Gestacional				Total	
	Ausente		Preeclampsia		n	%
	n	%	n	%		
No	78	100	42	93.3	120	97.6
Si	0	0.0	3	6.7	3	2.4
Total	78	100.0	45	100.0	123	100.0



Gráfica 09: Insuficiencia Renal según Presencia de Hipertensión Gestacional

TABLA 15: Shock Hipovolémico según Ruptura Prematura de Membranas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

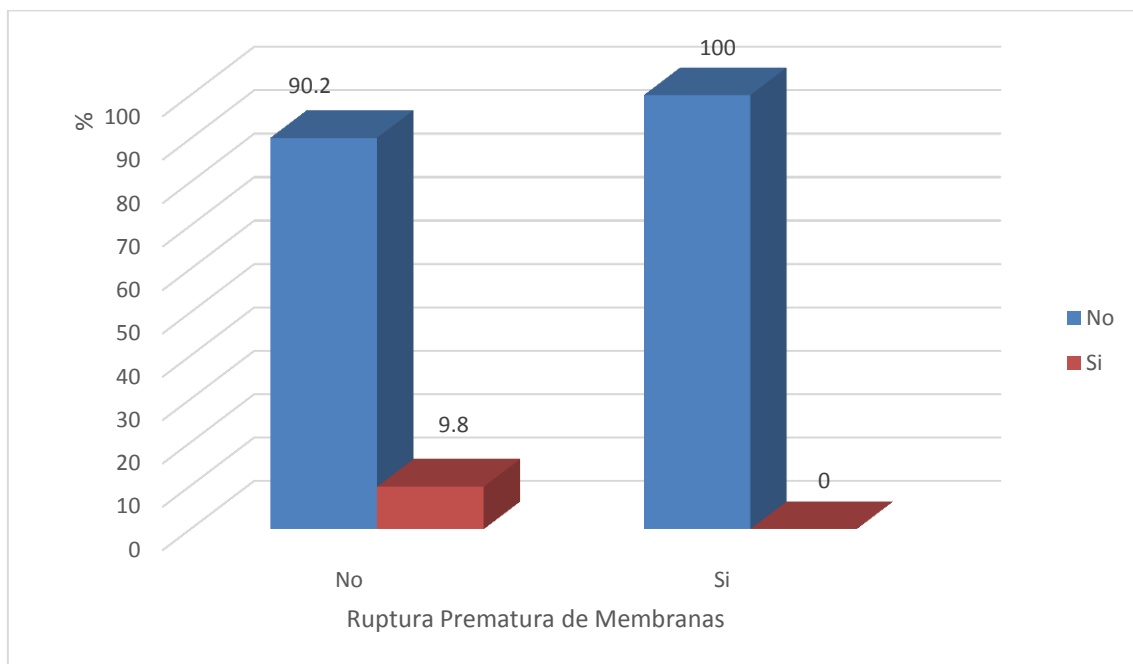
Shock Hipovolémico	Ruptura Prematura de Membranas				Total	
	No		Si		n	%
	n	%	n	%		
No	98	96.1	20	95.2	118	95.9
Si	4	3.9	1	4.8	5	4.1
Total	102	100.0	21	100.0	123	100.0



Gráfica 10: Shock Hipovolémico según Ruptura Prematura de Membranas

TABLA 16: Presencia de Coagulopatías según Ruptura Prematura de Membranas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

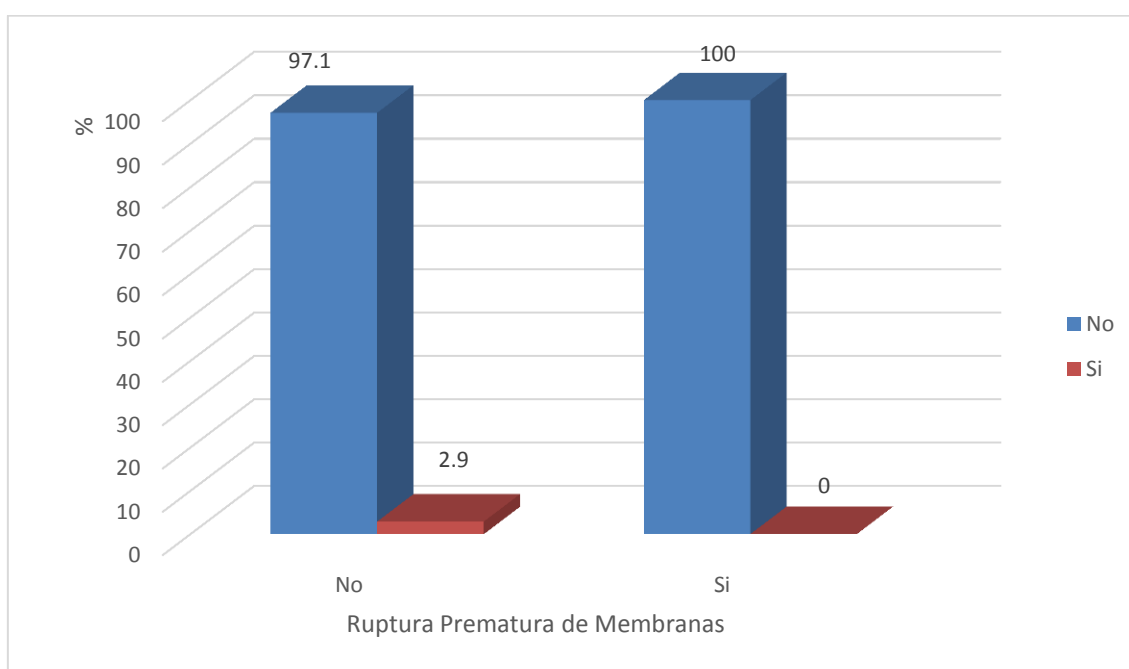
Coagulopatías	Ruptura Prematura de Membranas				Total	
	No		Si			
	n	%	n	%	n	%
No	92	90.2	21	100.0	113	91.9
Si	10	9.8	0	0.0	10	8.1
Total	102	100.0	21	100.0	123	100.0



Gráfica 11: Presencia de Coagulopatías según Ruptura Prematura de Membranas

TABLA 17: Insuficiencia Renal según Ruptura Prematura de Membranas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

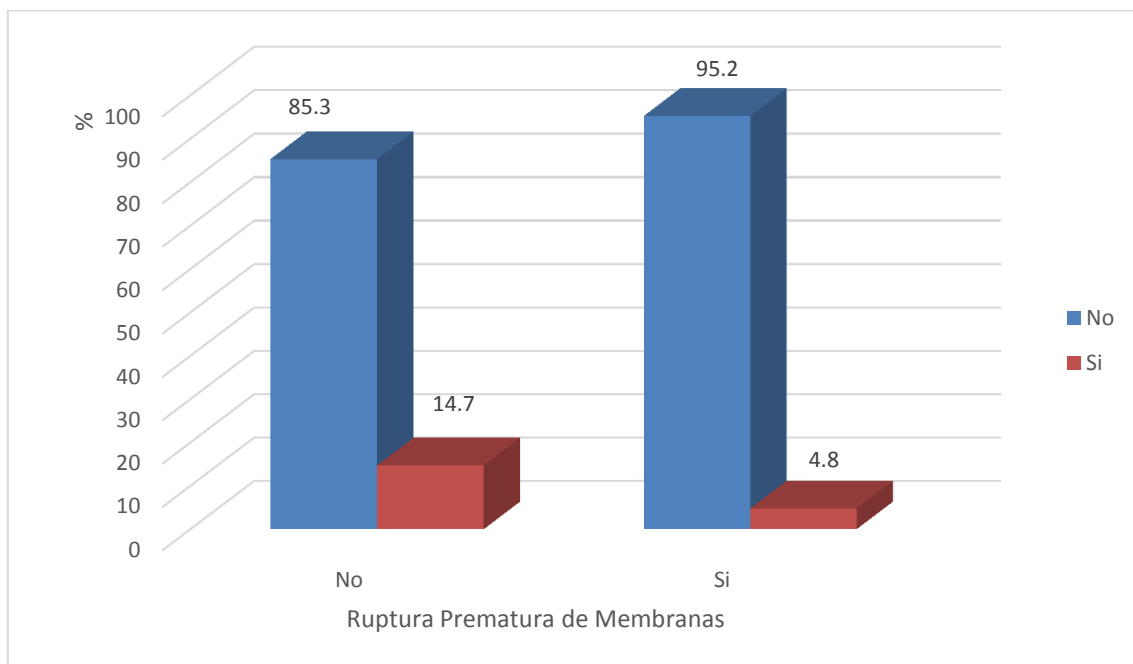
Insuficiencia Renal	Ruptura Prematura de Membranas				Total	
	No		Si			
	n	%	n	%	n	%
No	99	97.1	21	100.0	120	97.6
Si	3	2.9	0	0.0	3	2.4
Total	102	100.0	21	100.0	123	100.0



Gráfica 12: Insuficiencia Renal según Ruptura Prematura de Membranas

TABLA 18: Útero de Couvelaire según Ruptura Prematura de Membranas de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

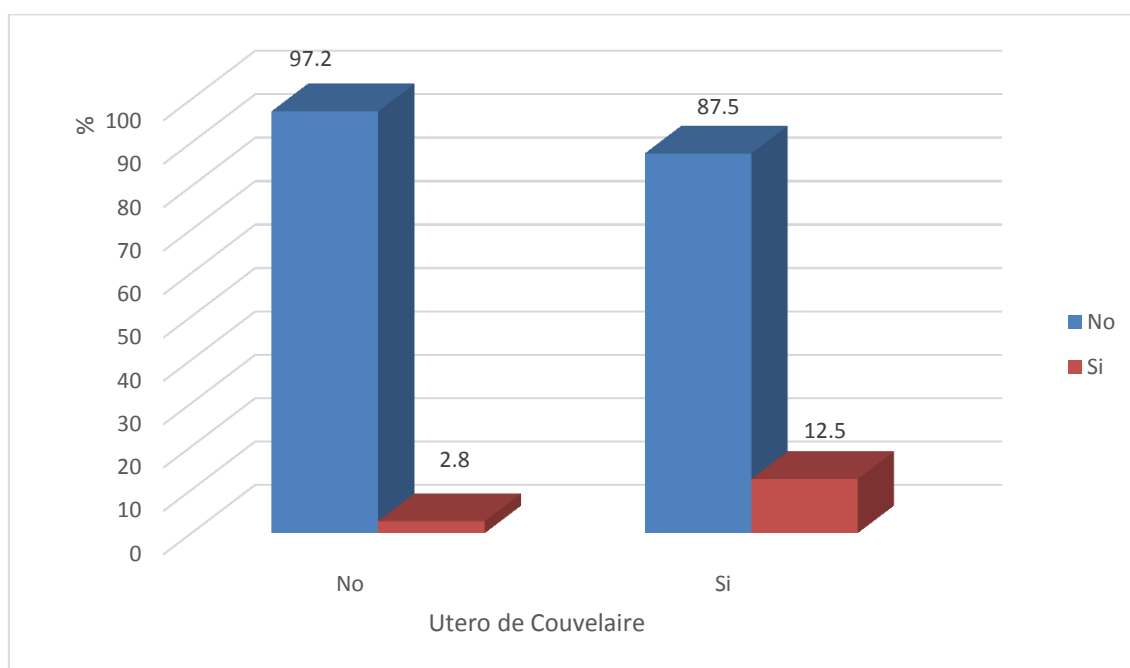
Útero de Couvelaire	Ruptura Prematura de Membranas				Total	
	No		Si		n	%
	n	%	n	%		
No	87	85.3	20	95.2	107	87.0
Si	15	14.7	1	4.8	16	13.0
Total	102	100.0	21	100.0	123	100.0



Gráfica 13: Útero de Couvelaire según Ruptura Prematura de Membranas

TABLA 19: Shock Hipovolémico según presencia de Útero de Couvelaire de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

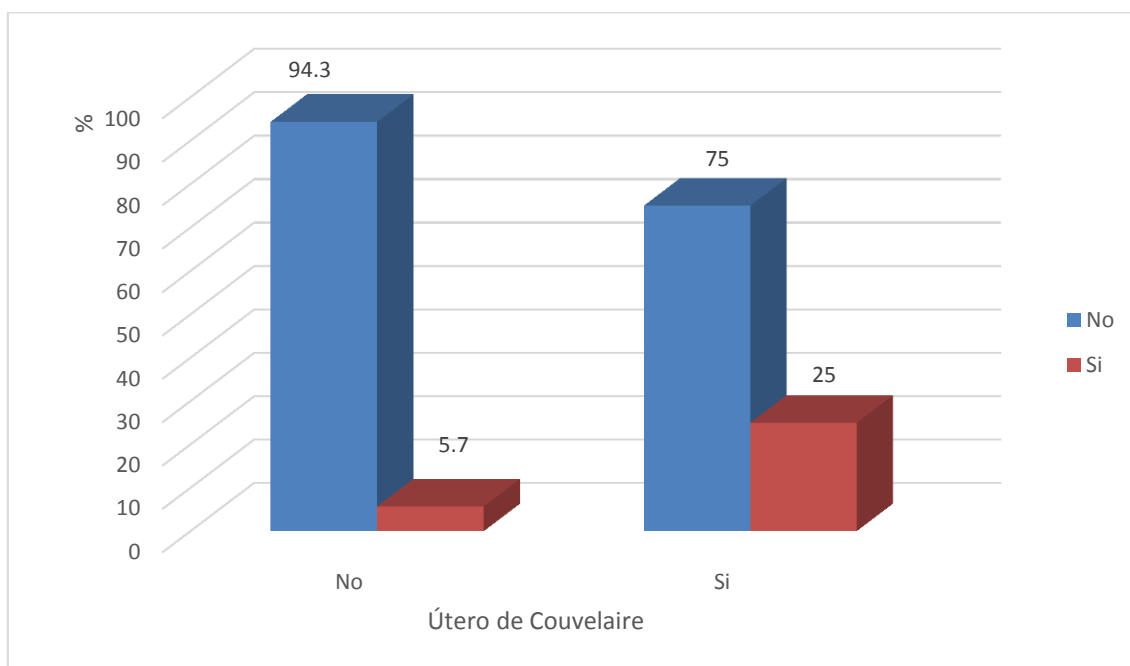
Shock Hipovolémico	Útero de Couvelaire				Total	
	No		Si			
	n	%	n	%	n	%
No	104	97.2	14	87.5	118	95.9
Si	3	2.8	2	12.5	5	4.1
Total	107	100.0	16	100.0	123	100.0



Gráfica 14: Shock Hipovolémico según Útero de Couvelaire

TABLA 20: Presencia de Coagulopatías según Útero de Couvelaire de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

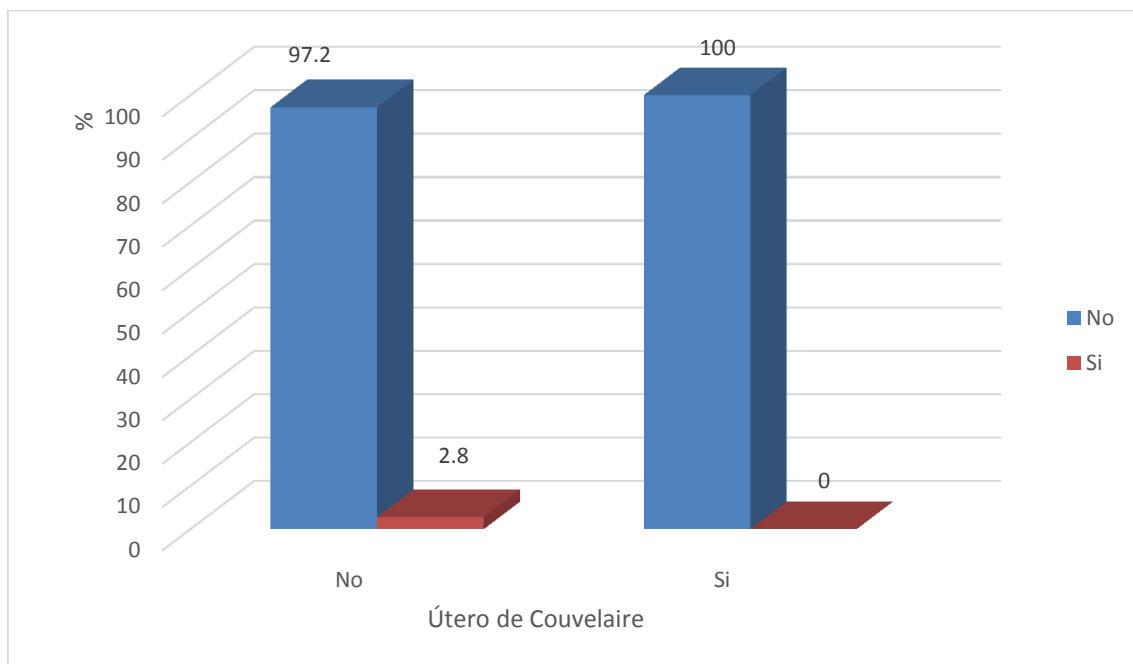
Coagulopatías	Útero de Couvelaire				Total	
	No		Si			
	n	%	n	%	n	%
No	101	94.3	12	75.0	113	91.9
Si	6	5.7	4	25.0	10	8.1
Total	107	100.0	16	100.0	123	100.0



Gráfica 15: Presencia de Coagulopatías según Útero de Couvelaire

TABLA 21: Insuficiencia Renal según Útero de Couvelaire de las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

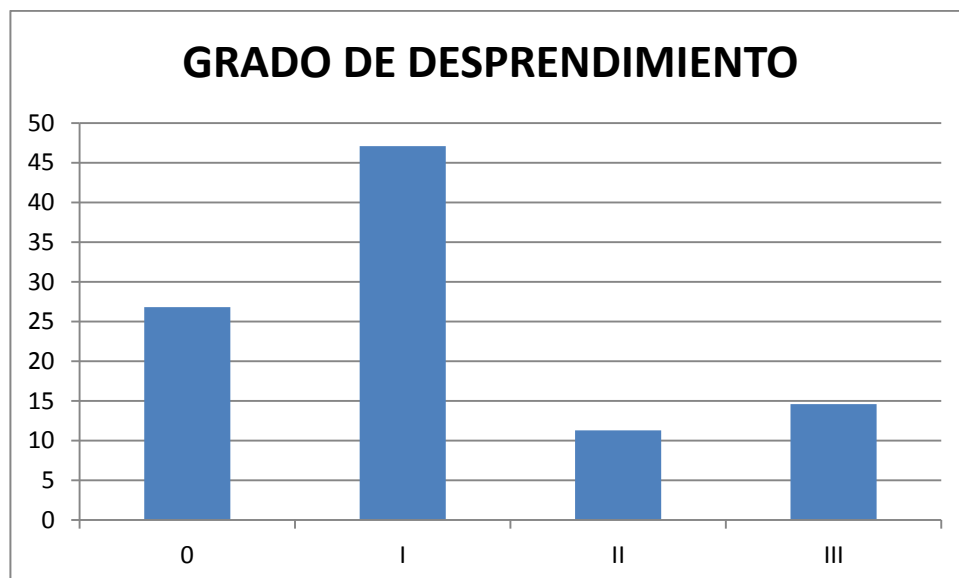
Insuficiencia Renal	Útero de Couvelaire				Total	
	No		Si		n	%
	n	%	n	%		
No	104	97.2	16	100.0	120	97.6
Si	3	2.8	0	0.0	3	2.4
Total	107	100.0	16	100.0	123	100.0



Gráfica 16: Insuficiencia Renal según Útero de Couvelaire

TABLA 22: Frecuencia de los grados de desprendimiento en las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

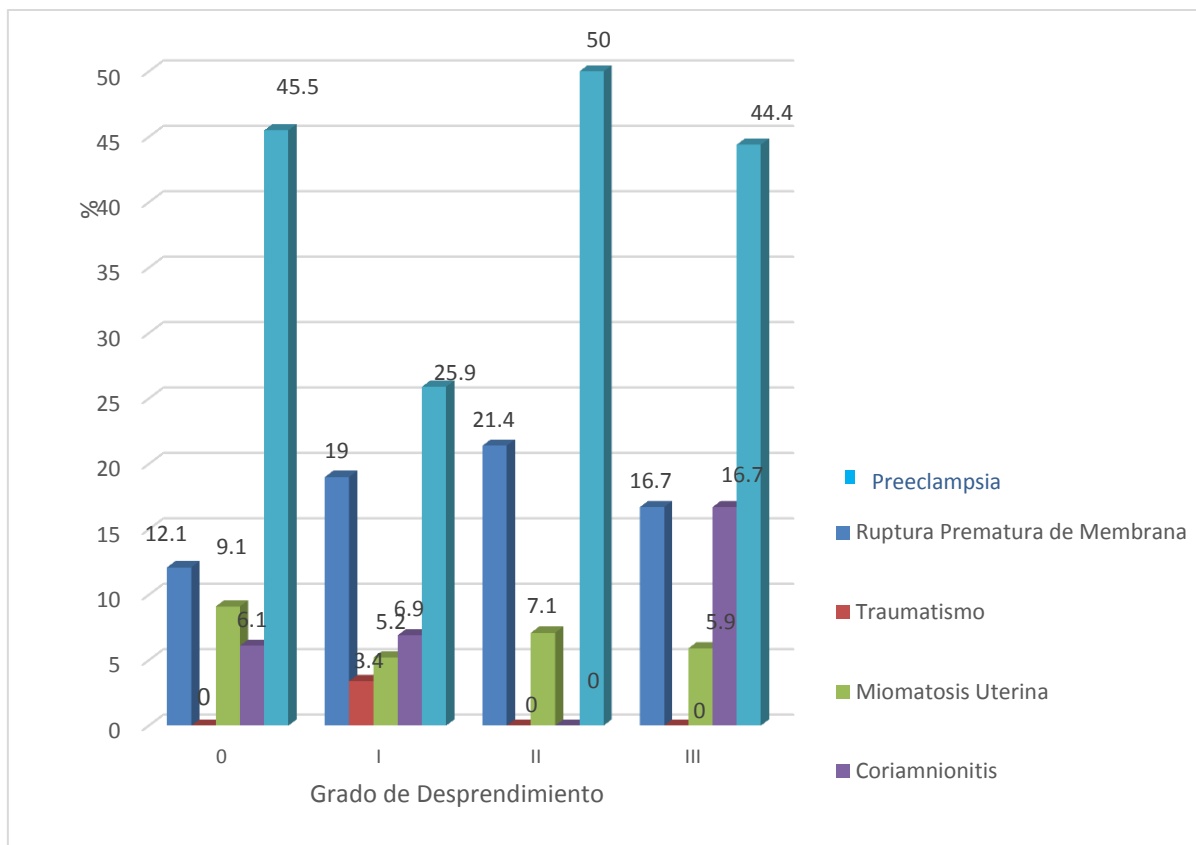
GRADO DE DESPRENDIMIENTO SEGÚN PAGE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	33	26.8
I	58	47.1
II	14	11.3
III	18	14.6



Gráfica 17: Frecuencia de los grados de desprendimiento

TABLA 23: Patologías durante el embarazo según grado de desprendimiento en las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

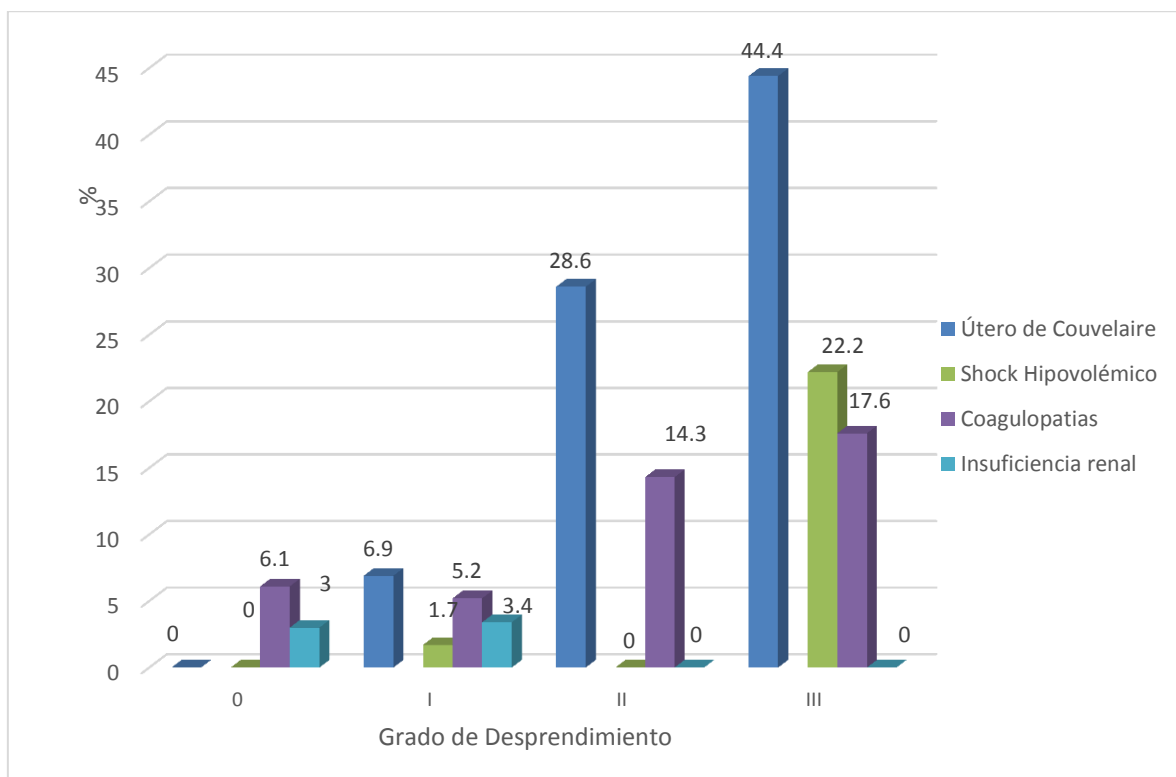
Patología		Grado de Desprendimiento							
		0		I		II		III	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertensión gestacional	Ausente	18	54.5	43	74.1	7	50.0	10	55.6
	Preeclampsia	15	45.5	15	25.9	7	50.0	8	44.4
Ruptura Prematura de Membrana	No	29	87.9	47	81.0	11	78.6	15	83.3
	Si	4	12.1	11	19.0	3	21.4	3	16.7
Traumatismo	No	33	100.0	56	96.6	14	100.0	18	100.0
	Si	0	0.0	2	3.4	0	0.0	0	0.0
Miomatosis Uterina	No	30	90.9	55	94.8	13	92.9	17	94.1
	Si	3	9.1	3	5.2	1	7.1	1	5.9
Coriamnionitis	No	31	93.9	54	93.1	14	100.0	15	83.3
	Si	2	6.1	4	6.9	0	0	3	16.7
Total		33	100.0	58	100.0	14	100.0	18	100.0



Gráfica 18: Patologías durante el embarazo según grado de desprendimiento

TABLA 24: Complicaciones maternas durante el embarazo según grado de desprendimiento en las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

Complicaciones		Grado de Desprendimiento							
		0		I		II		III	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Útero de Couvelaire	No	33	100.0	54	93.1	10	71.4	10	55.6
	Si	0	0.0	4	6.9	4	28.6	8	44.4
Shock Hipovolémico	No	33	100.0	57	98.3	14	100.0	14	77.8
	Si	0	0.0	1	1.7	0	0.0	4	22.2
Coagulopatias	No	31	93.9	55	94.8	12	85.7	15	82.4
	Si	2	6.1	3	5.2	2	14.3	3	17.6
Insuficiencia renal	No	32	97.0	56	96.6	14	100.0	18	100.0
	Si	1	3.0	2	3.4	0	0.0	0	0.0
Total		33	100.0	58	100.0	14	100.0	18	100.0



Gráfica 19: Complicaciones maternas durante el embarazo según grado de desprendimiento

TABLA 25: Complicaciones Fetales de los recién nacidos según grado de desprendimiento en las gestantes diagnosticadas de desprendimiento prematuro de Placenta en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2008 - 2015

Complicaciones Fetales	Grado de Desprendimiento								
		0		I		II		III	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sufrimiento fetal agudo	No	26	78.8	45	77.6	9	64.3	14	77.8
	Si	7	21.2	13	22.4	5	35.7	4	22.2
Producto Pretermino	No	16	48.5	33	56.9	6	42.9	5	29.4
	Si	17	51.5	25	43.1	8	57.1	12	70.6
Muerte Fetal Intrauterina	No	32	97.0	57	98.3	11	78.6	6	33.3
	Si	1	3.0	1	1.7	3	21.4	12	66.7
Muerte Neonatal	No	31	93.9	53	91.4	12	85.7	16	88.2
	Si	2	6.1	5	8.6	2	14.3	2	11.8
Total		33	100.0	58	100.0	14	100.0	18	100.0

CAPITULO V: DISCUSIÓN

Este estudio fue realizado en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, que recibe pacientes de la zona nororiental del Perú, con patologías ginecoobstétricas complejas, por ser un hospital nacional nivel IV; siendo el Desprendimiento Prematuro de Placenta una de estas patologías; motivo del presente trabajo.

En los años 2008-2015 se atendieron en el servicio de Ginecoobstetricia 14285 partos, de los cuales 123 pacientes presentaron desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, por lo tanto la incidencia en el grupo de estudio fue de 0.86 %. Nuestra incidencia coincide con la encontrada en países de características socioeconómicas similares al nuestro, como los estudios de Calderón A, Ceron L, Adon L y et al, Acho y et al. (14, 12,9, 15) y entre otros estudios.

En los antecedentes se encontró que las edades maternas de mayor incidencia fueron 20-35 años. Similar encontrado en este estudio 26-35 que corresponde el 55.3%. Respecto al nivel de grado de instrucción el 84% correspondió a nivel secundario y superior universitaria; dada que la población del seguro social está representado en su mayoría por profesionales de los diversos sectores públicos. Respecto a la paridad se encontró que en las nulíparas había mayor incidencia (42.3%) de Desprendimiento Prematuro de Placenta, y el 68.3% no tuvieron cesárea anterior, explicado por, el grado de instrucción; que les permite tener conocimiento sobre los diferentes métodos de planificación familiar y posponer los embarazos; no coincidiendo con otros estudios.

Entre los factores de riesgo asociados se observó mayor incidencia cuando la madre cursaba con cuadros de preeclampsia, (36.6%), seguido por la ruptura prematura de membranas con un (17.1%), y miomatosis uterina (6.5%). Coincidiendo con Calderón A (14), quien informó cuadros hipertensivos en el embarazo (34.6%), ruptura prematura de membranas (22.1%) y con historia previa de desprendimiento prematuro de placenta en el (4,7%) coincidiendo con este estudio que presentó (3.3%) antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta.

La Hemorragia Vaginal (91.8 %) fue encontrado como la manifestación clínica más común al ingreso al servicio de urgencias, seguida del dolor abdominal en el 75.6 % de los casos, y el 43% presentó ambos síntomas. Coincidiendo con Calderon A(14)

Las complicaciones presentadas por las gestantes durante el embarazo. El 13% presentó Útero de Couvelaire; el 8.1% presentó Coagulopatías, el 4.1% presentó Shock Hipovolémico; y el 2.3% presentó Insuficiencia Renal. No se presentaron

muerres por complicaciones maternas. Coincidiendo con Calderon A (14), que presentó choque hipovolémico con 15.1% y útero de Couvelaire 8.1%.

Estudio realizado por Abasi I y et al (5); encontraron que el 33.3% presentaron sufrimiento fetal agudo, parto prematuro 36.1% y muerte fetal intrauterina 40% coincidiendo con las complicaciones fetales más frecuentes que se presentaron fueron el sufrimiento fetal agudo (23.6%), el producto pretérmino (50.4%) excepto la muerte fetal intrauterina (13.8%).

La mortalidad perinatal ha sido fuertemente asociada con Desprendimiento prematuro de placenta. En nuestro estudio representó el 8.9%.

Según el APGAR se encontró: El 28.5% presentaron depresión severa, el 12.2 % depresión moderada y el 59.3% normal.

Con respecto a los grados de desprendimiento prematuro de placenta de acuerdo a la clasificación de Page se observó que el 47.1% presentaron desprendimiento grado I, 26.8% grado 0, 14.6% grado III y 11.3% grado II. Coincidiendo con Calderon A (14)

Al determinar la distribución de la presencia de Hipertensión Gestacional por edad de la gestante. Se encontró que en todas las edades la mayor proporción de gestantes no presentaron Hipertensión. Del cual grupo etareo con mayor incidencia de preeclampsia tenían entre 26-40 años de edad.

Complicaciones maternas según presencia de hipertensión gestacional. Sólo el 2.6% de los no presentaron hipertensión gestacional presentaron shock hipovolémico; lo mismo ocurrió con el 6.7% de los que presentaron preeclampsia. Se aprecia el 2.6% de los no presentaron hipertensión gestacional presentaron Coagulopatías; lo mismo ocurrió con el 17.8% de los que presentaron preeclampsia. Se aprecia el 9% de los no presentaron hipertensión gestacional presentaron Útero Couvelaire, lo mismo ocurrió con el 20% de los que presentaron preeclampsia. La totalidad de los que no presentaron hipertensión gestacional no presentaron insuficiencia renal; por otro lado, el 6.7% de los que tuvieron preeclampsia también presentaron insuficiencia renal.

Complicaciones maternas según presencia de ruptura prematura de membranas. Apreciamos que el 3.9% de los que no presentaron ruptura prematura de membrana presentaron shock hipovolémico, y el 4.8% de las que si presentaron ruptura prematura de membranas también presentaron shock hipovolémico. Entre los no presentaron ruptura prematura de membrana, el 9.8% presentaron coagulopatías, y entre las gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas ninguna presentaron coagulopatías. Entre los no presentaron ruptura prematura de membrana,

el 3% presentaron insuficiencia renal, y entre las gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas ninguna presentó insuficiencia renal. Entre los no presentaron ruptura prematura de membrana, el 14.7% presentaron Útero de Couvelaire, y entre las gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas el 4.8% presentó Útero de Couvelaire.

Patologías durante el embarazo según grado de desprendimiento. Se aprecia que el grado de desprendimiento I se presentó con mayor frecuencia cuando las patologías fueron preeclampsia (25.9%), ruptura prematura de membranas (19.0%), corioamnionitis (6.9%) y miomatosis uterina (5.2%). El grado de desprendimiento 0 se presentó con mayor frecuencia cuando las patologías fueron preeclampsia (45.5%), ruptura prematura de membranas (12.1%), miomatosis uterina (9.1%), corioamnionitis (6.1%). Los que sufrieron grado desprendimiento II y III se presentó con mayor frecuencia cuando fueron preeclampsia y ruptura prematura de membranas.

Complicaciones maternas durante el embarazo según grado de desprendimiento. Se aprecia que el grado de desprendimiento I se presentó con mayor frecuencia cuando las complicaciones fueron útero de Couvelaire (6.9%), coagulopatias (5.2%), insuficiencia renal (3.4%) y shock hipovolémico (1.7%). Entre los que sufrieron un grado desprendimiento II se presentó con mayor frecuencia entre las que sufrieron complicaciones de útero de Couvelaire (28.6%). Lo mismo se encontró entre las que sufrieron grado de desprendimiento III.

Complicaciones Fetales durante el embarazo según grado de desprendimiento. Se aprecia que el grado de desprendimiento 0 las complicaciones fetales se presentaron en la siguiente distribución: sufrimiento fetal agudo (21.2%), producto pretermino (51.5%) y muerte fetal intrauterina (3%); grado de desprendimientos I se presentó la siguiente distribución: sufrimiento fetal agudo (22.4%), producto pretermino (43.1%) y muerte fetal intrauterina (1.7%). Entre los que sufrieron un grado desprendimiento II se presentó la siguiente distribución: sufrimiento fetal agudo (35.7%), producto pretermino (57.1%) y muerte fetal intrauterina (21.4%); grado de desprendimiento III se presentó la siguiente distribución producto pretermino (70.6%), muerte fetal intrauterina (66.7%), y sufrimiento fetal agudo (22.2%).

Complicación Perinatal durante el embarazo según grado de desprendimiento. Se aprecia que el grado de desprendimiento 0 la complicación perinatal muerte neonatal (6.1%); entre los desprendimientos I se presentó muerte neonatal (8.6%). Entre los que sufrieron un grado desprendimiento II se presentó muerte neonatal (14.3%); y entre los de grado de desprendimiento III se presentó muerte neonatal (11.9%)

CONCLUSIONES

El Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo tiene una incidencia de presentación similar a otros estudios realizados. (0.86%). Las características epidemiológicas encontradas fueron: Menores de 35 años, Instrucción superior-secundaria y nulíparas. Las características clínicas encontradas fueron: Hemorragia vaginal, dolor abdominal e hipertensión uterina.

Los factores asociados de mayor incidencia fueron: preeclampsia (36.6%); ruptura prematura de membranas (17.1%); Corioamnionitis (7.3%); Miomatosis Uterina (6.5%); traumatismo (1.6%).

Las complicaciones maternas presentadas fueron: Útero de Couvelaire (13%), Coagulopatías (8.1%), Shock Hipovolémico (4.1%) e Insuficiencia Renal (2.3%).

Las complicaciones fetales fueron: el producto pretérmino (50.4%), el sufrimiento fetal agudo (23.6%), y muerte fetal intrauterina (13.8%); y las neonatales fueron: depresión severa (28.5%), depresión moderada (12.2%) y muerte neonatal (8.9%).

RECOMENDACIONES

Realizar estudios con mayor número de pacientes, comparando hospitales de Essalud de otros departamentos, a fin de aplicar estos resultados y establecer los factores de riesgo de estas poblaciones.

Comparar y ejecutar estudios similares en hospitales de MINSA con realidades socioeconómicas diferentes; a fin de caracterizar a la población, buscando establecer guías de manejo y prevención esta patología.

Concientizar a la población femenina en cuanto a planificación familiar para la prevención de embarazos a edades muy tempranas; menor de 35 años, ya que constituye uno de los factores de riesgo para patologías asociadas al embarazo.

A nivel hospitalario mantener los recursos materiales y equipo necesario, así como el recurso humano para poder realizar una evaluación médica adecuada e integral de cada paciente, mejorando así la atención personalizada.

Equipar adecuadamente los diferentes servicios hospitalarios para poder realizar un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento del desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, y permitirá tratar de forma adecuada las posibles complicaciones que dichas pacientes presenten; disminuyendo así la morbilidad y mortalidad materno-fetal-perinatal que dicha patología causan. Considerando la realización de ultrasonido 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matsuda Y, Shiozaki A, Hayashi K, Satoh S. Comparison of risk factors for placental abruption and placenta previa: Case-cohort study. J. Obstet. Gynaecol. Res (internet). 2011 (citado el 7 de septiembre del 2015); 37 (6): 538–546.

Disponible en:
http://www.researchgate.net/publication/50286905_Comparison_of_risk_factors_for_placental_abruption_and_placenta_previa_Case-cohort_study

2. Aziz S, Tariq G, Soomro N, Sheikh A, Shabih-ul-Hasnain F, Aftab K. Perinatal Outcome and Near-miss Morbidity Between Placenta Previa Versus Abruption Placentae. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. (Internet). 2011 (citado el 8 de septiembre del 2015); 21 (2): 79-83.

Disponible en:
<http://www.jcpsp.pk/archive/2011/Feb2011/05.pdf>

3. Matsuda Y, Ogawa M, Konno J. Prognosis of the Babies Born from Placental Abruption – Difference between Intrauterine Fetal Death and Live-Born Infants. Matsuda et al., Gynecol Obstet (Sunnyvale) (Internet). 2013 (citado el 7 de septiembre del 2015); 4:1-4.

Disponible en: <http://www.omicsonline.org/prognosis-of-the-babies-born-from-placental-abruption-difference-between-intrauterine-fetal-death-and-liveborn-infants-2161-0932.1000191.pdf>.

4. Pariente G, Mazor M, Sergienko R, Holcberg G. Placental abruption: critical analysis of risk factors and perinatal outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med. (internet). 2011 May (Citado el 8 de septiembre del 2015); 24(5):698-702.

Disponible en:
http://www.researchgate.net/publication/46190328_Placental_abruption_Critical_analysis_of_risk_factors_and_perinatal_outcomes

5. Abasi I, Jeremiah I, Ekine A. Risk Factors and Pregnancy Outcome of Placental Abruptio at the Niger Delta University Teaching Hospital, Okolobiri, South-South Nigeria. British Journal of Medicine & Medical Research. 2015; 5(8): 1000-1006.
6. Boisramé T, Sananés N, Fritz G, Boudier E, Aissi G, Favre E, et al. Placental-abruption: risk-factors, management and maternal-fetal prognosis.-Cohort study over 10 years. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. (Internet). 2014 (Citado el 8 de septiembre del 2015); 179: 100–104.

Disponible en:

http://www.pfizerpro.com.co/sites/g/files/q10020151/f/publicaciones/2014_179_0_Placental-abruption-risk-factors,-management-and-maternal%C3%A2%E2%82%AC%E2%80%9Cfetal-prognosis.-Cohort-study-over-10-years.pdf.

7. Mukherjee S, Bawa A, Sharma S, Nandanwar YE, Ghadam M. Retrospective study of risk factors and maternal and fetal outcome in patients with abruptio placentae. Journal of Natural Science, Biology and Medicine (Internet). 2014 (citado el 7 de septiembre); 5: 425-428.

Disponible en: http://www.jnsbm.org/temp/JNatScBiolMed52425-5907418_162434.pdf.

8. Aguilar D, Meléndez V, Flores L, Tóvez A, Valladares L, Castellanos M. Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera, Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil, Honduras. Rev. Fac. Méd. Enero-Junio 2010; 24-31.
9. Adón L, Adam A, Aragonéz Y, Nelson O, Mejía V. Factores de riesgos y características clínicas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta en la maternidad nuestra señora de la altagracia. Rev. med dom (internet). 2010 (citado el 01 de septiembre del 2015); 71 (3): 111-115.

10. Yepez R. Hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo de 32 a 36 semanas, Hospital Ginecoobstétrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero 2013. Tesis para Título de Obstetra. Guayaqui, Ecuador, 2013. 73 pp.
11. Naranjo V. Incidencia de hemorragia vaginal en la segunda mitad del embarazo, en mujeres 15-45 años, en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo Guayaquil, periodo septiembre-mayo 2013. Tesis para título de Médico General. Cuenca, Ecuador. Universidad Católica de Cuenca, 2013. 98pp.
12. Cerón, L. Desprendimiento Prematuro de Placenta Consecuencias Materno Perinatales. Tesis de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Cuilapa Santa Rosa, Guatemala. Universidad de San Carlos De Guatemala, 2014. 44pp.
13. Pocasangre E. Caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes con hemorragia del tercer trimestre del embarazo. Tesis de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sacatepéquez, Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, 2014. 56pp.
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 de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Toluca, Estado de México. Universidad Autónoma del Estado de México, 2014. 48 pp.
15. Acho S, Salvador J, Díaz J, Paredes J. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en un hospital nacional de Lima. Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57: 243-247
16. Dioses E, Oña J, Cardoza K, Meza J, Matorel M. Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital del norte del Perú. Rev. cuerpo méd. HNAAA 2014; 7(4): 22-26.

17. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2009. p. 229-33.
18. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23 ed. Santa Fe: [Mcgraw-Hill Interamericana](#); 2011.p. 761-769.
19. López G, Comino R. Obstetricia y Ginecología. 1ra ed. Barcelona: Ariel. 2004 y 2011. P. 394-98.
20. Pacheco J, Obstetricia y Ginecología. Segunda parte. Editores asociados, 1999. Pág. 1095-1097.
21. Zamorano M, Barranco M. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. España, 2015.
22. Botero J, Jubiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología. 7ma ed. Bogota: tinta fresca. 2004. pág. 201-204.
23. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2009. [citado 2015 Sept 11] Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.
24. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2009. [Citado 2015 Sept 11]Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/67812525/Ley-General-de-Salud>

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA

Características Clínico Epidemiológicas de Desprendimiento Prematuro de Placenta. Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo 2008-2015

Fecha: N° de ficha:

• DATOS GENERALES:

Historia clínica N°

Edad: años Peso..... Kg Talla..... cm IMC.....

Grado de Instrucción..... Ocupación:.....

Estado Civil: Soltera..... Conviviente..... Casada.....

Números de hijos..... Números de Cesáreas..... Números de abortos.....

Antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta Sí..... No.....

PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO:

Hipertensión Gestacional: Ausente..... Preeclampsia..... Eclampsia.....

Ruptura prematura de membranas: Sí..... No.....

Traumatismos Sí..... No..... Tabaquismo Sí..... No.....

Miomatosis Uterina Sí..... No..... Diabetes Mellitus Sí..... No..... Otras:

SÍNTOMAS Y SIGNOS AL INGRESO DE HOSPITALIZACION

Dolor Abdominal: Sí...No....

Sangrado Vaginal: Sí.....No.....

Hipertonía Uterina: Sí.....No.....

GRADO DE DESPRENDIMIENTO: Grado 0:..... Grado I:..... Grado II:..... Grado III:.....

COMPLICACIONES MATERNAS:

Shock Hipovolémico: Sí..... No.....	Muerte: Sí.... No.....
Coagulopatias: Sí..... No.....	Útero de Couvelaire: Sí..... No.....
Insuficiencia Renal: Sí.... No.....	Otras:.....

COMPLICACIONES FETALES:

Sufrimiento Fetal Agudo: Sí..... No.....	Producto Pretermino: Sí..... No.....
Muerte Fetal Intrauterina: Sí..... No.....	

COMPLICACIONES PERINATALES:

APGAR: 1:..... 5:.....	Muerte Neonatal: Sí..... No.....
---------------------------	----------------------------------