



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**ÓBITO FETAL POR DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE
PLACENTA EN GESTANTE PRIMIGESTA NIVEL III-1.**

LIMA 2017

PRESENTADO POR

LEZAMA ZAVALA, FLOR

ASESOR

MGR. ELIZABETH ENI YALÁN LEAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,
ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2017

RESÚMEN

Es una de las primeras causas el Desprendimiento Prematuro de Placenta que ocurre en el tercer trimestre de la gestación. La causa principal de Desprendimiento Prematuro de Placenta no es bien definida, pero se vincula a múltiples circunstancias, teniendo un origen enfermizo, siendo la más común: la enfermedad Hipertensiva del embarazo.

Las complicaciones más frecuentes están relacionadas, con el choque hemorrágico y con el fenómeno de alteración de la coagulación intravascular diseminada (CID), produciendo así otra complicación más grave, la necrosis isquémica de órganos distales.

El pronóstico va a depender del grado de desprendimiento de la placenta y de un precoz diagnóstico como también de un correcto manejo y tratamiento. El tratamiento debe abarcar medidas generales para el mantenimiento del equilibrio hemodinámico y la normalización de las pruebas de coagulación. (1).

Esta patología es una catástrofe obstétrica que compromete la vida del binomio madre niño, sino es diagnosticado a tiempo. Como el caso clínico revisado paso todo lo contrario, primigesta que presentó los factores de riesgo de DPP, fue inducida para un trabajo de parto, culminando en UCI por shock hipovolémico más Histerectomía por un útero de Couvelaire, teniendo el diagnóstico la sometieron a una inducción en el hospital .

Por tal motivo se revisó este caso que sirva para otros estudios, por eso es de mucha consideración estar atentos para observar y reconocer los factores de riesgo para

brindar un tratamiento oportuno y evitar incrementar la morbimortalidad materno – perinatal.

Palabras clave: Desprendimiento Prematuro de Placenta, Embarazo, Nacimiento

ÍNDICE

PÁGINA DEL JURADO.....	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN	IV

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.3 MARCO TEÓRICO	
ANTECEDENTES NTERNACIONALES.....	4
ANTECEDENTES NACIONALES.....	9
DEFINICIÓN.....	14
INCIDENCIA.....	14
ETIOLOGÍA.....	16
FISIOPATOLOGÍA.....	19
ANATOMIA ATOLÓGICA.....	22
DIAGNÓSTICO IFERENCIAL.....	22
FACTORES DE IESGO.....	23

CLASIFICACIÓN DE PAGE Y SHER

CLASIFICACIÓN DE PAGE.....	24
CLASIFICACIÓN DE SHER.....	24
CUADRO CLÍNICO Y FRECUENCIA DE RESENTACIÓN.....	26
REPERCUCIONES MATERNAS.....	27
REPERCUCIONES FETALES.....	30
MÉTODOS DIAGNÓSTICO:	30
MONITORIZACIÓN FETAL.....	30
HALLAZGOS DE LABORATORIO.....	30
ULTRASONIDO.....	31
TRATAMIENTO.....	31
CONDUCTA OBSTETRICA.....	32
MANEJO CLÍNICO.....	33

CAPÍTULO II

2.1 CASO CLÍNICO:

INTRODUCCIÓN.....	35
OBJETIVO.....	36

CAPÍTULO III

3.1 CONCLUSIONES.....	49
3.2 RECOMENDACIONES.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXO.....	55

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Según el Instituto Materno Perinatal (ex maternidad de Lima) define al Desprendimiento Prematuro de Placenta como la separación parcial o total, considerándolo después de las 22 de gestación y antes del tercer periodo del alumbramiento. (2) .

En el IMEP del 2010 ha encontrado una frecuencia de alrededor de 1 en 100 a 200 partos; teniendo una recurrencia en un primer episodio del 10% y en un segundo episodio del 25%. (2)

La causa primaria es desconocida, pero existe una serie de condiciones o circunstancias que están asociadas, pero no existe una explicación etiológica satisfactoria para cada una de ellas. Es probable que sea por una lesión decidual o vascular desconocida sea la causa. (3)

La incidencia mundial, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta tiene una incidencia de 0,3- 1% es decir un caso entre 100-300 partos y es causa de un 25% de la mortalidad perinatal. (4)

Aunque es grave, pero es poco frecuente; la incidencia: es de 5,9 - 6,5/1,000 gestaciones únicas y de 12,2/1,000 gestaciones múltiples. (5). Y la mortalidad fetal es elevada (mayor del 15%) y la materna es 3 veces superior. (5).

En el 50% de los desprendimientos graves, son ocasionados por la enfermedad hipertensiva materna, siendo el 25% de estos casos hipertensión crónica; según la literatura Internacional nos menciona que puede ocasionar la muerte fetal en el 50% de estas ocurrencias cuando no se diagnostica oportunamente. (6)

La paridad es otro componente de mayor peligro en el incremento del desprendimiento de la placenta, en aquellas que tienen el 5to y 6to hijo, su continuidad de multiparidad va en aumento, porque a nivel de la cavidad endometrial esto se va deteriorando cada vez más, fundamentalmente del lecho vascular. (7)

Los traumas externos es otra de las causas más frecuentes constituyendo el 1 y el 5% de los motivos, siendo la lesión directa las caídas fuertes y los accidentes de tránsito. (8), en este caso clínico coincide con la literatura porque fue por un trauma externo que ocasionó esta patología, conllevándole a secuelas fatales.

De todas estas circunstancias de peligro detallados, nos va a permitir realizar un modelo de trabajo para establecer planes de prevención y así mejorar el tratamiento en su debida oportunidad, evitando de esta manera incrementar la morbimortalidad materno fetal.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Debemos considerar a la mortalidad materna como un problema de salud pública teniendo como causas principales a las hemorragias que puede ser oculta o visible y de allí su importancia de esta revisión.

Por tal motivo es importante reconocer oportunamente los riesgos, para establecer un diagnóstico precoz y su manejo adecuado del Desprendimiento Prematuro de Placenta; y así de esta manera disminuir los problemas de complicaciones materno-fetales presentados en esta patología, estableciendo tácticas de prevención en los establecimientos de Salud de primer nivel.

1.3 MARCO TERÓRICO

“ÓBITO FETAL POR DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA. EN GESTANTE PRIMIGESTA NIVEL II-1, LIMA - 2017”.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Elizalde V, Calderón A, García R, Díaz M. (2015). **“Abruptio Placentae: Morbimortalidad y Resultados Perinatales”**.

En un estudio realizado en la Universidad el Estado de México se buscó “Abruptio placentae Morbimortalidad y Resultaos Perinatales” en el año 2015, se tuvo como objetivo “Describir los resultados neonatales y las complicaciones maternas en las pacientes que presentaron abruptio placentae del Hospital Gineco-Obstetrico de IMIEM”, se utilizó un estudio retrospectivo y descriptivo. Entre los resultados del estudio tenemos que la edad promedio estuvo entre 21 y 35 años (61.6%), el 20.9% fueron las mujeres mayores de 35 años. El 17.4% fueron menores de 20 años, el 33.7% eran primigestas y el 66.3% fueron multigestas. Entre los principales factores de riesgo se presentó cuadros hipertensivos del embarazo con un 34.6%, seguida de rotura prematura de membranas con un 22%. El síntoma principal que lo llevó al hospital fue el sangrado transvaginal con un 25.6%, la hipertonía uterina con 22% y solo el 10.5% ingresaron sin cuadro clínico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Se presentaron complicaciones como choque hipovolémico un 15.1%, utero de Couvelaire en un 8.1% y atonía uterina con un 5.8% y solo el 69.8% de las pacientes evolucionaron sin complicaciones; el 1.2% se les llegó a realizar histerectomía. La vía de nacimiento en su mayoría fue abdominal con un 97.7% y solo el 2.3% llegó a ser por la vía vaginal.

La tasa de mortalidad perinatal fue del 10.5%, y de estas el 8.1% fueron muertes fetales. En este estudio se reportaron 2 muertes maternas que no fueron por desprendimiento prematuro de placenta sino a complicaciones debidas a pre-eclampsia-eclampsia. Estos autores concluyeron que el abruptio

placentae es una catástrofe obstétrica que conlleva a un alto riesgo materno – fetal, y que un diagnóstico precoz y la interrupción del embarazo oportuna va a disminuir la morbilidad perinatal. (9)

Chang G, (2015). “Un contraste internacional de las tasas de desprendimiento placentario”. Universidad Central del Sur, China.

En el estudio realizado acerca de “Un contraste internacional de las tasas de desprendimiento placentario” del 2015, donde se tuvo como objetivo que el desprendimiento prematuro de placenta está implicado en alta tasas proporcionalmente de morbilidad y mortalidad perinatal. Las variaciones geográficas y temporales pueden proporcionar ideas sobre factores susceptibles de desprendimiento. Se evaluaron las frecuencias de desprendimiento por edad materna, año de parto y cohorte de nacimiento materno durante tres décadas en 7 países. Se utilizó un instrumento válido por expertos donde se aplicaron pruebas estadísticas, encontrando: Las mujeres que dieron a luz en los Estados Unidos (n = 863.879, 1979-10), Canadá (4 provincias, n = 5.407.463, 1982-11), Suecia (n = 3.266.742; 1978-10), Dinamarca (n = 1.773.895), Noruega (n = 1.780.271, 1978-09), Finlandia (n = 1.411.867; 1987-10) y España (n = 6.151.508; 1999-12). El diagnóstico de desprendimiento se basó en la codificación de ICD. Las tasas se modelaron utilizando la regresión de Poisson en el marco de un análisis de cohortes

de edad-período, y modelos de varios niveles para examinar la contribución del tabaquismo en cuatro países. Por lo que el autor concluyó que hay un fuerte efecto de la edad materna sobre el desprendimiento; mientras que la tasa de desaceleración se ha estabilizado desde el 2000 en los EE.UU, y los otros países también muestran tasas decrecientes; especialmente el tabaquismo, pueden ayudar a reducir las tasas de deserción. (10)

Canache L, Castejón O. (2012). **“Desórdenes hipertensivos asociados a desprendimiento prematuro grave de placenta normoinserta”**. Venezuela:

En Venezuela Canache y Castejón hizo un estudio de los “Desórdenes hipertensivos asociados a desprendimiento prematuro grave de placenta normoinserta, que tuvo el objetivo de evaluar el desarrollo de la vellosidad de anclaje, en desordenes hipertensivos del embarazo, asociados con desprendimiento prematuro grave de placenta normoinserta, ejecutado en el laboratorio de la Universidad de Carabobo. Se llegó a examinar 20 placentas, donde 17 presentaron desordenes hipertensivos y 3 embarazos normales del tercer trimestre, aplicando microscopia de luz que determinan tipos de vellosidades según su desarrollo y cambios degenerativos encontrados. Se obtuvo 91% de vellosidad troncal, 92% de intermedia madura, 28% de intermedia inmadura, 47% de terminales, 92% con membrana vásculosincitial periférica y 44% de membrana vásculosincitial central y notables cambios degenerativos como cambios fibrinoides en el 100%, igual la necrosis del trofoblasto, 96% de fibrosis estromal, 88% de edema y 74% de hemorragia; además 92% de trombosis, congestión vascular y cambios de la pared del vaso y más de seis vasos en las vellosidades en 52%. El espacio ínterveloso tiene importantes cambios como los depósitos de fibrina en 84%, la trombosis íntervelosa en 76% y

los infartos en 56%, estos cambios degenerativos son estadísticamente significativos. Se llegó a la conclusión, que existía degeneración y desarrollo anormal en un ambiente de daño hipoxico extenso. (11)

Adón L; Suero A; Aragonéz Y; Guerrero O; Mejía V. (2010). “**Factores de Riesgo y características Clínicas Asociados al desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta**”.

El presente estudio incluye “Factores de Riesgo y características Clínicas Asociados al desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta”. Del 2010, se tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo y características clínicas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, el estudio de tipo cualitativo descriptivo de corte transversal y retrospectivo, se analizaron 52 pacientes que presentaron Desprendimiento Prematuro de Placenta.

Entre los resultados tenemos que los factores de riesgo encontrados fueron: la multiparidad con un 57.7%, seguido de la Pre eclampsia con un 44.2%, la edad mayor de 36 años con un 13 %, en cuanto a los hábitos tóxicos no mostraron ser factores determinantes. Se llegó a concluir que las multíparas tiene una incidencia muy marcada al resto de los factores seguida de la preeclampsia. (12)

Aguilar D; Meléndez V; Flores L; Tóvez A; Valladares, L; & Castellanos, M; (2010). “**Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta**”. Honduras.

En la Revista Médica de Honduras, se realizó un estudio sobre “Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta” en el año del 2010, que refiere que la hemorragia del tercer trimestre del embarazo y el post parto se han

identificado como causas de mortalidad materna, las que pueden deberse a placenta previa y al desprendimiento prematuro de placenta. Su objetivo es establecer la prevalencia de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Materno Infantil. Se utilizó un estudio retrospectivo, siendo el universo de 3.128 mujeres atendidas en el 2008.

El número de diagnosticadas con placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta fue 11. Se emplearon variables cuantitativas como (edad gestacional, paridad, cesáreas previas, peso del RN, APGAR) y las variables cualitativas como: (antecedentes ginecos – obstétricos, variantes de placenta previa, datos del parto, datos del recién nacido y complicaciones materno fetales). Los resultados encontrados en el estudio, es la prevalencia de placenta previa con un 0.31% fue mayor en relación a los casos de desprendimiento prematuro de placenta con 0.03% y los factores de riesgo encontrados fueron la multiparidad y cicatrices uterinas. De los 10 casos encontrados de placenta previa 9 fueron sometidos a cesárea; y el único caso de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta finalizó en parto. Se llegó a la conclusión que la placenta previa total presentó mayor frecuencia de todos los casos de placenta previa obtenidas. Los factores de riesgo asociados está la multiparidad y cicatrices uterinas (por cesáreas previas). (13)

Canache L; Castejón O. (2007). **“Desarrollo de la vellosidad placentaria de anclaje en desórdenes hipertensivos asociados a desprendimiento prematuro grave de la placenta normo inserta”**. Venezuela.

En la Revista Médica de Venezuela, se realizó un estudio sobre “Desarrollo de la vellosidad placentaria de anclaje en desórdenes hipertensivos asociados a desprendimiento prematuro grave de la placenta normo inserta” en el año 2007, en

la que se tuvo como objetivo evaluar el desarrollo de la vellosidad de enclaje, en desordenes hipertensivos, asociados con desprendimiento prematuro grave de placenta normoinsera, En el estudio se examinaron a 23 placentas, 20 fueron con desórdenes hipertensivos y 3 de embarazos normales en el tercer trimestre empleando microscopia de luz y microscopia electrónica CIADANA.

Entre los resultados encontrados fue un 91% de vellosidad troncal, 81% de intermedia madura, 21% de intermedia inmadura, 47% de terminales y notables cambios degenerativos. Este estudio llegó a concluir un acelerado crecimiento de la vellosidad empotrada en la placa basal o cercana a ella evidenciando resultados en el proceso de degeneración y desarrollo anormal en un ambiente de daño vellosito hipoxico extenso. (11)

ANTECEDENTES NACIONALES:

Miranda R. (2016). **“Amenaza de Aborto como Factor Asociado a Desprendimiento Prematuro de Placenta en el Hospital Belén de Trujillo”**

Un estudio realizado en Trujillo por Miranda en el hospital de Belén, sobre “Amenaza de Aborto como Factor Asociado a Desprendimiento Prematuro de Placenta, la que refiere determinar si la amenaza de aborto es un factor asociado a desprendimiento prematuro de placenta; el estudio de tipo analítico observacional retrospectivo, el estudio constituida por 300 gestantes distribuidas en dos grupos; con y sin amenaza de aborto, el resultado encontrado es que la frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta en las gestantes con y sin amenaza de aborto fue de 55 y solo 1% respectivamente, el riesgo relativo entre amenaza de

aborto y desprendimiento prematuro de placenta fue de 3.5%, llegando este estudio a concluir que la amenaza de aborto es un factor asociado para desprendimiento prematuro de placenta. (14)

Rodriguez L; (2016). **“Obesidad pregestacional como factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de Trujillo”**.

Rodríguez hizo un estudio en relación a la “Obesidad pregestacional como factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016, se tuvo como objetivo determinar si la obesidad pregestacional es factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta, este estudio tuvo régimen de investigación libre, retrospectivo. La población estaba constituida por 176 gestantes que cumplían criterio de inclusión y exclusión establecidos en dos grupos del departamento de gineco- obstetricia del hospital Belén; un grupo de gestantes con desprendimiento prematuro de placenta (casos) y otro gestantes sin desprendimiento prematuro de placenta (controles). Los datos se obtuvieron por muestreo aleatorio de los archivos de historias clínicas, Los datos fueron analizados con software IBM SPSS STATISTICS 23. Se aplicaron pruebas estadísticas y Odds Ratio para verificación de hipótesis. Entre los resultados tenemos que la frecuencia de obesidad pregestacional en los pacientes con y sin desprendimiento prematuro de placenta fue de 11% y 26% respectivamente. En el Odds ratio de obesidad pregestacional con desprendimiento de placenta es de 0.36, donde Hubo significancia estadística con $X^2 = 6.303$ ($p = 0,12$). Por lo que se concluyó que la obesidad pre-gestacional está asociada a un menor riesgo de desprendimiento prematuro de placenta. (15)

Pacora P: (2015) “El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo”

En una revista Peruana de ginecología Pacora realizó un estudio sobre “ El desprendimiento prematuro de placenta es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo en el año 2015, donde nos refiere determinar la prevalencia y factores de riesgo del desprendimiento prematuro de placenta, el estudio fue retrospectivo del hospital Nacional San Bartolomé de Lima, la información perinatal de los casos de DPP registrados en el Sistema Informático Perinatal (SIP), el diagnóstico fue realizado por visualización macroscópica de un coagulo sanguíneo en la cara materna de la placenta insertada en el segmento uterino superior. Los resultados encontrados fueron: El DPP ocurrió en 0.4% de los embarazos, los factores de riesgo asociados fueron : genéticos y/o hereditario, (mala historia reproductiva: muerte fetal previa con 28%, parto pretérmino previo con 9%); emocionales : (Multíparidad 74%), muerte fetal previo con 9%: sociales (ausencia de control prenatal con 71%, grado de educación bajo 11%, nutricional, vascular y metabólico (malnutrición materna con 28%, edad mayor de 30 años con 27%, pre eclampsia - eclampsia 25%, sangrado vaginal por enfermedad vascular coriodecidual 100%, anemia 265, asfixia perinatal 33%, desnutrición fetal/ bajo peso al nacer 445; anatómica (rotura prematura de membranas pretérmino 45, defecto congénito anatómico 3%); e infeccioso (infección fetal y sepsis neonatal 8%, infección puerperal 3%). No se encontró asociación con embarazo gemelar, sexo fetal varón, tabaquismo ni de drogas. Por lo que se concluye que el DPP es la manifestación de una enfermedad vascular severa cuyo origen es multifactorial

y ocurrió en un 0.4% de los embarazos, también se asocia con mayor morbilidad materna /perinatal, a parto prematuro y a mortalidad perinatal. (16)

Castilla F; Montoya A; Fernández A; (2015). “**Desprendimiento prematuro de placenta**”. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.

En la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia el autor realizó un estudio de “Desprendimiento prematuro de placenta”, del año 2015 y nos refiere determinar la morbimortalidad materno perinatal del desprendimiento prematuro de placenta, se realizó un estudio descriptivo, utilizando las historias clínicas maternas y el libro de registro de neonatología de los casos de DPP.

En el estudio ocurrieron 133 casos de DPP, teniendo una incidencia 0.77%, se obtuvo 68 historias clínicas. La edad varió entre 20 y 30 años (57.2%). Casi el 50% de los embarazos eran a término; la mayoría no tenía control pre natal o lo tenía insuficiente (70.5%), la paridad menor a dos (63.1%), la patología concomitante fue la enfermedad hipertensiva del embarazo (41.1%), la mayoría presentó hemorragia como síntoma principal (64.7%), la mortalidad perinatal fue del 50%; ocurrió asfixia severa pero de recuperación rápida en la mayoría de los neonatos; la morbilidad neonatal en primer lugar con problemas infecciosos, ocurriendo sepsis en 12% , no hubo casos de mortalidad materna, fueron causa de morbilidad puerperal : preeclampsia- eclampsia (16.1%) y síndrome febril (13.2%).Luego del análisis se llegó a concluir que existe alta tasas de mortalidad perinatal y que los problemas infecciosos son causa de morbilidad neonatal y puerperal en los casos de DPP. (17)

Torres E.(2007). **“Factores de Riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”**. Lima.

En el estudio realizado en Lima se buscó los “Factores de Riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza” en el año 2014, se tuvo como objetivo determinar que el desprendimiento prematuro de placenta es una de las hemorragias del tercer trimestre que condiciona morbilidad materna perinatal, y se debe fundamentalmente a la magnitud de la hemorragia y las complicaciones derivadas a ella. Entre los resultados tenemos que el desprendimiento prematuro de placenta constituye el 31% de las hemorragias del tercer trimestre con una incidencia muy variable de 0.12% a 3 % a nivel mundial, a nivel nacional estas cifras varían de 0,2% a 2% lo que concuerda con los datos estadísticos del hospital de San Bartolomé que tiene una incidencia de 0.45% y el Instituto Especializado Materno Perinatal la incidencia es del 1%, vemos que algunas literaturas refieren que los Desprendimiento Prematuro de Placenta son suficientemente extensos como para matar al feto y se dan en el 0.11% - 1.29%, mientras que las mujeres que han tenido tasas de recidiva de 10% y en caso de dos embarazos consecutivos de desprendimiento prematuro de placenta la incidencia aumenta al 25%, por lo que se recomienda terminar prematuramente el embarazo por los riesgos de recidiva. La tasa de mortalidad materna en el desprendimiento Prematuro de Placenta es del 0.5% y 5% de la precocidad del diagnóstico, la mortalidad fetal varía entre 50% a 80%, la perinatal entre 20% y el 40% de los que sobreviven tienen un 40% a 50% de enfermedad neonatal. (18).

1.3.1 DEFINICIÓN:

Según el Instituto Materno Perinatal (ex maternidad de Lima) define al Desprendimiento Prematuro de Placenta como la separación parcial o total, considerándolo después de las 22 de gestación y antes del tercer periodo del alumbramiento. (2) .

Según la tesis de Velásquez, nos menciona que el Desprendimiento de la Placenta, “es un síndrome hemorrágico a consecuencia del desprendimiento total parcial de la placenta normoinserta quien nos describe que se da, después de las 20 semanas de gestación y antes del periodo de alumbramiento”. (1)

El Desprendimiento Prematuro de la Placenta significa en latín; significa “desgarro a pedazos de la placenta”.

1.3.2 INCIDENCIA:

La incidencia mundial, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta tiene una incidencia de 0,3- 1% es decir un caso entre 100-300 partos y es causa de un 25% de la mortalidad perinatal. (4)

La incidencia: 5,9 - 6,5/1,000 gestaciones únicas y de 12,2/1,000 gestaciones múltiples.

La mortalidad fetal es elevada (mayor del 15%) y la materna es 3 veces superior.

En la mujer las complicaciones secundarias a la hemorragia, shock, coagulopatía, también tiene una tasa elevada. (5)

El desprendimiento de placenta complica del 0,4 al 1 % de los embarazos y su incidencia parece estar aumentando, posiblemente debido al aumento en la prevalencia de sus factores de riesgo. Del 40 al 60 % de desprendimientos ocurren antes de las 37 semanas de gestación y el 14 % antes de las 32 semanas. Según los datos de Venezuela. Su promedio de la incidencia varía según la población, siendo de 0,83 %, que equivale 1 / 120 partos. (19).

Según Sgibbs y Beth de todos los nacimientos ocurre entre el 0,5 % al 2% (19). En el 50% de los desprendimientos graves, son ocasionados por la enfermedad hipertensiva materna, siendo el 25% de estos casos hipertensión crónica; según la literatura Internacional nos menciona que puede ocasionar la muerte fetal en el 50% de estas ocurrencias cuando no se diagnostica oportunamente; Con esta patología puede causar las transfusiones mayores, coagulación intravascular diseminada (CID) y llegar con un útero de Couvelaire y como consecuencia a la histerectomía. (1)

1.3.3 ETIOLOGÍA:

La causa primaria es desconocida.

Existe una serie de condiciones o circunstancias que están asociadas, pero, no existe una explicación etiológica satisfactoria para cada una de ellas. Es probable que sea por una lesión decidual o vascular desconocida el común denominador de todos los factores. (3) .

Son muchos factores que pueden causar el desprendimiento prematuro de la placenta siendo los más comunes:

a) Enfermedad Hipertensiva del embarazo:

Tenemos que la enfermedad hipertensiva del embarazo se vincula con una incidencia de 2.5-17%, siendo la causa probable una lesión isquémica a nivel de la decidua basal. (6)

Hay persistencia de endotelio en las arterias espirales en lugar de encontrarse trofoblasto, este trayecto va a dificultar la expansión de los vasos y como consecuencia la circulación en el espacio intervelloso.

Otros autores consideran al desprendimiento prematuro de placenta como el estadio final de la toxemia. En los Desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta de forma leve no se ha hallado vínculo con la enfermedad hipertensiva del embarazo, asociándose en el 50% con la muerte del feto en un abruptio severo. (6)

b) Ruptura Prematura de Membranas (RPM):

Al realizar de forma violenta vamos a ocasionar cambios de presión a nivel de la cavidad uterina, favoreciendo que ocurra un el desprendimiento de la placenta, la presencia de neutrófilos van a debilitar la matriz extracelular provocando el incremento de la trombina en la decidua. (20)

c) Antecedentes de Desprendimiento prematuro de Placenta Norma inserta (DPPNI):

Se llegó a demostrar que en un primer incidente de abruptio placentae, ocurría en el 10% al 17% el desprendimiento de la placenta y después de un segundo suceso el riesgo va en aumento de un 20%. (20)

d) Traumatismo Abdominal:

El desprendimiento de la placenta se asocia en ocasiones a traumatismo de diferente índole. Un traumatismo directo sobre el útero puede originar una hemorragia del lecho placentario y secundariamente un hematoma. Constituyendo estos traumas en el 1 y 5% de los motivos, siendo los traumas directos como las caídas y los accidentes automovilísticos. (21).

e) Sobre distensión uterina:

Según Cabero en el año 2010 encontró que la descompensación de forma violenta del útero, crea una reducción del musculo del miometrio ocasionando el desprendimiento, esto puede ocurrir después de una descompensación del líquido amniótico en caso de un polihidramnios, cuando ocurre el nacimiento del primer gemelo o en caso de cordón umbilical corto, menos de 20 cm. Equivale al 5% de los desprendimientos. (21)

f) Leiomiomas o malformaciones uterinas:

Donde hay un mioma uterino hay una tendencia a la separación de la placenta del miometrio.

g) Yatrogenia :

Esto ocurre cuando se realizan maniobras de versión externa, donde favorece al desprendimiento. Se atribuye también cuando se realiza amniocentesis, cordocentesis y amnioinfusión. Cuando se realiza el Test estresante con la oxitócina (22)

h) Consumo de cocaína y tabaquismo:

Las mujeres que fuman un cigarrillo hacen que disminuya la perfusión placentaria por un espacio de 15 minutos ocasionando necrosis de los vasos en la decidua y las mujeres fumadoras con más de 10 cigarrillos tiene mayor incidencia al desprendimiento de la placenta.

Estudios han demostrado que el uso de cocaína tiene efectos de vasodilatación (ensanchan) y vasoconstricción (estrechan) de los vasos sanguíneos como el crack. (22)

i) Desnutrición:

Las carencias nutricionales como la deficiencia de la Vitamina A, el ácido fólico y el hierro van a ocasionar que ocurran cambios en el crecimiento del trofoblasto. (7)

j) Aumento de la edad Materna y Multiparidad:

La multiparidad es un componente de mayor peligro sobre todo en aquellas que tiene más de 5 y 6 hijos. (7)

k) Trombofilias:

l) Déficit de folatos:

El aporte deficiente del folato se relaciona con un aumento del riesgo de complicaciones obstétricas, DPPNI, preclamsias y pérdidas de embarazo, un trabajo reciente ponen de manifiesto el aumento de los niveles de homocisteina en gestante con desprendimiento de placenta.

(21)

1.3.4 FISIOPATOLOGÍA.

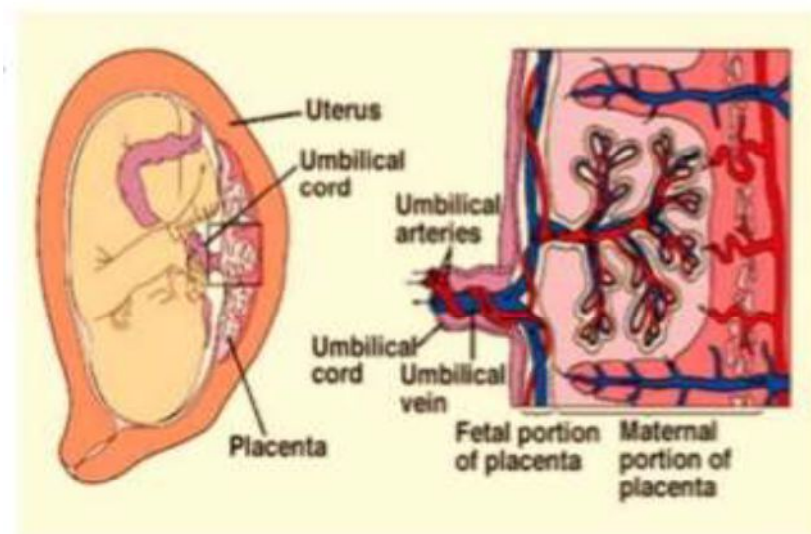
El curso comienza con una hemorragia a nivel de la decidua basal, ocasionando la ruptura de los vasos arteriales o también por la ruptura de un vaso feto placentario, en conclusión la decidua se va disecando lentamente y el hematoma formado se va incrementando ocasionando que la placenta se separe cada vez más por la compresión, reduciendo así de esta manera los intercambios feto placentarios. (23)

Cuando la hemorragia continua, busca su camino que le facilita a que ocurra la separación de la placenta como también la extravasación sanguínea por infiltración que va hacia el miometrio, en donde nos da una imagen de un útero de couvelaire. (24). Una vez que la decidua se ha separado, por la pérdida de la sangre protruyendo por el cérvix hacia la vagina o puede atravesar las membranas y llegar al líquido amniótico dándole un color característico. (25) .

Las prostaglandinas van a ocasionar el aumento de la actividad de la dinámica uterina en frecuencia, duración e intensidad, cuando estos patrones se altera puede conllevar al sufrimiento fetal. (26)

Existe otro medio de desprendimiento placentario, esto se daría por la presión venosa de los vasos uterinos que llega al espacio intervelloso, ocasionando la ruptura vascular y la inflamación en el lecho venoso y por consiguiente se desataría el desprendimiento de la placenta. (27)

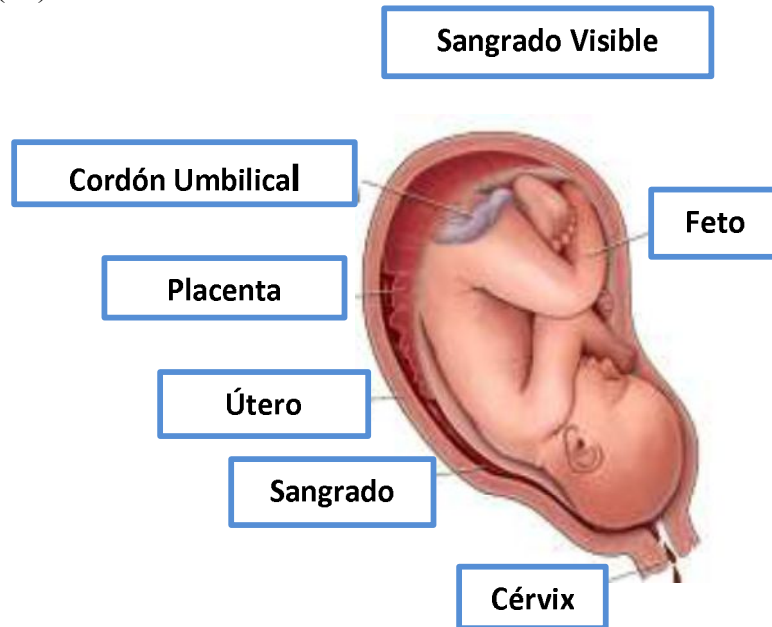
FISIOPATLOGÍA:



Fuente: (28)

1.- El DPP Externo (75%).- El sangrado externo es visible, y generalmente es parcial sus complicaciones, son menos graves que el oculto.

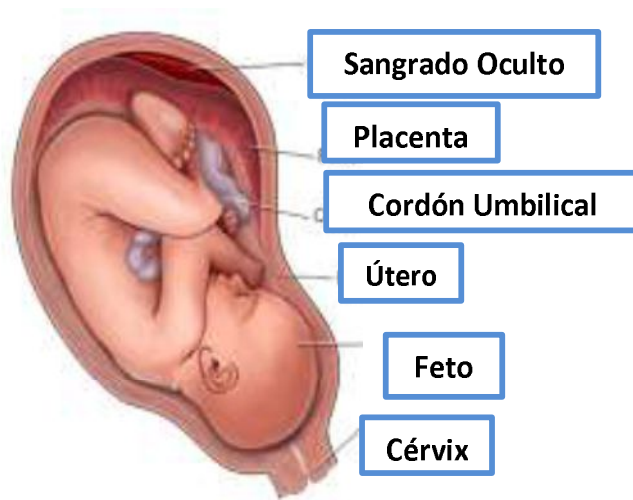
(28)



Fuente: (28)

2.- El DPP Oculto (25%).- No da sangrado externo y puede tener toda la placenta desprendida, sus complicaciones son graves. (28)

Sangrado Oculto



Fuente: (28)

1.3.5 ANATOMIA PATÓLOGICA:

El hallazgo principal es la presencia de un coágulo retroplacentario. El coágulo que ocurre después del alumbramiento es de color rojizo, blando y no se adhieren, en cambio el coágulo retroplacentario es de color oscuro y está adherido fuertemente a zonas de infarto hemorrágico.

1.3.6 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Incluyen todas las causas de dolor abdominal y sangrado:

- Placenta Previa
- ITU
- Amenaza de Parto pre termino
- Neoplasia Cervical o vaginal
- Hemorragia del canal del parto
- Apendicitis
- Mioma Degenerado
- Rotura Uterina
- Patología Ovárica
- Dolor Muscular (29)

1.3.7 FACTORES DE RIESGO: (30)

1) Riesgo en salud Materna:

- Edad Materna Y paridad - Tabaquismo
- Hipertensión crónica - Traumatismo
- Hipertensión crónica - uso de cocaínas y anfetaminas con pre- eclampsia.

2) Complicaciones del Embarazo: (30)

- Embarazo múltiple. - RPM
- Oligoamnios. - Corioamnionnitis.
- Tener casos previos de DPP.

1.3.8 CLASIFICACIÓN: Teniendo en cuenta su implantación:

- **RETROPLACENTARIO:** Situada entre la placenta y el miometrio, es grave cuando afecta el 30 a 40%, y la mortalidad fetal es de 50%, si hay acumulación de sangre más de 60 mililitros. (4)
- **MARGINAL:** Subcorionico ocurre entre la placenta y las membranas.
- **PREPLACENTARIA:** o subamniotica, entre la placenta y el Líquido amniótico, pero sin importancia clínica. (31)

1.3.9 CLASIFICACIÓN DE PAGE: (32)

Grado 0: Es asintomática, al examinar la placenta en el momento del alumbramiento, donde se observa un trombo retroplacentario pequeño.

Grado I: son las consideradas como leves, las metrorragias escasas, la zona de desprendimiento es variable al 30%, el dolor es leve, no hay signo de

hipertonía, ausencia de la coagulopatía, feto vivo el estado de la paciente es bueno.

Grado II: la metrorragia vaginal es moderada, con evidencia de hipertonía uterina, el área de desprendimiento es inferior al 50%, el feto está vivo pero con signos de hipoxia fetal, ocasionalmente se detectan trastorno de la coagulación.

Grado III: se caracteriza por un cuadro clínico grave con un área de desprendimiento de la placenta superior al 50%. La hemorragia es grave con un estado de shock hipovolémico, feto muerto, útero tetánico, presentes los trastornos de la coagulación.

1.3.10 CLASIFICACIÓN DE SHER: (32)

Grado I: Una hemorragia leve, el sangrado es menos de 150ml.

Grado II: Hay presencia de hemorragia, signos de hipertonía con modificaciones de los latidos fetales, la hemorragia es mayor de 150 ml y menor a 500 ml.

Grado III: Se corrobora la muerte del feto, hay alteraciones de la CID, insuficiencia renal aguda y el sangrado es mayor de 500 ml.

Clasificación clínica de PAGE y SHER.

	0	I LEVE	II MODERADO	III SEVERO
--	---	-----------	----------------	---------------

Sangrado vaginal	Nula	Ligera o falta 150-500 ml	Intensa (> 500 ml)	Muy intensa
Tono Uterino	Normal	Normal u zonas hipertónicas	Hipertonía	Tetania uterina
Shock	No	No	Leve	Grave
Perdida de Bienestar Fetal	No	Rara o leve	Grave	Muerte Fetal
Cuagulopatía	Normal	Normal	Coagulopatía Compensada	III A:sin CID III B:con CID
Aspecto Uterino	Normal	Pequeña zona Rojo azulada	Intermedio Entre I y III	Útero de Couvellaire
DPPNI	Hallazgo o ocasional	<30%	30 – 50%	50 – 100%
Frecuencia		60%	15%	25%

Fuente: (33)

1.3.11. CUADRO CLÍNICO Y FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN:

La clínica: Se presenta generalmente con la triada clásica:

Dolor abdominal	Sangrado vaginal	Hipertonía uterina
-----------------	------------------	--------------------

Generalmente es propio de la segunda mitad del embarazo, cuando acuden por emergencia las gestantes refieren dolor abdominal intenso que luego aparece de forma brusca y esto continua y va aumentando por las contracciones uterinas ocasionando la expansión del hematoma formado. (34)

Luego aparece el sangrado vaginal, presente en el 78% de las ocurrencias siendo el síntoma más habitual, las características del sangrado es rojo oscuro, no se forma coágulos se presenta después del dolor abdominal. (35)

Sí el hematoma se incrementa es más probable que el útero crezca en pocas horas.

El estado general se ve comprometido con presencia de, alteración de los signos y síntomas (Pulso, Presión arterial y una palidez marcada), pueden parecer normales si hay una enfermedad hipertensiva del embarazo de por medio. (36)

Por la presencia de las contracciones uterina que se va incrementando aparece la polisistolia e hipertonía uterina, obteniendo un útero leñoso, en estos casos es complicado palpar la presentación fetal, ocurre en el 20% de los casos.

A la auscultación de los latidos fetales se muestra sufrimiento fetal o muerte intrauterina que ocurre en un 15 a 35% de los casos

1.3.12 REPERCUSSIONES MATERNAS PERINATALES.

MATERNAS:

Entre las complicaciones maternas tenemos:

- Choque hemorrágico
- Coagulación intravascular diseminada (CID)
- Necrosis isquémica de los órganos distales (37).

SHOCK HIPOVOLÉMICO:

Ocurre cuando hay un descenso del volumen que circula por el torrente sanguíneo, ocasionando un deterioro de la perfusión de los tejidos y como consiguiente la disminución de la oxigenación tanto materno como fetal.

(38)

UTERO DE COUVELAIRE:

Es un estado de infiltración hemorrágica del miometrio debido a la formación del hematoma retroplacentario. (39)



Fuente: (28)

COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID):

Este autor nos refiere que se presenta aproximadamente en el 10% de los casos, si se trata de un DPP severo esto sigue aumentando y los casos leves de DPP la aparición es mínima.

El sistema de coagulación que existe en el organismo se pone en marcha para la formación de trombos mediante dos vías: la **vía intrínseca** que esta iniciada por las plaquetas o la **vía extrínseca** que esta inducida por la acción de la tromboplastina tisular sobre la sangre. Ambas vías convergen en la formación de trombina. Para el control de este sistema de gran potencia está el sistema fibrinolítico que se encarga de la destrucción de los trombos formados. Ambos sistemas se encuentran en equilibrio. (40)

Cuando se presenta un Desprendimiento de la Placenta Normo Inserta hay liberación de tromboplastina en donde va activar la cascada de la coagulación produciendo:

- ✓ Los factores de la coagulación que van a producir micro trombos que se van a situar en los órganos distales aumentaran el consumo de fibrinógeno.
- ✓ Y el incremento de los productos de degeneración del fibrinógeno va inhibiendo la trombina, obstaculizando el 2do tiempo de la coagulación.
- ✓ Cuando se activa el sistema fibrinolítico ocurre la destrucción del fibrinógeno lo que empeora el cuadro.

Por ello los depósitos de fibrinógeno producirán un descenso de las plaquetas y el plasma y algunos que quedan se usaran para la formación de nuevos trombos, creándose así de esta manera un círculo vicioso. (27)

NECROSIS ISQUÉMICA DE ÓRGANOS DISTALES:

La hipovolemia va a causar una complicación grave para la madre, afectando los órganos principales como los riñones, las suprarrenales la hipófisis e hígado; debido a la falta de oxígeno hacia los tejidos. (41)

FETALES:

- Hipoxia y sufrimiento fetal
- Anemia severa
- Retardo de crecimiento Intrauterina (RCI) en DPPNI.
- Muerte fetal (óbito).
- Prematurez. (21)

1.3.13 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

Fundamentalmente el diagnóstico se basa por la clínica.

a) MONITORIZACIÓN FETAL:

Con el monitoreo fetal se pueden registrar las desaceleraciones y alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, así como la dinámica uterina.

Un registro sin alteraciones no nos debe tranquilizar porque nos puede producir un rápido deterioro del estado fetal. Cuando las membranas están rotas es muy útil el pulsioximetría para el control de la FCF. (35)

b) HALLAZGOS DE LABORATORIO.

El hematocrito puede estar normal o disminuido.

El tiempo de coagulación que ocurre en 98 minutos

El fibrinógeno puede estar normal o disminuido mayor de 100 mg plaquetas, la protrombina. El incremento de Dimero D con valor predictivo del 91%. (42)

c) ULTRASONIDO.

Según paz y otros autores nos refieren que el ultrasonido es útil en un 30 a 50% donde se observa a la placenta más gruesa por la hemorragia teniendo ecogenicidad, también nos ayuda con el diagnóstico diferencial con placenta previa.

Nos permite observar el grado de desprendimiento de la placenta y el útero, cuando el desprendimiento observado es mínimo, se recomienda reposo para que disminuya el sangrado, pero en los casos severos o graves la placenta esta desprendida más de la mitad, y es el momento para adelantar el parto por cesárea porque hay sufrimiento fetal. (42)

1.3.14 TRATAMIENTO:

Ante un paciente con sospecha de DPPNI las medidas generales urgentes son:

- ✓ El control de signos vitales nos sirve para valorar las pérdidas hemáticas.

Normalmente, estas pérdidas hemáticas se infravaloran. Hay que tener en cuenta que, cuando se ha producido la muerte fetal por un hematoma

retroplacentario, la pérdida sanguínea por lo menos de 2.500 ml y precisan transfusión urgente aunque el estado de la paciente sea estable hemodinamicamente. (21)

- ✓ Canalizar vía periférica
- ✓ Realizar pruebas de laboratorio para valorar pérdidas hemáticas. Teniendo en cuenta que la Hb y el hematocrito pueden estar normales, aunque la pérdida sea importante debido a la intensa vasoconstricción reactiva que se produce en estas pacientes. (21)
- ✓ Estudio de coagulación solicitando las pruebas anteriormente citadas.

Pruebas cruzadas.

- ✓ Canalización de vía central si la paciente no está termodinamicamente estable, valorando los riesgos de coagulación si existe coagulopatias.
- ✓ Sondaje vesical intentando mantener una diuresis de 30ml/h o más con cristaloides y coloides hasta disponer de hemoderivados hasta asegurar que se está manteniendo el volumen intravascular y evitar el daño renal, que viene siendo una de las principales causa de muerte materna con Desprendimiento de Placenta Normo Inserta. (21)
- ✓ En esta patología debemos proteger que el hematocrito este en un 30% para garantizar el transporte de oxígeno a los tejidos y órganos principales.
- ✓ En caso de hemorragias s debe administrar hemoderivados como, plasma fresco, fibrinógeno, crio precipitados o plaquetas. (43)

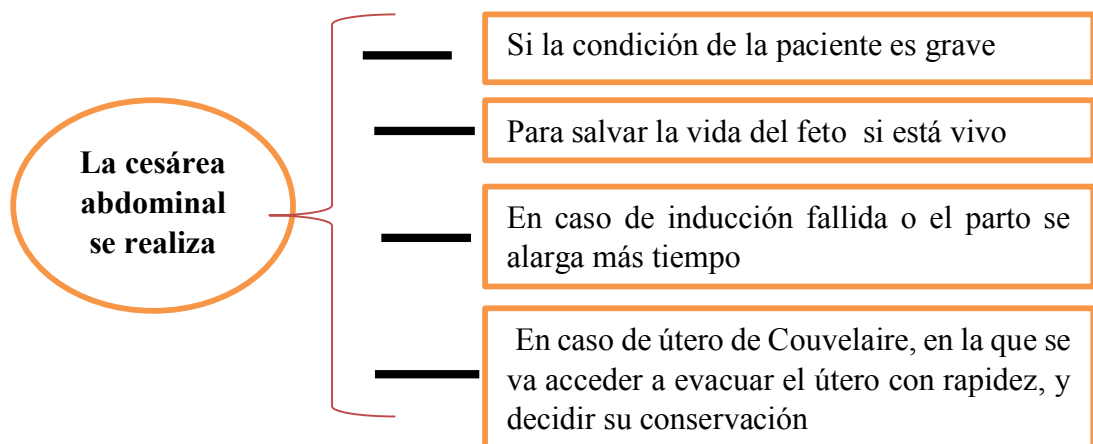
1.3.15 OTROS:

- **CONDUCTA OBSTETRICA**

El útero debe ser evacuado lo más pronto posible, sin tener en cuenta la edad gestacional para así evitar múltiples complicaciones posteriores.

En caso que se decida con parto vaginal esto va a depender de varias condiciones: (dilatación, borramiento y altura de presentación), como también el tiempo del parto. Si no se ha iniciado el trabajo de parto, se intentara por la inducción por infusión intravenosa continua de oxitocina.

(44)



Fuente: Elaboración Propia.

1.3.16 MANEJO CLÍNICO:

Vemos que el manejo va a depender de la edad gestacional, el estado fetal si el feto está vivo o muerto y el compromiso hemodinámico de la madre.

- 1) En Gestaciones a término; Cuando sospechamos de un Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP), y hay sufrimiento fetal, se terminará el embarazo por la vía más rápida preferible una cesárea.
- 2) En caso de gestaciones pre- termino, y se tiene la sospecha de un desprendimiento prematuro de placenta (DPP), que no esté comprometido el estado materno-fetal y que termodinámicamente se encuentre estable.
- 3) Cuando el desprendimiento supera el 50% y la CID es del 30% , el manejo seria :
 - Se sugiere un parto vaginal a menor tiempo o si no proceder con la cesárea para evitar complicaciones de coagulación.
 - Las pacientes con reanimación hemodinamicamente se usará cristaloides y coloides y si el caso lo requiera se solicitará transfusión de hemoderivados. (45)

CAPÍTULO II

2.1 CASO CLÍNICO

A. Introducción:

Las cifras a nivel mundial de Desprendimiento Prematuro de Placenta nos muestran el 0.3- a 1% de incidencia de todos los partos, afectando en un 25% de muerte perinatal. (4)

A nivel nacional ocurre en un 0.4 y 0.64% del total de partos (estudio INMP 2007,2008), nos menciona que la muerte materna es menor al 1%, y la muerte fetal y neonatal está ocurriendo en un 20 a 35% aproximadamente. Es preocupante y alarmante, porque las repercusiones de esta complicación recaen en el feto, quien es el más indefenso a sobrevivir.

Es de vital suma importancia reconocer precozmente las causas de riesgo, para evitar complicaciones mayores con la madre (como Útero de Couvelaire y la Coagulación Intravascular Diseminada), y para el feto la mortalidad y la prematuridad conllevando económicamente a gastos elevadísimos para el estado.

Por tal razón se debe detectar precozmente los peligros en casos de Sangrado vaginal en gestantes que cursan la segunda mitad del embarazo, con la finalidad de realizar un manejo adecuado y oportuno.

- **Objetivo :**

Describir el manejo oportuno del Desprendimiento Prematuro de Placenta para evitar las complicaciones maternas perinatales en gestante primigesta.

B. TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:

“ÓBITO FETAL POR DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA. EN GESTANTE PRIMIGESTA NIVEL III-1 LIMA. 2017”.

INGRESA POR EMERGENCIA: 16/ agosto /2017

Fecha de Ingreso: 16/ Agosto /2017 - 09.30: horas

ANAMNESIS:

- Nombres y apellidos : NN
- Edad : 21 años
- Dirección : Provincia: Huaylas
- Ocupación : Ama de casa
- Estado Civil : Conviviente
- Grado de Instrucción : 4to secundaria.
- Religión : Católica

Enfermedad Actual:

Gestante de 38 semanas es referida de un establecimiento de salud I-3, que acude a emergencia por presentar dolor abdominal fuerte, tipo contracciones uterinas localizado en hipogastrio, más sangrado vaginal escaso; a la evaluación refiere que no percibe movimientos fetales, hace 4 horas.

Los familiares refieren que la gestante ha sido acomodada por un familiar, por estar él bebe de costado. El abdomen se aprecia con yerbas y aceites que fue frotada. Tiempo de la Enfermedad: 4 Horas.

EXAMEN FÍSICO GENERAL. (CLÍNICO):

Lucida orientada en tiempo espacio y persona (LOTEP)

En aparente regular estado general (AREG)

Aparente regular estado nutricional (AREN)

- Presión Arterial : 118/86 MmHg.
- Temperatura : 36.5°C
- Respiraciones : 22 por minuto
- Pulso : 92 por minuto
- Peso : 68.500 kg
- Talla : 151 centímetros

EXAMEN GINECOLÓGICO:

▪ **Genitales externos:**

Por vagina: Se evidencia sangrado vaginal leve color rojo oscuro sin presencia de coágulos,

En cérvix: No se realiza tacto vaginal.

Útero: Ocupado por la gestación a término.

EXAMEN OBSTÉTRICO:

Abdomen:

- Feto : en Longitudinal cefálico derecha (LCD) (por Ecografía)
- Altura Uterina : 33 cm
- Latidos cardiacos fetales : Ausente
- Dinámica Uterina : Presenta dolor en forma esporádicas
(tipo Contracciones uterinas)
- Fecha de ultima Menstruación (FUR) : 21/01/2016
- Fecha probable del parto (FPP) : 27/10/2016
- Edad Gestacional (EG) : 38 semanas

Tacto Vaginal:

Dilatación: No se realiza tacto vaginal. Se evidencia sangrado vaginal leve color rojo oscuro sin presencia de coágulos,

No pérdida de Líquido amniótico.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

<u>Diagnóstico Presuntivo:</u>	° D/C Placenta Previa total
	° D/C pre eclampsia
<u>Diagnóstico Definitivo:</u>	° Primigesta 38 ss. por FUR
	° Hemorragia del 3er Trimestre
	° D/C DPP
	° Óbito fetal

PLAN DE TRABAJO:

1. Hospitalizar a la gestante
2. Realizar las ordenes de laboratorio como:

Hemograma completo:

Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, hemoglobina, hematocrito, recuento de plaquetas, grupo sanguíneo y factor RH.
3. Interconsulta con ginecología
4. Control de funciones vitales y control de sangrado vaginal

TRATAMIENTO:

- ❖ NPO
- ❖ Colocar vía Endovenoso con abocat N° 18
- ❖ Cloruro de sodio al 9 por 1,000 centímetros cúbicos
- ❖ Monitoreo Materno estricto
- ❖ Interconsulta a ginecólogo de Reten
- ❖ Ecografía Obstétrica.

16/ Agosto / 2017 - 10:00 horas: Se solicita análisis de laboratorio.

16/ Agosto /2017 10:15 horas Se efectiviza análisis de laboratorio

16/ agosto /2017 10:30 horas:

Se realiza la Historia Clínica en EMERGENCIA por la OBSTETRA:

Enfermedad Actual:

Gestante de 38 semanas, de 21 años de edad, es referida de un establecimiento de salud nivel I-3, con vía permeable Cloruro de Sodio al 9 por mil (CLNA 1,000 CC.), en compañía del personal técnico de enfermería y sus familiares. Acude a emergencia por presentar dolor fuerte tipo contracciones uterinas localizado en hipogastrio, más sangrado vaginal escaso, y gestante nos refiere que no percibe movimientos fetales, **hace 4 horas.**

Se evidencia restos de yerbas y aceites en el abdomen.

Se les interroga a los familiares quienes nos refieren el uso de Ruda que le dieron de tomar, y que también ha sido acomodada por un familiar, porque él bebe estaba de costado, por información del técnico cuando fue a su control de embarazo.

Antecedentes Familiares:

Madre y padre viven y sanos, son 8 hermanos 3 mujeres y 5 varones

Antecedentes Personales:

Intervenciones quirúrgicas : No refiere

Alergia a medicamentos : No

Transfusiones sanguíneas : Ninguna

Antecedentes Obstétricos:

- Menarquia: 12 años - Vac. Antit: 1 dosis
- FUR: 21/11/2016 - FPP : 27/08/2017
- Gesta: 1 - Paridad: 0000
- EG: 38 semanas - N° APN : 9
- Inicio de Relc. Sexuales : 18 años
- Régimen Catamenial : 3-4 días, cada 28 días

Exámenes de Laboratorio: del 14 / Agosto /2017:

- Grupo sanguíneo y Factor : ORh (+)
- Hemoglobina : 14.2 gramos /dl
- RPR : No reactivo
- VIH : No reactivo
- Glucosa : 78

Examen General: Lucida orientada en tiempo espacio y persona (LOTEP), Aparente regular estado general (AREG) y aparente regular estado nutricional (AREN).

Examen Regional:

- **Fascies y conjuntivas:** Mucosas en regular color, rosadas e hidratadas.

- **Mamas:** Con pezones pigmentados y preparados para la Lactancia.
- **Abdomen:** Con útero grávido, doloroso a la palpación, Tono uterino aparentemente aumentado de tamaño.

La altura uterina (AU) : es de 33 cm

Latidos cardiacos Fetales (LCF) : No se evidencia

Feto en: Longitudinal Cefálico derecha (LCD)

Los familiares refieren que la gestante ha sido acomodada por un familiar, por estar él bebe de costado. El abdomen se aprecia que ha sido sobada con yerbas y aceites.

- **Genitales externos:**

Por vagina: Se evidencia sangrado vaginal leve color rojo oscuro sin presencia de coágulos,

En cérvix: No se realiza tacto vaginal.

Útero: Ocupado por la gestación

- **Miembros Inferiores:**

No se evidencia edemas de miembros inferiores ni varices.

El mismo día 16/ Agosto 2017 10:50 horas: EN EMERGENCIA

Ginecólogo de Reten acude a emergencia y confirma Óbito fetal más hallazgos compatibles con Desprendimiento Prematuro de la Placenta por ecografía. Quien indica Preparar para Cesárea (SOP).

DIAGNÓSTICO:

Diagnóstico Presuntivo:

- D/C Placenta Previa total
- D/C pre eclampsia

Diagnóstico Definitivo:

- ✓ Primigesta 38 semanas por fecha de ultima regla
- ✓ Hemorragia del 3er trimestre
- ✓ Desprendimiento Prematuro de la Placenta
- ✓ Óbito fetal

TRATAMIENTO:

- NPO
- Colocar vía Endovenoso con abocat N° 18
- Cloruro de sodio al 9 por 1,000 centímetros cúbicos
- Monitoreo Materno estricto
- Interconsulta a ginecólogo de Reten
- Ecografía Obstétrica.

PLAN DE TRABAJO:

- Hospitalizar a la gestante
- Realizar ordenes de laboratorio como:
- Hemograma completo:
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, hemoglobina, hematocrito, recuento de plaquetas, grupo sanguíneo y factor RH.

- Interconsulta con ginecología
- Control de funciones vitales y control de sangrado vaginal.

Pasa a Hospitalización de Gineco Obstetricia para CESAREA

HOSPITALIZACIÓN:

16/ Agosto /2017 - 11:30

Es recibida por la Obstetra del servicio de Gineco-obstetricia, con Diagnostico de Primigesta de 38 semanas, óbito fetal y Desprendimiento Prematuro de Placenta.

La gestante refiere dolor tipo contracciones uterinas esporádicas, niega perdida de líquido y sangrado vaginal escaso.

AL EXAMEN FÍSICO GENERAL:

Presión Arterial: 107/70 mmHg - Temperatura: 36.2 °C

Pulso: 88 por minuto - Peso: 68 kilogramos

Respiraciones: 20 por minuto - Talla: 151 centímetros.

Estado general: Se encuentra Lucida orientad en tiempo espacio y persona (LOTEP)

Se encuentra en aparente regular estado general (AREG)

Se encuentra en aparente regular estado nutricional: (AREN)

EXAMEN GINECOLÓGICO:

Por vagina: Se evidencia sangrado vaginal leve color rojo oscuro sin presencia de coágulos,

En cérvix: No se realiza tacto vaginal.

Útero: Ocupado por la gestación

EXAMEN OBSTÉTRICO:

- Feto: LCD
- LCF⊗: ausentes
- FPP: 27/08/2017
- Menarquia: 12 años
- N°APN 9
- AU (altura uterina) 33 Cm
- FUR: 21/11/2016
- EG: 38 Semanas
- VAC :1 Dosis
- IRS: 18 años

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Primigesta de 38 semanas
- Hemorragia de la Segunda mitad del embarazo.
- Desprendimiento Prematuro de Placenta
- Óbito fetal

PLAN DE TRABAJO:

- Se preparar a la paciente para que ingrese a sala de operaciones. SOP para una cesarea de emergencia.

16/ Agosto /2017 11:40 horas

Se obtiene Resultados de laboratorio:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

<u>HEMOGRAMA COMPLETO</u>						
Hemoglobina: 11.1 g/dl		Hematíes: 4,550,000 por mm				
Hematocrito: 35 %		Leucocitos: 10,320 por mm				
Neutrófilos	Abastoados	segmentados	Eosinofilos	Basófilos	Monocitos	Linfocitos
83	00	83	00	00	03	14
T. de Coagulación. 7 Min..... (Met. Lee White) 5-15 Minutos						
T. de sangría 1 Min 30 seg..... (Met. De Duke) 1-3 Minutos						
Rcto de plaquetas 158,000..... plaq/ mm3 150,000 a 400,000 pl/mmm						

FUENTE: Laboratorio del Hospital Nivel II-1

EXAMEN DE ORINA COMPLETO

EXAMEN FÍSICO:

Densidad: 1005
Color: Amarillo Claro
Aspecto: ligeramente turbio
PH: Neutro

EXAMEN BIOQUIMICO:

Hemoglobina: Negativo
Urobilinogeno: Negativo
Bilirrubina: Negativo
Proteínas: Negativo
Nitritos: Negativo
Cetonas: Negativo
Ac. Ascórbico: Negativo
Glucosa: Negativo

**EXAMEN DE ORINA
COMPLETO**

EXAMEN DE SEDIMENTO:

Leucocitos: 1 -3 Leuc / c
Hematíes: 0 hem / c
Cels.Epitelial: 4 -6 cel / c
Cristales: No se observan
Cilindros: No se observan
Piocitos: No se observan
Gérmenes: No se observan
Otros: No se observan

FUENTE: Laboratorio del Hospital Nivel II-1

16/ Agosto /2017 - 12:05 horas:

Médico de guardia comunica que se realice los trámites de referencia al Hospital Nivel II-2 Huaraz por falta de anestesiólogo.

Médico de guardia tramita la referencia vía telefónica con el Hospital de Huaraz explicando el motivo de la referencia, se acepta la referencia y de inmediato se le prepara a la gestante para su traslado.

16/ Agosto /2017 13:50 horas:

Gestante llega al Hospital Nivel II-2, Gineco-obstetra recibe a la paciente la evalúa- y pasa a sala de monitoreo fetal, para inducción de trabajo de

parto. Donde estuvo 2 horas y media, para luego ser suspendida por el medica de guardia. **(20.30 horas)**. (Por información verbal)

00:00 Horas del 17/ Agosto / 2017

Paciente se le prepara para Sala de Operaciones, por Inducción fallida, Desprendimiento Prematuro de Placenta, anemia moderada.

02:30 Inicia operación, pero en el transcurso se complica, donde le transfundieron 6 paquetes globulares de sangre, llegándole a realizar la histerectomía parcial.

Luego paso a UCI estando un día, donde se restablece hemodinámica mente.

11.45 Hrs pasa a piso para continuar con su tratamiento indicado por Médico

20/ de octubre/2016 sale de alta paciente estable.

CAPÍTULO III

3.1 CONCLUSIONES:

- Como es de nuestro conocimiento el Desprendimiento Prematuro de Placenta, es una patología de alto riesgo obstétrico que compromete seriamente la salud del binomio madre niño, a pesar de ello, en el presente caso se observa que el manejo y tratamiento por parte del equipo de salud, fueron inadecuados, hasta el extremo de considerarse como negligencia médica, pues culminó en histerectomía de la madre y óbito fetal, anulando el futuro reproductivo de la mujer, desintegración familiar y daño psicológico permanente.

3.2 RECOMENDACIONES:

- Socializar el presente caso con el equipo de salud, analizando la demora, manejo, tratamiento, cumplimiento de las normas, para evitar futuras complicaciones.
- Actualizar las competencias del equipo de salud en situaciones de emergencia por hemorragia obstétrica y otras patologías.
- Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia para disminuir la morbimortalidad materno perinatal

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velásquez M. desprendimiento Prematuro Placenta Ecuador; 2014.
2. Instituto Especializado Materno Perinatal. Guia Practica Clinica y Procedimiento en Obstetricia y Perinatologia LIMA: RM- 449; 2010.
3. Cabero, L; Saldivar, D; & Cabrillo, E. Obstetricia y Medicina Materno Fetal Madrid: Medica panamericana; 2007.
4. Gibbs R, Karlan B. Ginecologia y Obstetricia de Danforth. 10th ed. Barcelona-Madrid; 2011.
5. Cabero L, Saldivar D. Hemorragia obstetrica. 1st ed. Madrid: Ergon; 2013.
6. Furukawa S, Sameshima H, Ikenoue T, Ohashi M, Nagai Y. Is The Perinatal Outcome Of Placental abruption Modified by Clinical Presentation -Journal Of Prregnancy; 2011.
7. Ananth C, Nath C, Philipp C. the Normal Anticuagulant System And Risk Of Placental abruption: Protein,C, Protein, S. And Resistance To Activated Protein;C. Matern Fetal Neonatal Med; 2010.
8. Matsaseng T, Bagratee J, Moodley J. Pregnancy outcomes in Patients With Previous History Of Abruptio Placentae Int J. Gynaecol Obstet.; 2006.
9. Elizalde V, Calderon A, Garcia A, Diaz M. Abruptio Placentae: Morbilidad Y resultados Perinatales Mexico: ELSEVIER; 2015.

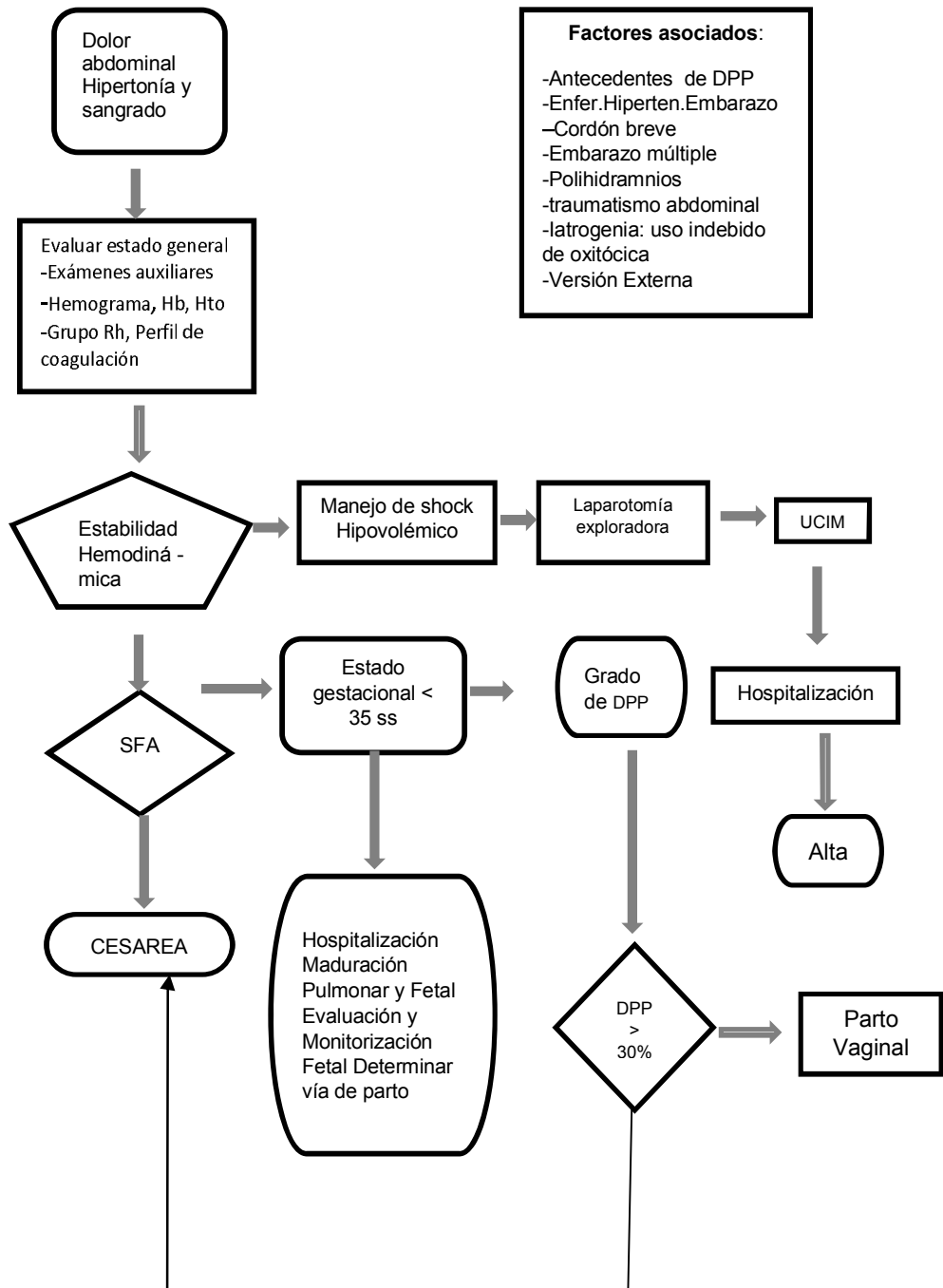
10. Chang G. Un Contraste Internacional de las Tasas de desprendimiento Placentario: Analisis de Cohorte por edades China; 2014.
11. Canache L, Castejón. Desordenes Hipertensivos Asociados a desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta. 2012; 16.
12. Adón L, Suero A, Aragonez Y, Guerrero O, Mejía V. Factores de Riesgo y Características Clínicas Asociadas al desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta. Revista Medica Dominicana. 2010 Setiem -Diciem; 71 (3).
13. Aguilar D, Meléndez V, Flores L, Tóvez A, Valladares L, Castellanos M. Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta , Hospital Escuela bloque Materno Infantil. Rev. Fac. Med. 2010; 7: p. 24.
14. Miranda R. Amenaza de Aborto como Factor Asociado a Desprendimiento Prematuro de Placenta en el Hospital Belen de Trujillo. Trujillo; 2016.
15. Rodriguez L. Obesidad Pregestacional Como Factor de Riesgo Para Desprendimiento Prematuro de Placenta en Hospital Belen de trujillo. Trujillo; 2016.
16. Pacora P. El Desprendimiento Prematuro de Placenta es una Manifestación de Enfermedad vascular Severa en el Embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015;; p. 108-203.
17. Castilla F, Montoya A, Fernández A. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015;; p. 125-131.
18. Torres E. Factores de Riesgo Asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta en Gestantes Atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima -Peru; 2007.
19. Sgibbs R, Beth S. Ginecología y Obstetricia España; 2011.
20. Elsasser D, Ananth C, Prasad V, Vintzileos A. Diagnosis Of Placental abruption: Relationship Between Clinical And Histopathological Findings Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.; 2010.
21. Cabero, L. Tratado de Ginecología y obstetricia España: Panamericana; 2010.
22. Hall D. Abruptio Placentae And Disseminated Intravascular Coagulopathy Semin Perinatal.; 2009.
23. Tikkanen M. Placental abruption Studies On Incidence, Risk Factors And Potential Predictive Biomarkers.: J. Soc Gynecol Investig.; 2010.
24. Giordano R, Cacciatore A, Cignini P. Antepartum Haemorrhage Journal Of Prenatal Meicine.: Revista de Medicina Prenatal.; 2010.
25. Gargano J, Holzman C, Senagore P, Williams M. Fisher Evidence Of Placental Hemorrhage And Preterm Delivery.: BJOG; 2010.

26. Ananth C, Vander W. Placental Abruption and Perinatal Mortality With Preterm Delivery As a Mediator Disemten Gling Direct And Indirect Effects: *am.j Epidemiol*; 2011.
27. Nath CA, Ananth CV, De Marco C, Vintzileos AM, Low. Low Birthweight In Relation To Placental Abruption And Maternal Thombophilia Status: A Casecontrol Study: *amj obstet Gynecol*; 2008.
28. Sibai B. Manejo de las Emergencias Obstetricas agudas. 1st ed. Venezuela: Amolca; 2012.
29. Arias F. Hemorragias del Tercer Trimestre, Embarazo y Parto de Alto Riesgo; 2010.
30. Oyelese Y, Ananth C. Placental Abruption *Obstet Gynecol.*: PUBMED; 2006.
31. Cunningham FG, Leveno KJa. *Obstetricia de Williams*. 23rd ed. Mexico: MC Graww-Hill; 2010.
32. Aagbini R, Colvoc.. *Desprendimiento de Placenta y Placenta Previa*; 2010.
33. Zamorano M. *Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normo Inserta Granada*; 2015.
34. Gonzales J. *Obstetricia*. 5th ed. España: ELSEVIER; 2010.
35. Alvarez D, Alcazar.. *Prevención Diagnostico y Tratamiento de las Hemorragias en el Embarazo Mexico*; 2012.
36. Romero R, Kusanovic J, Chaiworapongsa T, Hassan S. *Placental Beb Disorders In preterm Labor, Preterm PROM, Spantaneous abortion and Abruption Placentae: Best Pracct Res Clin Obstet Gynaecol*; 2011.
37. SEGO. *Protocolos Asistenciales en Obstetricia: Panamericana*; 2013.
38. Sanchez S, Williams M, Pacora P, Ananthah C, Aurora Q, SK , et al. *Risk Of Placental abruption In Relation To Migraenes And Headaches: BMC WOMENS HEALTH*; 2010.
39. ACOG. *Atención y cuidados en la Prestación ,Guiade desprendimiento Prematuro*; 2011.
40. Luckwood c, Krikung HM. *decidualized Huamn endometrial stromal Cell mediate Hemostasis, Angiogenesis, And abnormal Uterine Bleeding reprod.*: SCI; 2009.
41. SEGO. *Desprendimiento Prematuro Normalmente Inserta España*; 2013.
42. Paz NC, Sanchez SE, Huaman LE, Diaz G, Pacora PN, Garcia PJ, et al. *Risk Of Placental Abruption in relation to Maternal Depressive Anxiety And Stress Symptoms J. Affect Disord.*; 2011.

43. Burrow G, Duffy T. Manejo Obstetrico del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta Buenos Aires: Panamericana; 2010.
44. Ananth CV, Wicox AJ. Placental abruption And Perinatal Mortality In The United States.: Am J. Epidemiol; 2010.
45. Perez C. Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo. Revista Peruana de Ginecolog. Obstet. 2010;; p. 56:18-22.
46. Calderon E. Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta, Morbilidad y Resultados Perinatales en Hospital de Ginecologia Y obstetricia del IMIEM Mexico; 2012.
47. Seron Suchini LM. Desprendimiento Prematuro de Placenta Consecuencias materno Perinatales Guatemala; 2014.
48. Tesis: Velasquez MJ. Incidencia de Desprendimiento Prematuro de placenta Normoinserta. Guayaquil -Ecuador;; (2014).
49. ROURA T,LLI. Tratado de Ginecologia Obstetricia y Medicina de la reproduccion Madrid: SEGO- Panamericana; 2010.

ANEXO

FLUXOGRAMA DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA



Fuente: (2)