



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

ÓBITO FETAL Y DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE

PLACENTA EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

PRIVADO DE II NIVEL DE ATENCIÓN, 2021

PRESENTADO POR

MARIA DEL CARMEN COMETTANT PUENTE

ASESORA

Mg. JAQUELINE MIRIAM PORTUGAL PUMA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,

ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA - PERÚ

2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|---|-----|
| PÁGINA DE JURADO..... | i |
| DEDICATORIA..... | ii |
| AGRADECIMIENTOS..... | iii |
| ÍNDICE DE CONTENIDO..... | iv |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | v |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | v |
| RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO..... | vi |
| CAPÍTULO I..... | 1 |
| PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 1 |
| 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA | 1 |
| 1.2 JUSTIFICACIÓN..... | 2 |
| 1.3 MARCO TEÓRICO | 3 |
| CAPÍTULO II..... | 17 |
| 2.1 OBJETIVOS:..... | 17 |
| 2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO:..... | 18 |
| 2.3 DISCUSIÓN | 35 |
| 2.4 CONCLUSIONES | 39 |
| BIBLIOGRAFÍA | 42 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Diagnóstico diferencial de Hemorragias en la II mitad del embarazo..... | 12 |
| Tabla 2: Análisis de laboratorio durante la Estancia Hospitalaria..... | 31 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Desprendimiento Prematuro de Placenta con hemorragia oculta..... | 12 |
| Figura 2. Primer NST..... | 21 |
| Figura 3. Interpretación del primer NST..... | 21 |
| Figura 4. Segundo NST..... | 24 |
| Figura 5. Interpretación del segundo NST..... | 24 |
| Figura 6. Tercer NST..... | 26 |
| Figura 7. Interpretación del tercer NST..... | 26 |
| Figura 8. Imágenes de ecografía obstétrica..... | 35 |

RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO

Se describe el caso clínico de una gestante de 32 años, segundigesta y conviviente que acude por emergencia refiriendo contracciones uterinas frecuentes con una edad gestacional de 33 semanas con 4 días por última regla con un tiempo de enfermedad de 4 horas, sin factores de riesgo importantes.

Al ingreso se indica hospitalización y administración de tocolíticos para frenar las contracciones uterinas lo cual tuvo demoras para la administración, al examen ginecológico no se evidenció dilatación, se indicó un test no estresante cuya interpretación fue sospechosa y se indicó manejo expectante y monitoreo materno fetal.

Se ha desmerecido el valor de los trazados por la edad gestacional, porque la prematuridad puede confundirse para ello. Se ha debido de ahondar los estudios sobre sufrimiento fetal.

En un momento dado, la paciente refiere un fuerte dolor abdominal, donde se evidencia un incremento del tono muscular y una bradicardia fetal persistente, por lo cual se procedió a realizar la cesárea de emergencia.

Posterior a la cesárea se obtuvo un recién nacido con APGAR 0 al minuto y 0 a los cinco minutos, a pesar de la reanimación neonatal avanzada y una puérpera con una pérdida sanguínea de 1000cc lo cual la tornó con anemia aguda.

Palabras claves: desprendimiento prematuro de placenta, óbito fetal, parto pretérmino.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El desprendimiento prematuro de placenta representa una emergencia obstétrica y es parte de las causas de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, esta patología tiene una prevalencia baja en el mundo que va desde 0.9-1% (1).

Su presencia se asocia a un incremento de morbilidad materna y perinatal siendo el de peor pronóstico, el óbito fetal, situación que puede agravar la situación materna trayendo consigo una complicación grave como lo es la coagulación intravascular diseminada que expone potencialmente a la madre a la muerte (2).

En países desarrollados, la prevalencia de esta patología se sitúa cerca al 0,4% ya que tienen mayor nivel de resolución en sus instituciones y mayor capacidad de diagnóstico (1).

En Perú, se ha descrito una frecuencia de 1.14% de casos de desprendimiento prematuro de placenta en todas las gestaciones (2).

Son diversas las características de las gestantes que cursan con esta patología siendo las más frecuentes: edad materna avanzada, multiparidad, gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo y otras patologías concurrentes (3).

Según la Organización Mundial de la Salud, la tasa de mortalidad perinatal es de 18/1000 a nivel mundial para el año 2019, siendo las causas más frecuentes las producidas por parto pre término y los trastornos hipertensivos. Además incluye a las hemorragias de la segunda mitad del embarazo (4).

La Unión Europea tiene una tasa de 2/1000 nacimientos, en América Latina y el Caribe esta cifra se calcula en 9/1000 nacimientos y en Perú esta tasa es de 6/ 1000 nacimientos en el año 2019 (5).

Debido a lo anteriormente señalado, es de suma importancia conocer todo lo referente al desprendimiento prematuro de placenta para un diagnóstico adecuado y oportuno con el fin de reducir la morbimortalidad materna y perinatal.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Se estudia el presente caso clínico por abarcar una patología con baja frecuencia que tiene entre sus modalidades un diagnóstico difícil u oculto. Este estudio se realiza con el objetivo de reforzar las capacidades y actualizar conocimientos de esta patología para saber identificar los signos principales e iniciales del desprendimiento prematuro de placenta lo cual contribuirá a evitar sus consecuencias, las cuales incrementan la morbimortalidad materna y fetal.

Obtener competencias en alto riesgo obstétrico establece al personal de obstetricia como profesional capacitado que será muchas veces el primero en identificar las patologías que pongan en riesgo la vida de la madre y el feto por nacer.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 Antecedentes de investigación

a) Antecedentes Internacionales

Elkafrawi D, et al (6) en el año 2021 su estudio “Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal y materna en mujeres afroamericanas con desprendimiento de placenta” con el objetivo de describir los factores de riesgo y demografía de la población, ejecutaron un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó todos los casos de pacientes con desprendimiento prematuro de placenta (DPP) a partir de las 20 semanas. En total se incluyó a 748 mujeres. Entre los resultados, el 5.9% tuvo síndrome de HELLP, 28% tuvo preeclampsia, 1.48% eclampsia; 29.4% ruptura prematura de membranas, el 14,7% fue fumadora de cocaína, el 19.5% fumaba más de 10 cigarrillos al día. Dentro de los resultados fetales, 63.1% estuvo vivo al alta, 13.6% nació muerto y 16.2% nació al alta, el 95.5% de las muertes fueron prematuros. Entre los factores asociados, el tener preeclampsia se asocia a un mal resultado materno. Concluyeron que la edad gestacional baja en el momento del parto es el factor de riesgo más importante para un resultado neonatal deficiente.

Li Y et al (7) en el año 2019 en su estudio “Análisis de 62 casos de desprendimiento de placenta: factores de riesgo y resultados clínicos” con el objetivo de explorar las características clínicas y los resultados del DPP, emplearon un estudio retrospectivo con una muestra de 62 casos de DPP entre 2007 y 2012. Entre los resultados el 39% tuvo preeclampsia y el 10% tuvo ruptura prematura de membranas. Dentro de la sintomatología en el 68% de los

casos se presentó dolor abdominal y el 35% evidenció sangrado. Se realizó la cesárea en el 73% de los casos. Concluyeron que el diagnóstico de DPP debe incluir los factores de riesgo, síntomas y exámenes auxiliares como la ecografía, ya que el diagnóstico oportuno mejora el pronóstico materno e infantil.

Guo G, et al (8) en Chino “Características epidemiológicas y factores de riesgo relacionados sobre el desprendimiento de placenta en la provincia de Hebei” emplearon un estudio transversal y descriptivo con una muestra proveniente de 22 hospitales, teniendo en total 218 880 gestantes. Entre los resultados, se obtuvo una frecuencia de desprendimiento de placenta de 0.31% con edad promedio de $27,87 \pm 4,50$, entre los factores de riesgo asociados figuraron la hipertensión del embarazo e hipertensión incluida (OR = 1.65, IC del 95 % : 1.09-2.50), preeclampsia leve (OR = 3.65, IC del 95 % : 2.40- 5.56), preeclampsia grave (OR = 4.72, IC 95 % : 3.86-5.76) y anemia (OR = 2.41, IC del 95 % : 2.05-2.83) que aumentaron en las mujeres embarazadas con DPP en comparación con la población femenina normal sin desprendimiento de placenta. Concluyeron que el desprendimiento de placenta parece estar asociado al incremento de la edad y tiene distintos factores asociados.

Nkwabong E, et al (9) en el año 2017 en su estudio “Superficie de desprendimiento de placenta y resultado perinatal” con el objetivo de determinar la relación entre estas dos variables, llevaron a cabo un estudio descriptivo prospectivo. El DPP se presentó en el 1.3% de mujeres. La edad

gestacional media fue de 36 semanas. El desprendimiento $\geq 45\%$ siempre se asoció con muerte fetal y se observó relación significativa en la separación central placentaria ($p < 0,0002$), mientras que la separación del 25-44% se asoció con varios grados de asfixia neonatal. En comparación con la separación marginal de la placenta, la separación central se asoció significativamente con muerte fetal (77.8% versus 10.5%, $p < 0.0002$) y muerte perinatal (88.9% versus 13.1%, $p < 0.0001$). Concluyeron que la superficie de desprendimiento mayor o igual de 45% se asoció con muerte materna. Esta patología requiere una rápida intervención.

Downes K et al (10) en el año 2017 en su estudio “Resultados neonatales asociados con desprendimiento de placenta” emplearon un estudio observacional retrospectivo con una muestra de 223 341 partos únicos de EE.UU. Se calculó una incidencia de DPP en 1.6% se asoció con un riesgo de reanimación del neonatal (RR=1.5; IC 99%: 1.5-1.6), apnea (RR=5.8; IC 99%: 5.1-6.5), asfixia (RR=8.5; IC 99%:5.7-11.3), síndrome de dificultad respiratoria (RR=6.5; IC 99%:5.9-7.1), ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales (RR = 3.4, IC 99%:3.2-3.6), mayor duración de la estancia en cuidados intensivos (índice de tasa de incidencia = 2.0, IC 99%: 1.9- 2.2) , muerte fetal (RR = 6.3; IC 99%: 4.7-7.9) y mortalidad neonatal (RR = 7.6; IC 99%: 5.2-10.1). Concluyeron que existe un efecto directo del desprendimiento placentario que incrementa los riesgos neonatales.

b) Antecedentes Nacionales

Moncada W (2) en el año 2020 en Lima en su investigación “Desprendimiento prematuro de placenta en pacientes cesareadas en un Hospital Público en el Callao” con el objetivo de describir las características de esta población estudió 80 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de DPP. Entre los resultados, la edad mayormente fue entre 20 y 35 años en 52.5%, 28.75% tuvieron edad avanzada, el 80% fue multípara y un 7.5% gran multípara, el 40% de las pacientes tuvo diagnóstico de trastorno hipertensivo gestacional y el 22.5% cursó con ruptura prematura de membranas, finalmente se calculó una prevalencia de 1.19% de desprendimiento placentario desde el 2012 al 2017. Concluyeron que los trastornos hipertensivos son el principal riesgo para desarrollar desprendimiento prematuro de placenta.

Torres D (11) en el año 2019 en Lima en su estudio “Patologías maternas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de enero 2008-2018” tuvo como objetivo identificar las patologías maternas asociadas al DPP. Emplearon un estudio observacional, transversal de caso y control. Se contó con 149 casos con diagnóstico de DPP y 368 pacientes sin dicho diagnóstico. Entre los resultados un 19.5% tuvo edad materna avanzada, con estado civil conviviente en 38.3% y control inadecuado en 63.1%. La presencia de trastorno hipertensivo $p=0.000$ [OR=5.26, IC 95% 3.2-8.5], ruptura prematura de membranas $p=0.002$ [OR=1.26, IC 95% 3.2-8.5]. Concluye que los trastornos hipertensivos se asocian con mayor frecuencia a desprendimiento placentario.

Miranda S, et al (12) En su estudio “Características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Sergio Bernales -Comas, 2016-2017” cuyo objetivo fue describir el perfil de las pacientes que cursaron por esta patología materna. El tipo de estudio empleado fue observacional y retrospectivo con una muestra de 88 mujeres que presentaron tal patología. Entre los resultados, la edad materna avanzada representó el 50.6%, estado civil conviviente en 68.2%, grado de instrucción secundaria en 81.8%, el 42.0% fue multípara, con edad gestacional menor a 37 semanas en 81.8%, el control prenatal menor a 6 tuvo un 47.7%, además en el posparto un 33.0% tuvo anemia y la patología materna con mayor frecuencia fue la ruptura prematura de membranas en 43.2%, seguida de antecedente de DPP en 29.5%. Con respecto a los resultados fetales, el 61.4% tuvo sufrimiento fetal y el 68.5% fue prematuro entre 32 a 37 semanas.

Llerena C(13) en su estudio “Factores asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé durante el periodo 2008-2012” tuvo como objetivo determinar dichos factores, llevó a cabo un estudio observacional y analítico retrospectivo en el cual se consideró a 39 gestantes con DPP y 21 gestantes sin dicha patología. Dentro de los resultados, la edad promedio osciló entre 23.1 \pm 5.3 años, convivientes en 71.7% y educación secundaria en 96.7%. El análisis bivariado arrojó los siguientes valores: la edad ($p=0.0562$), estado civil ($p=0.0067$), grado de instrucción ($p=0.0291$), el peso de las pacientes ($p=0.001$), talla ($p=0.038$). No se encontró asociación con la paridad ($p=0.49$),

control prenatal ($p=0.075$), tipo de gestación ($p=0.095$). Concluyeron que el peso y la talla de la paciente se asocian con la presencia de DPP.

Robles J (14) en su estudio “Anemia e hipertensión arterial como factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de Trujillo” cuyo objetivo fue demostrar que estas variables tenían una asociación significativa. Llevó a cabo un estudio transversal analítico de casos y controles donde 5 mujeres tuvieron DPP mientras que 104 carecían de esta característica. Se encontró que la edad gestacional promedio fue de 26.5 semanas en pacientes con DPP vs 27.7 semanas en el grupo control, la anemia fue mayor en el grupo de DPP siendo 34% vs 14%. El desprendimiento prematuro de placenta se asoció con la anemia ($p=0.04$), hipertensión arterial ($p=0.02$). En el análisis multivariado

1.3.2 Bases teóricas

A. Desprendimiento prematuro de placenta

A.1 Definición

Según Cunningham F, et al (3) define como “la separación de la placenta, ya sea parcial o totalmente, de su lugar de implantación antes del parto” se describe con el término latino abruptio placentae. Traducido literalmente, esto se refiere a “rasgarse la placenta”, que denota un accidente repentino que es una característica clínica en la mayoría de los casos. En el sentido más puro, el término engorroso y por tanto poco utilizado, de separación prematura de la placenta implantada

normalmente es más descriptivo porque excluye la separación de una placenta previa”.

A.2 Prevalencia

Aproximadamente el 0.4-1% de los embarazos se complican por desprendimiento de placenta (1).

Otros describen una frecuencia de 1 en 100 a 200 partos, siendo más frecuente en embarazos finalizados de manera prematura con 5.4%, además puede haber recurrencia en un 10% luego de un antecedente y 25% posterior a dos episodios.

En Perú se describe una tasa de 0.7 %. (15)

A.3 Etiopatogenia

Esta patología tiene su inicio por una hemorragia en la decidua basal, esta se divide y deja una capa delgada adyacente al endometrio. Luego, se inicia un hematoma decidual que se expande causando separación y compresión de la placenta adyacente. Algunas causas incluyen la alteración de la invasión trofoblástica que compartiendo su origen con los trastornos hipertensivos además inflamación o infección (3).

A.4 Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar esta patología se encuentran el desprendimiento prematuro de placenta en embarazo previo, edad materna avanzada, gran multiparidad, trastornos hipertensivos del embarazo como preeclampsia o hipertensión crónica, corioamnionitis, roturas prematura de

membranas, gestación múltiple, bajo peso al nacer, polihidramnios y la presencia de arteria umbilical única(3), además se menciona a la prematuridad y raza africana(16); agregado a esto, los malos hábitos de consumo de alcohol y tabaco(17).

Recientemente se han agregado factores de contaminación ambiental como exposición a material particulado fino ambiental (PM2.5) y el dióxido de nitrógeno (NO2) (18).

Finalmente se menciona que dentro de las 2 horas posteriores a los arrebatos de ira, hay una mayor tasa de desprendimiento en comparación con otras ocasiones(19). Lo cual evidencia la necesidad de que las gestantes en general, sin diferenciación de alto o bajo riesgo, lleven embarazos con estabilidad emocional y se eviten situaciones que puedan afectar su salud.

A.5 Diagnóstico

Los síntomas clínicos pueden estar ausentes al inicio del desprendimiento placentario, pese al sangrado continuo y separación de la placenta, esta patología puede ser parcial o total. En ambos casos, el sangrado mayormente se sitúa entre las membranas y el útero, para posteriormente ser exteriorizada por el cuello uterino dando lugar a una hemorragia externa. Menos frecuente es el caso donde la sangre queda retenida entre la placenta desprendida y el útero, provocando una hemorragia oculta y retraso en el diagnóstico (18).

Dentro de la sintomatología el sangrado vaginal es rojo oscuro, el tono uterino está incrementado y el dolor está presente, la frecuencia cardíaca fetal puede presentar un patrón variable o ausente (20).

Tabla 1: Diagnóstico diferencial de Hemorragias en la segunda mitad del embarazo

| Clínica | Placenta Previa | DPP | Rotura uterina |
|---------------------------|---|----------------------|---|
| Sangrado vaginal | Rojo vivo | Rojo oscuro | Rojo oscuro escaso |
| Tono uterino | Normal | Aumentado | Hiperdinamia en inminencia de rotura uterina, cese de contracciones uterinas y palpación de partes fetales en rotura establecida. |
| Dolor | Ausente | Presente | Presente, luego cesa |
| Latidos cardiacos fetales | Variables o ausentes | Variables o ausentes | Variables o ausentes |
| Cambios Hemodinámicos | Depende del volumen de pérdida sanguínea: Taquicardia o hipotensión | | |

Fuente: Guía de práctica clínica (20)

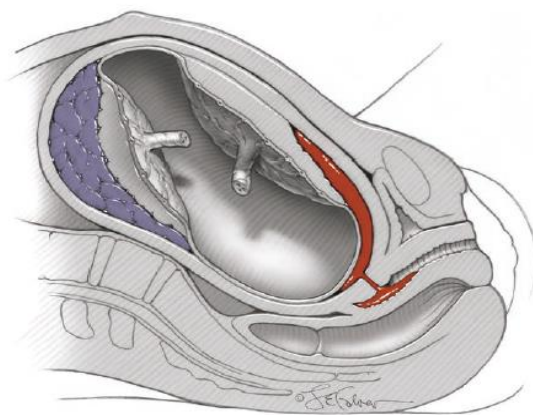


Figura 1. Desprendimiento Prematuro de Placenta con hemorragia oculta (3)

A.6 Manejo

El desprendimiento prematuro de placenta se considera una emergencia obstétrica que podría requerir culminar inmediatamente la gestación. Esto dependerá del estado tanto materno como fetal. Se aconseja seguir estas pautas (21).

- Realizar la anamnesis y realizar examen clínico para determinar la presencia de hipertensión uterina.
- Solicitar una prueba de bienestar fetal como el test no estresante
- Requerir análisis de laboratorio como hemograma, perfil de coagulación y fibrinógeno para el descarte de coagulación intravascular diseminada
- Si el estado fetal y materno es estable, se realizará una ecografía.
- De confirmarse el diagnóstico, se deberá culminar la gestación según el estado materno y fetal: si el test no estresante resulta patológico y la paciente se encuentra hemodinámicamente inestable se terminará la gestación por cesárea.
- Si existe el diagnóstico de óbito fetal, existe mayor riesgo de CID y hemorragia posparto. Si la madre se encuentra estable, se preferirá el parto vaginal. De estar la madre con compromiso hemodinámico, se realizará la cesárea de emergencia.

A.6.1 Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive (20):

a. Medidas generales y terapéutica

a.1 Establecimientos de categorías I-1, I-2, I-3, I-4

- Reconocer los signos de alarma y factores asociados.
- Ante la sospecha diagnóstica, estabilizar y referir inmediatamente.
- No realizar tacto vaginal, ni colocar espéculo.
- Referencia oportuna con las siguientes medidas: colocación de 2 vías endovenosas seguras de Cloruro de Sodio 1000cc al 0.9% con catéter endovenoso N° 18 y asegurar vía aérea permeable (si se cuenta con oxígeno pasar con cánula binasal a 3 litros por minuto)

- Colocar paciente en posición decúbito lateral izquierdo con abrigo adecuado.
- Realizar monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado.
- Estimar pérdidas sanguíneas.
- El acompañante debe ser un potencial donante de sangre.
- Comunicar al lugar de referencia.
- Colocar sonda Foley con bolsa colectora de preferencia.
- Referir a establecimiento de funciones obstétricas neonatales esenciales (FONE), acompañado por profesional capacitado en atención de parto y manejo de shock hipovolémico.

Establecimiento Categorías II-1, II-2

- Aplicar medidas generales realizadas en establecimientos con Funciones obstétricas neonatales primarias (FONP) y/o básicas (FONB).
- Manejo multidisciplinario e interdisciplinario de especialistas.
- Asegurar buen acceso a vía venosa: vía endovenosa segura, flebotomía o catéter central.
- Realizar examen clínico general y preferencial obstétrico.
- Determinar el estado general de la paciente.
- Monitoreo materno-fetal estricto: Presión arterial, pulso, latidos fetales, dinámica uterina y tono uterino cada 15 minutos.
- Delimitar fondo y altura del útero.
- Colocar paño perineal permanente para cuantificar el sangrado.
- Controlar diuresis horaria.

- Estabilizar en emergencia según gravedad del shock y solicitar exámenes auxiliares respectivos.
- Solicitar depósito de sangre.
- De acuerdo a la gravedad, hospitalizar (sala de hospitalización, cuidados intermedios, unidad de cuidados intensivos) o definir que pase a sala de operaciones.

Manejo específico

- Terminar el embarazo por cesárea independientemente de la edad gestacional.
- Inminencia de parto (dilatación mayor a 8 cm) se deberá intentar el parto vaginal con soporte hemodinámico. En caso de óbito fetal la decisión de la vía del parto se hará individualmente.
- Útero infiltrado (útero de Courvalier) que no se contrae: reposición de fibrinógeno, puntos de B. Lynch o histerectomía.

A.7 Pronóstico

Esto depende del grado de desprendimiento, así como la concurrencia de otras patologías que pudieran agravar el cuadro clínico. La principal complicación materna es la coagulación intravascular diseminada (CID), cuyo riesgo aumenta cuando la superficie desprendida es mayor al 50% y existe la presencia de óbito fetal (22).

A.8 Complicaciones

a. Coagulación Intravascular Diseminada

La coagulación intravascular diseminada (CID) es un proceso patológico

que se produce como resultado de la activación y estimulación excesiva del sistema de la coagulación y que ocasiona microangiopatía trombótica por depósito de fibrina en la microcirculación y fibrinólisis secundaria. Ha recibido las denominaciones de coagulopatías de consumo, síndrome de desfibrinación y síndrome trombo hemorrágico, si bien CID parece el término aceptado más universalmente. En la CID la estimulación continuada del sistema hemostático desborda la capacidad de control del organismo, lo que lleva a la generación de cantidades masivas de trombina y plasmina, causales de las manifestaciones clínicas fundamentales del síndrome: trombosis, hemorragia o ambas (23).

b. Óbito fetal

Se define como ausencia del latido cardiaco fetal y movimientos fetales a partir de las 22 semanas hasta el parto con un peso mayor de 500g. Tiene una frecuencia de 6 a 7 por 1000 recién nacidos. Dentro de la etiología se describen diversas causas como las fetales, placentarias y del cordón umbilical, varias y desconocidas (15).

Su clasificación es (3):

- Muerte fetal temprana (aborto) aquellas que se producen con fetos menores de 22 semanas o con peso fetal menor a 500g
- Muerte fetal intermedia: fetos muertos con 20 a 22 semanas y menores de 28 semanas, con un peso comprendido entre 500 y 1000g
- Muerte fetal tardía: aquellas con más de 28 semanas y peso mayor

a 1000g.

Se relaciona con la presencia de desprendimiento prematuro de placenta, ya que esta última incrementa 18 veces el riesgo de un óbito fetal (24).

Las patologías placentarias representan la categoría más amplia dentro de las causas de muerte intrauterina. Por este motivo, resulta importante realizar estudios histopatológicos a la placenta para identificar lesiones microscópicas; además de una autopsia del óbito fetal completa. Sólo de esta manera se podrán establecer las verdaderas causas entre la relación de las patologías placentarias y las muertes intrauterinas.(25)

La ecografía puede ser de ayuda para identificar signos premonitorios de óbito fetal; encontrándose relación significativa ($p < 0.05$) con placentas que tienen hematomas retroplacentarios, signos de mala perfusión vascular materno-fetal, Doppler fetal alterado para principales vasos, lesiones inflamatorias placentarias o signos de insuficiencia placentaria. (26)

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS:

✓ **General:**

- Analizar los factores de riesgo que presenta la paciente con desprendimiento prematuro de placenta en un establecimiento de salud privado del II nivel de atención.

✓ **Específicos:**

- Describir los factores de riesgo de una gestante con desprendimiento prematuro de placenta.
- Describir el manejo dado a una gestante con desprendimiento prematuro de placenta.
- Detallar el tratamiento dado a una gestante con desprendimiento prematuro de placenta.
- Detallar los resultados maternos y perinatales de una gestante con desprendimiento prematuro de placenta.

2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO:

Fecha: 07/02/2021 11:51 hrs

Motivo de ingreso a emergencia:

Evolución por medico de emergencia: Paciente gestante de 33 semanas acude por emergencia, refiere contracciones uterinas con un tiempo de enfermedad de 4 horas de inicio brusco.

Al examen físico: Aparente regular estado general (AREG), lucida, orientada en tiempo (LOTEP)

Aparato Abdominal: ruidos hidroaéreos (RHA) presentes, útero grávido, altura uterina de 30 centímetros.

Diagnóstico: Gestante de 33 semanas, amenaza de parto pretérmino

Plan: Interconsulta a Ginecología

Fecha: 07/02/2021 11:55 hrs

Evaluación por Obstetra de turno

Se acude al llamado de emergencia donde se encuentra paciente gestante con contracciones uterinas en compañía de familiar. Paciente refiere dolor tipo contracción uterina desde las 8:00am de hoy, refiere que acudió a otra clínica porque se encontraba más cerca, le administraron 1 comprimido de nifedipino y 1 comprimido de hioscina hace más o menos una hora, pero le informaron que debía acudir a un centro de mayor complejidad porque no contaban con unidad de cuidados intensivos neonatales, niega otras molestias.

Antecedentes personales:

- Edad: 32 años
- G2P1001

Primera gestación: Parto eutócico (2014)

Segunda gestación: Gestación actual

- Fecha de última regla (FUR): 15/06/2020
- Fecha probable de parto (FPP): 18/03/2021
- Edad gestacional: 33 semanas 4 días por FUR
- Reacciones Adversas Medicamentosas: Niega
- Intervenciones quirúrgicas: Niega
- Enfermedades: Niega
- Transfusión sanguínea: Niega

Al examen: AREG-LOTEP

Piel y Mucosas: Tibias, hidratadas

Mamas: blandas, no secretantes

Abdomen: ocupado por útero grávido, frecuencia cardiaca fetal (FCF): 145 por minuto, movimientos fetales (MF): presentes, dinámica uterina (DU): 1 cada 10 minutos, poca intensidad (+/+++), 10 segundos de duración.

Genitales externos: No se evidencian pérdidas de sangrado vaginal o líquido amniótico

Fecha: 07/02/2021

12:13hrs Se inicia monitoreo electrónico fetal con trazado FCF: 146x minuto

12:15hrs Se comunica a Ginecólogo ingreso de paciente quien refiere que acudirá a responder interconsulta.

12:18hrs Se administra diclofenaco 75mg vía intramuscular por indicaciones de médico tratante.

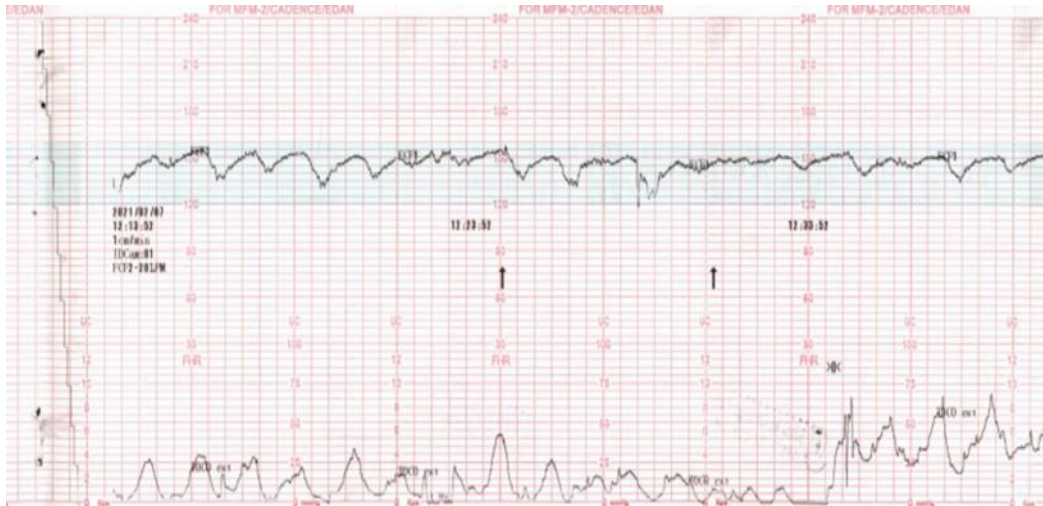


Figura 2 Trazado de monitoreo electrónico fetal al ingreso de paciente

Edad: 32 G: 2 P: 1001 FUR: 20/05/20 FPP: 22/02/21 Grupo y factor: D. Rh (+)
 EGXFUR: 84 EGXECO: 35 Ecografías Realizadas: 07. 02. 2021
 Tiempo de ayuno: 18 h Medicación previa: Nifedipino 20mg + Vascein / tabs

INDICACIONES:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bienestar fetal | <input type="checkbox"/> EMB. Prolongado |
| <input type="checkbox"/> Pre eclampsia Leve-Severa | <input type="checkbox"/> RCIU |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Placentaria | <input type="checkbox"/> Distocia Funicular |
| <input type="checkbox"/> RPM | <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Movimientos Disminuidos | |

Fecha de Prueba: 02/07/2021 Primera vez: Control:
 Tiempo de trazado: 10 min Hora de Inicio: 12:13 Hora de Termino: 12:33

FUNCIONES VITALES:

PA: 100/60 mmHg Pulso: 82v T°: 36.0 Respirac: 20 SO2: 98%

TIPO DE EXAMEN:

- Test No Estresante (NST): Test Estresante (CST):
 - E. Posseiro
 - Sind. Vena Cava
 - Oxitocina Endógena
 - Estimulo Mamario
 - Oxitocina Sintética:
 Sensibilidad Uterina: mU oxit/min
 Contracciones uterinas en 10 min:

| Parámetros Observados | Puntaje | | | Valor real | Puntaje |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------|------------|---------|
| | 0 | 1 | 2 | | |
| 1. Línea de base | <100 o >180 | 100-119 o 161-180 | 120-160 | | |
| 2. Variabilidad | <5 | 5-9 o >25 | 10-25 | | |
| 3. Aceleraciones/30min | 0 | 1-4 | >5 | | |
| 4. Desaceleraciones | DIP II > 60% DIP III > 60% | DFP < 40% Variable < 40% | Ausentes | | |
| 5. Actividad fetal | 0 | 1-4 | >5 | | |
| Puntaje Total | | | | | 9/10 |

| Valores de Puntuación de Fisher | | | |
|---------------------------------|--------------|----------------------|----------------------|
| Puntuación | Estado Fetal | Pronóstico | Enfoque Clínico |
| 8-10 | Fisiológico | Favorable | Ninguno |
| 5-7 | Intermedio | Criterio Profesional | Criterio Profesional |
| < 4 | Severo | Desfavorable | Culminar Gestión |

Figura 3 Interpretación de NST

Respuesta a interconsulta

Anamnesis:

Paciente gestante de 33 semanas que acude por dolor y contracciones, paciente con dolor intenso, asociado a pérdida de tapón mucoso desde hace 36 horas, se automedicó con gaseovet pensando que el dolor desaparecería.

Examen físico:

Altura uterina: 30 cm., FCF: 150x', MF: presentes, tacto vaginal: dilatación 0, I: 50%, consistencia blanca, cérvix centrado, altura de presentación -4, membranas íntegras, planas

Diagnóstico:

- Gestación de 33 semanas
- Amenaza de parto prematuro
- D/c Insuficiencia útero placentaria

Tratamiento y plan:

- Se hospitaliza
- Manejo con tocolíticos y posibilidad de cesárea si hay complicaciones

12:40 hrs Se termina con monitoreo electrónico fetal con trazado FCF 150x'

13:00 hrs Se canaliza vía endovenosa permeable con catéter N°20 en miembro superior derecho

13:41 hrs Se inicia administración de dextrosa 5% 1 litro + 10 ampollas de isoxsuprina clorhidrato 10mg/2ml vía endovenosa en bomba de infusión pasando a 10 gotas por minuto por indicación médica.

14:20 hrs Paciente empieza a presentar taquicardia materna, cefalea, sudoración

excesiva, ruboración en rostro marcado y leve dificultad respiratoria por lo que médico tratante indica suspender administración de isoxsuprina y pasar cloruro de sodio 0.9% 300 ml a chorro.

14:30 hrs Se siguen indicaciones médicas y paciente estabiliza frecuencia cardiaca y desaparecen poco a poco síntomas presentados. Paciente estable

14:45 hrs Ingresa paciente a hospitalización procedente de emergencia, en camilla transportado por obstetra y personal técnico, refiere dolor tipo contracción uterina desde la mañana, indica que dolor ha disminuido desde la aplicación de diclofenaco en emergencia.

Al examen:

Piel y mucosas: tibias, hidratadas, elásticas

Mamas: Blandas, no secretantes

Abdomen: ocupado por útero grávido, AU=30cm, FCF: 132/min , DU: útero irritable, movimientos fetales: presentes (++/++++)

Genitales externos: Se evidencia vulva con sangrado vaginal, paciente indica que sangro después de que el ginecólogo realizó la evaluación ginecológica en emergencia. No pérdida de líquido amniótico.

Miembros inferiores: sin edema.

15:00 hrs Se comunica a médico de piso para que realice la historia clínica de ingreso a hospitalización.

15:30 hrs Médico tratante indica reiniciar tratamiento de isoxsuprina y comunicar en caso se volviera a presentar alguna reacción nuevamente.

15:40 hrs Se reinicia administra de isoxsuprina a 10 gotas por minuto en bomba de infusión. Se le explica a paciente que debe comunicar si presenta alguna reacción al medicamento.

15:43 hrs Se reinicia trazado de monitoreo electrónico fetal

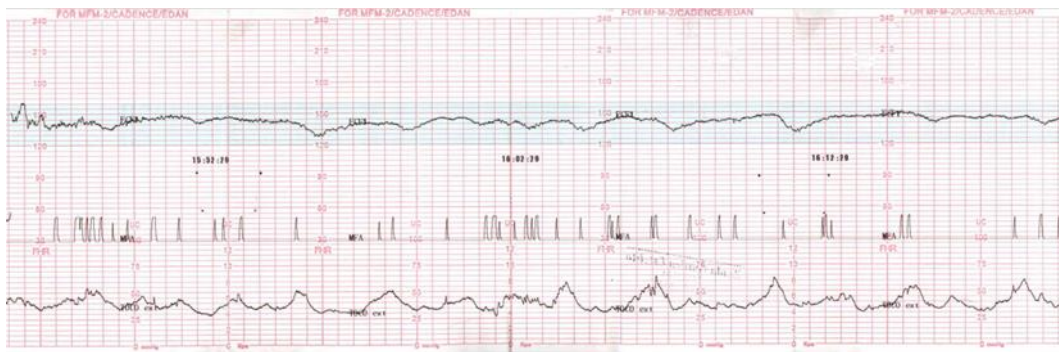


Figura4. Segundo trazado de monitoreo electrónico fetal

Edad: 32 G: 2 P: 1001 FUB: 29.02.20 FPP: 22.02.21 Grupo y factor: O+
 EGx FUR: 34 EGx ECO: 33 Ecografías Realizadas: 07.02.21
 Tiempo de ayuno: 4:20 Medicación previa: Diclofenaco 75 mg IN (Cerejudo)

INDICACIONES:

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bienestar fetal | <input type="checkbox"/> EMB. Prolongado |
| <input type="checkbox"/> Pre eclampsia Leve-Severa | <input type="checkbox"/> RCIU |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Placentaria | <input type="checkbox"/> Distocia Funicular |
| <input type="checkbox"/> RPM | <input type="checkbox"/> Otros (especificar): APP |
| <input type="checkbox"/> Movimientos Disminuidos | |

Fecha de Prueba: 07/02/21 Primera vez: Control:
 Tiempo de trazado: 60 min Hora de Inicio: 14:52 Hora de Termino: 16:02

FUNCIONES VITALES:
 PA: 120/70 mmHg Pulso: 78x T°: 36.8 Respirac: 18x SO2: 92%

TIPO DE EXAMEN:
 Test No Estresante (NST): Test Estresante (CST):
 - E. Posseiro - Oxitocina Endógena
 - Sínd. Vena Cava - Estimulo Mamario
 - Oxitocina Sintética:
 Sensibilidad Uterina: mU oxit/min
 Contracciones uterinas en 10 min:

| Parámetros Observados | Puntaje | | | Valor real | Puntaje |
|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------|------------|---------|
| | 0 | 1 | 2 | | |
| 1. Línea de base | <100 o >180 | 100-119 o 161-170 | 120-160 | | 1 |
| 2. Variabilidad | <5 | 5-9 o >25 | 10-25 | | 1 |
| 3. Aceleraciones/30min | 0 | 1-4 | >5 | | 1 |
| 4. Desaceleraciones | DIP II > 60% DIP III > 60% | DIP II < 40% Variables < 40% | Ausentes | | 1 |
| 5. Actividad fetal | 0 | 1-4 | >5 | | 3 |
| Puntaje Total | | | | | 7/10 |

| Valores de Puntuación de Fisher | | | |
|---------------------------------|--------------|----------------------|----------------------|
| Puntuación | Estado Fetal | Pronóstico | Enfoque Clínico |
| 8-10 | Fisiológico | Favorable | Ninguno |
| 5-7 | Sospechoso | Criterio Profesional | Criterio Profesional |
| < 4 | Severo | Desfavorable | Culminar Gestación |

Figura 5. Informe segundo trazado

16:00 hrs Paciente refiere que nuevamente está presentando cefalea intensa, ruboración en rostro y manos, palpitaciones por lo que se decide suspender la administración de Isoxsuprina y se comunica a ginecólogo.

16:09hrs Ante la persistencia de irritabilidad uterina, ginecólogo indica administrar sulfato de magnesio 20% 5 ampollas de 20 ml diluido en cloruro de sodio 0.9% 1000ml en bomba de infusión a velocidad de 100ml cada hora por 24 horas.

16:31 hrs Se inicia administración de sulfato de magnesio como lo indico ginecólogo tratante por bomba de infusión a 100 ml por hora.

17:00 hrs Se comunica a servicio de neonatología por ingreso de paciente

17:14hrs Dinámica uterina de paciente no cede por lo que médico tratante se comunica e indica suspender sulfato de magnesio e iniciar salbutamol 4mg vía oral cada 6 horas y nifedipino 20mg vía oral cada 8hrs.

17:27hrs Se realiza control de funciones vitales: presión arterial: 110/70mmHg, temperatura (T°): 37°C, frecuencia cardiaca (FC): 74 x minuto, frecuencia respiratoria (FR): 18 por minuto, saturación (S): 98%.

17:35hrs Se comunica al médico tratante que no hay salbutamol en farmacia, indica que no se está cumpliendo con su tratamiento indicado, se cambia por nifedipino 20mg vía oral cada 8horas más dextrosa 33% 3 ampollas vía endovenosa e iniciar betametasona 12mg. vía intramuscular para maduración pulmonar.

17:39hrs Se realiza monitoreo electrónico fetal con trazado



Figura 6. Tercer trazado Fecha: 07/02/2021, hora 17:40

Edad: 32 G: 2 P: 1.00 FUR: 20/05/20 FPP: 22/02/21 Grupo y factor: O+
 EGxSUR: 34cs EGxECO: 35 Ecografías Realizadas: 7/2/21
 Tiempo de ayuno: Medicación previa: inj. dypse 20mg (VO)

INDICACIONES:

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bienestar fetal | <input type="checkbox"/> EMB. Prolongado |
| <input type="checkbox"/> Pre eclampsia Leve-Severa | <input type="checkbox"/> RCIU |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Placentaria | <input type="checkbox"/> Distocia Funicular |
| <input type="checkbox"/> RPM | Otros (especificar): <u>APP</u> |
| <input type="checkbox"/> Movimientos Disminuidos | |

Fecha de Prueba: 07/02/21 Primera vez: Control:
 Tiempo de trazado: 90 min Hora de Inicio: 16:22 Hora de Terminó: 17:09

FUNCIONES VITALES:
 PA: 110/70 mmHg Pulso: 80x T°: 36.8 Respirac: 18x SO₂: 98%

TIPO DE EXAMEN:
 Test No Estresante (NST): Test Estresante (CST):
 - E. Posseiro Oxitocina Endógena
 - Sind. Vena Cava Estimulo Mamario
 - Oxitocina Sintética:
 Sensibilidad Uterina: mU oxit/min
 Contra: ciones uterinas en 10 min:

| Parámetros Observados | Puntaje | | | Valor real | Puntaje |
|------------------------|-------------------------------|---|----------------|------------|---------|
| | 0 | 1 | 2 | | |
| 1. Línea de base | <100 o >180 | 100-119 o 161-180 | <u>120-160</u> | | |
| 2. Variabilidad | <5 | <u>3-9 o >25*</u> | 10-25 | | |
| 3. Aceleraciones/30min | 0 | <u>1+</u> | >5 | | |
| 4. Desaceleraciones | DIP II > 60% DIP III > 60% | <u>DIP II < 40%</u> <u>Variables < 40%</u> | Ausentes | | |
| 5. Actividad fetal | 0 | 1-4 | <u>>5</u> | | |
| Puntaje Total | | | | | |

2/10

| Valores de Puntuación de Fisher | | | |
|---------------------------------|--------------|-------------|-----------------|
| Puntuación | Estado Fetal | Prognóstico | Enfoque Clínico |
| 8-10 | Fetal | Bueno | Observación |
| 6-7 | Fetal | Intermedio | Observación |
| 4-5 | Fetal | Intermedio | Observación |
| 3 | Fetal | Intermedio | Observación |
| 2 | Fetal | Intermedio | Observación |
| 1 | Fetal | Intermedio | Observación |

Figura 7. Informe de monitoreo electrónico fetal

18:09hrs Se culmina trazado de monitoreo sin embargo, paciente continua con monitor permanente.

19:00hrs Se consulta a médico tratante si paciente podía ingerir dieta quien indica que se retire el monitor para que la paciente cene y comunicar interurrencias.

19:10 hrs Paciente ingiere dieta indicada por médico tratante

19:48hrs Paciente refiere dolor intenso súbito, se pierde foco fetal, al Doppler se evidencia bradicardia fetal, latidos cardiacos fetales 99/min.

19:50hrs Se comunica a médico tratante, se informa caso, refiere que acudirá a hospitalización.

19:51hrs Se administra oxígeno por cánula binasal a 4litros por minuto, se coloca paciente en decúbito lateral izquierdo

19:55hrs Médico ginecólogo llega a hospitalización, evalúa paciente confirma bradicardia fetal severa, indica cesárea de emergencia.

19:58hrs Evolución médica de ginecólogo: Se reevalúa a llamado de obstetricia, paciente durante toda la tarde estuvo tranquila hace 20 minutos ha sentido dolor intenso por lo que llaman a médico tratante para evaluación. FCF: 100x' persistente, incremento de tono uterino que no relaja. Se evidencia ausencia de sangrado vaginal.

Diagnóstico:

- Desprendimiento prematuro de placenta oculto
- Bradicardia fetal persistente

Tratamiento:

- Se indica pase a sala para cesárea.

20:00hrs Paciente es trasladada a sala de operaciones

REPORTE OPERATORIO

Hallazgos operatorios: A la apertura del útero, aparición de sangrado y coágulos, no líquido meconial. Se extrae recién nacido de sexo masculino a las 20:08 hrs, pálido, se percibe movimientos leves, se entrega inmediatamente a personal de neonatología.

Pérdida sanguínea estimada: 1000cc

NOTA DE ATENCIÓN DE RECIEN NACIDO POR NEONATOLOGÍA

07/02/21 23:53 hrs

Tipo de parto: Cesárea

Antecedentes maternos:

Edad materna: 32 años

Control prenatal: SI

Edad gestacional por FUR: 33 semanas y 4 días

Grupo sanguíneo: O+

Atención del parto

APGAR al minuto: 0 A los 5 minutos: 0

Se acude a cesárea de emergencia por desprendimiento prematuro de placenta oculto + bradicardia fetal persistente. Reportan bradicardia fetal severa (70-80 por minuto) Se recibe paciente flácido, pálido, sin esfuerzo respiratorio, sin latido en cordón umbilical y no se ausculta latido cardiaco fetal, se procede a reanimación cardiopulmonar avanzada: se inicia ventilación a presión positiva y se procede a intubación endotraqueal con tubo endotraqueal (TET) n°3.5, fijado a 8.5 de comisura. Se ausculta buen pasaje en ambos hemitórax, se ventila a presión positiva por TET, pero no recupera latidos cardiacos, por lo que se inicia compresiones

torácicas. Se administra adrenalina por TET y por catéter umbilical, además bicarbonato por catéter umbilical. No se evidencia respuesta a ningún tipo de maniobra, permanece en asistolia durante toda la reanimación.

Se suspenden maniobras de reanimación básica y avanzada luego de una hora, sin haberse encontrado en ningún momento latido cardíaco.

Se comunica a padre del paciente.

Fecha 07/02/2021 22:45hrs

Se dejan indicaciones de administrar Cloruro de Sodio 0.9% 1000ml + 20 UI Oxitocina (3 frascos), Ketoprofeno 100 mg/2 ml vía parenteral 1 ampolla cada 8 horas, Petidina clorhidrato 100 mg/2 ml vía parenteral condicional a dolor intenso.

Fecha 08/02/21 00:07

00:07hrs Medico acude a hospitalización, indica diagnóstico de óbito fetal por DPP oculto, se procede con el procedimiento de gestión del mortuario.

00:15hrs Se acude a sala de operaciones, se recibe óbito fetal con peso de 2415 gramos, con talla de 43 cm, se realiza llenado de etiqueta de defunción, se coloca en bolsa negra y se traslada recién nacido a mortuario.

0:16hrs

Ginecólogo informa a paciente respecto a su recién nacido.

Paciente entra en estado de agitación, se conversa con ella para que esté tranquila, por lo que se le administra midazolam para sedar a la paciente, debido al estado post quirúrgico en el que se encuentra.

02:05 hrs

Paciente retorna a hospitalización procedente de sala de recuperación con

Diagnóstico:

- Puérpera post cesarea 6hrs

Se encuentra con endovenoso permeable en miembro superior izquierdo catéter N°20 administrando cloruro de sodio 9% 1000+oxitocina 900cc por pasar, refiere ligero dolor en herida operatoria, afebril, en compañía de esposo. Paciente ansiosa, deprimida, no entiende razón de su situación.

Al examen: AREG-LOTEP

Piel y mucosas: tibias, hidratadas y elásticas

Mamas: blandas, no secretantes de calostro

Abdomen: blando, ligero dolor a palpación, útero contraído debajo de cicatriz umbilical, herida operatorio apósito limpio y seco

Genitales externos: loquios hemáticos escasos sin mal olor

Fecha 02/08/2021 08:20hrs

Evolución medica de ginecólogo: Paciente con diagnósticos conocidos en su post operatorio inmediato, con control de hemoglobina de 7,8gm/dl, se deja nuevo control para la noche. Paciente tiene buen pronóstico y evolución favorable.

Tratamiento:

- Cabergolina 0.5mg 1 vez por semana
- Manejo del dolor
- Deambulacion
- Retiro de sonda Foley

09:00 Se retira sonda vesical con diuresis total: 1200 ml

12:00 Paciente durante el turno no presenta interurrencias encontrándose con funciones vitales estables y control obstétrico favorable.

Fecha: 08/02/2021 18:00hrs

Se evalúa paciente y se controla funciones vitales.

Al examen: AREG-LOTEP

Piel y mucosas: tibias elásticas e hidratadas

Mamas: blandas no secretantes

Abdomen: blando depresible poco doloroso a la palpación útero contraído debajo de la cicatriz umbilical, herida operatoria apósito limpio y seco.

Genitales externos: loquios hemáticos en poca cantidad sin mal olor.

21:30 Resultado de hemoglobina control 6.1g/dl, se comunica a médico quien refiere que dejara indicaciones médicas al día siguiente durante visita médica.

Durante el turno noche paciente continua con funciones vitales estables y evolución obstétrico favorable

Fecha 09/02/2021 07:28hrs

Se reevalúa a paciente:

Al examen AREG-LOTEP

Piel y mucosas: tibias, hidratadas y elásticas

Mamas: blandas

Abdomen: blando, útero contraído

Genitales externos: normales, loquios hemáticos en cantidad normal

Miembros inferiores sin edema

Fecha 09/02/2021 08:36hrs

Evaluación medica de ginecólogo: Paciente sentada en habitación en compañía de esposo, impresiona más tranquila con interrogantes, se conversa con ambos.

Se indica transfusión sanguínea, debido a que resultado de hemoglobina es de 6.1, si bien es cierto no hay sintomatología pero es correspondiente por valor

transfundir. Se indica pasar 2 paquetes globulares, se conversa con esposo y paciente, aceptan ambos transfusión sanguínea, se indica también solicitar prueba de perfil de coagulación y fibrinógeno, se indica segunda dosis de cabergolina.

Tratamiento:

- Clorfenamina maleato 10 mg/ml vía parenteral ; colocar 1 ampolla previa a la trasfusión sanguínea
- Realizar vendaje de mamas
- Cabergolina 0,5 mg. vía oral, 1 comprimido a las 9 hrs
- Ketoprofeno 100 mg/2 ml vía parenteral 1 ampolla cada 8 horas
- Petidina clorhidrato 100 mg/2 ml vía parenteral 100 mg cada 12 horas condicional a dolor intenso
- control de funciones vitales cada 6 hrs

Fecha 10/02/2021 06:42hrs

Paciente presenta fiebre de 38.5°C, se indica paracetamol 1g endovenoso dosis única.

07:49hrs Médico realiza curación de herida operatoria

09:16hrs Se evalúa paciente, se controla funciones vitales.

Al examen: AREG-LOTEP

Piel y mucosas: tibias, elásticas e hidratadas

Mamas: blandas, no secretantes con vendaje

Abdomen: abdomen, depresible a la palpación, útero contraído debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria con apósito seco

Genitales externos: loquios hemáticos escasos sin mal olor.

Diagnóstico:

- Post cesareada de 3 días

Fecha 10/02/2021 21:37hrs

Se realiza control de funciones vitales, se encuentra temperatura en 38°C, se administra paracetamol 500mg vía oral según indicación médica

Interconsulta a psiquiatría

Paciente mujer de 32 años post cesareada hace 3 días, con resultado de óbito fetal, presenta ansiedad marcada, labilidad emocional, irritabilidad, recuerdos constantes de los hechos preliminares a la cesárea, dificultad para conciliar el sueño y sentimientos de impotencia.

Diagnóstico:

- Trastorno de estrés agudo

Tratamiento:

- Alprazolam 0.5mg condicional ansiedad/insomnio

Paciente refiere que no desea tomar fármaco para dormir.

Fecha 11/02/2021 09:23hrs

Se recibe reporte de paciente con diagnóstico de puérpera post cesárea de cuarto día sin vía endovenosa, paciente se encuentra deambulando tranquila, no refiere molestias.

Al examen: AREG-LOTEP

Piel y mucosas: tibias, hidratadas elásticas, palidez leve.

Mamas: con vendaje compresivo

Abdomen: blando, depresible, útero contraído debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria afrontada sin signos de flogosis.

Genitales externos: loquios hemáticos escasos sin mal olor

09:29hrs Médico ginecólogo indica alta

Fecha: 17/02/2021 17:07hrs

Paciente acude para retiro de puntos, paciente más tranquila aparentemente quien acude a consulta sola.

Al examen: AREG-LOTEP

Orofaringe: congestiva

Mamas: con vendaje

Tórax: MV pasa bien en ambos campos pulmonares.

Abdomen: útero contraído no se palpa abdominal, herida operatoria sin apósito, se retira puntos.

Genitales externos: escaso sangrado vaginal.

EXÁMENES AUXILIARES

- Examen histopatológico

Descripción macroscópica: Se describe placenta que pesa 567gramos y mide disco placentario de 18.5x17x4.5cm. Membranas y cotiledones parcialmente completos, color violáceo, cordón umbilical de 24.0x1.3cm de implantación excéntrica. Al corte presencia de 02 arterias y 01 vena. Se incluye muestra representativa.

Diagnóstico: Placenta del tercer trimestre con hemorragia intersticial y áreas de isquemia en el 30%. Cordón y membranas sin alteraciones.

- Ecografía Obstétrica (Fecha: 07/02/21 Hora: 08:56hrs)

Útero: aumentado de tamaño, presenta en su interior feto único en presentación longitudinal cefálico izquierdo, al momento del estudio. Movimientos corporales presentes y conservados.

Feto: Morfológicamente conservado

Corazón: De cuatro cavidades, con actividad cardiaca rítmica con 140 latidos por minuto.

Biometría fetal: Diámetro biparietal: 92mm, circunferencia cefálica: 319mm, longitud de fémur: 67mm, circunferencia abdominal: 301mm.

Peso ponderado fetal: 2539 gramos

Placenta: Fúndica lateral derecha grado III/III. Grosor: 56mm. Reacción coriodecidual conservada. No hematomas.

Líquido amniótico: adecuado para la edad gestacional. Pozo mayor: 49mm.

Cordón umbilical: dos arterias, una vena. No evidencia de circular de cordón.

Conclusión: Gestación única activa de 35 semanas 6 días +/- 1 semana por biometría fetal.

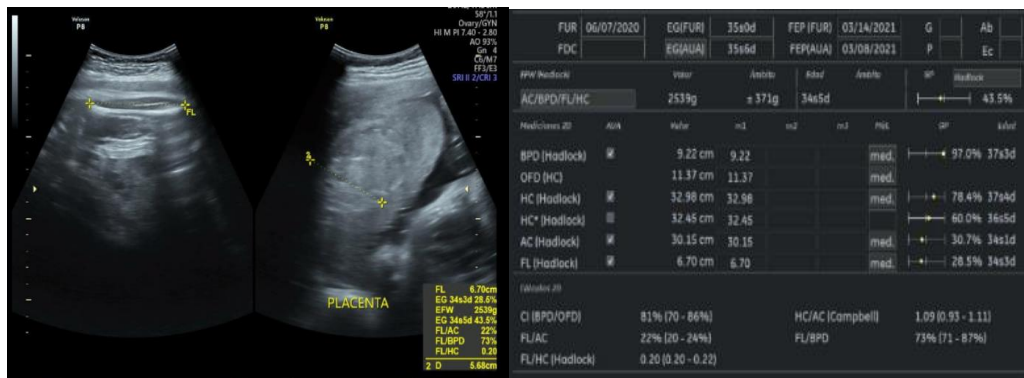


Figura 8 : Ecografía obstétrica

Tabla 2: Análisis de laboratorio durante la estancia hospitalaria

| | 07/02/21 | 08/02/21 | 08/02/21 | 10/02/21 |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Hemoglobina | 11.4 | 7.7 | 6.1 | 8.3 |
| Hematocrito | 32.8 | 22.3 | 18.2 | 24.8 |
| Tiempo de sangría | 2 | | | 2 |
| Tiempo de coagulación | 7 | | | 6 |
| Glucosa | 138 | | | |
| VIH | No reactivo | | | |
| RPR | No reactivo | | | |
| Sars-Cov2 | No reactivo | | | |

Fuente: Historia clínica

2.3 DISCUSIÓN

En el presente caso clínico la paciente segundigesta de 32 años de edad controversial ya que para Moncada W(2) indica que poco más de la mitad de las pacientes con DPP tienen una edad comprendida entre 20 y 35 años y menos de la tercera parte tuvieron edad avanzada. Sin embargo, según Guo G et al (8) un factor importante es la edad avanzada. De esto se puede derivar que a cualquier edad puede presentarse esta patología, sin embargo se debe tener mayor atención en aquellas gestantes con edad materna avanzada.

Respecto al control prenatal, la paciente tuvo un adecuado control prenatal caso contrario a lo hallado por Torres D (11) quien informó que el 63.1% de casos de DPP tuvieron un inadecuado control prenatal

La presente paciente negó hábitos nocivos como consumo de alcohol o tabaco, esto sería un factor protector de la paciente para el desprendimiento prematuro de placenta ya que el fumar según Elkafrawi D, et al(6) quien menciona que estos casos

ocurren con mayor frecuencia en aquellas pacientes fumadoras.

La paciente acudió a emergencia por contracciones uterinas con un tiempo de evolución de 4 horas, dato preocupante ya que se evidencia el desconocimiento de signos de alarma que pudo haber evitado los resultados adversos, la paciente tuvo un diagnóstico de amenaza de parto prematuro sin otro diagnóstico agregado, en todo momento tuvo una presión estable dentro de los rangos normales. Según esto no cumple con el factor de riesgo descrito por Elkafrawi D, et al (6) quien afirma que cerca de la tercera parte de los pacientes cursan con algún trastorno hipertensivo, con esto coincide Li Y et al(7). Asimismo, Li Y et al (7) menciona que esta patología se asocia con ruptura prematura de membranas en 10% de los casos, punto que no se presentó en el presente caso.

Al inicio, la paciente tuvo una adecuada hemoglobina y no cumpliría con el factor de riesgo de anemia sustentado por Guo G et al(8). Sin embargo, luego sufre pérdida sanguínea de 1000cc y se compensa las pérdidas con transfusión de paquetes globulares.

Previo al ingreso se realizó una ecografía en donde no se observó la separación de la placenta, por tanto se podría deducir que esto ocurrió de manera sumamente súbita, dando solo pocos minutos para evitar la muerte fetal.

Al inicio de la hospitalización se realizó un test no estresante, en el cual según la evaluación de la autora, estuvo mal calificada, ya que se observa desaceleraciones variables recurrentes, ausencia de aceleraciones fetales y variabilidad disminuida; además, se observa un incremento en el tono uterino en el trazado cardiotocográfico. Por tanto se pudo visualizar que culminaría con un resultado de

riesgo; por tanto la conducta debió ser activa y culminar la gestación por cesárea, ya que desde ese momento se observó un sufrimiento fetal. Por lo cual se observó retraso en el tratamiento con cesárea.

En un análisis más profundo sobre bienestar fetal se observa en los trazados lo siguiente: en el primer trazado se evidencia desaceleraciones variables tipo I, frecuencia cardiaca no reactivo con los movimientos fetales. Las características de la variabilidad entre el nadir de la frecuencia cardiaca fetal basal califica como alteración de la variabilidad precoz que traduce hipoxia fetal.

El segundo trazado observa desaceleración tardía tipo II, la variabilidad mínima. Dicho trazado no solo traduce hipoxia fetal sino alteraciones metabólicas del sistema nervioso autónomo (27).

Dos horas más tarde se realiza el tercer trazado, el cual se asemeja mucho a un trazado sinusoidal que traduce asfixia.

Puede haberse desmerecido el valor de los trazados por la edad gestacional, porque la prematuridad puede confundirse para ello. Se ha debido de ahondar los estudios sobre sufrimiento fetal.

De lo anteriormente dicho, resultó complicado tomar esa decisión, ya que se debe escoger entre prematuridad y culminar la gestación de inmediato aceptando las complicaciones de la prematuridad.

El diagnóstico inicial fue la amenaza de parto prematuro que fue tratada con retraso, ya que no se disponía con los medicamentos necesarios e indicados por el médico tratante. Por tanto, debe haber mayor coordinación con el área de farmacia para

estos casos.

La paciente cursó con desprendimiento prematuro de placenta el cual tiene baja frecuencia, según Guo G, et al (8) quien determinó una prevalencia de 0.31%. En el momento del diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta, la sintomatología que orientó el diagnóstico fue el dolor intenso que presentó la paciente, cabe resaltar que no se evidenció sangrado vaginal, a partir de esto Li Y et al(7) señalaron que el 68% de los casos de DPP presentó dolor abdominal y solo el 35% presentó sangrado vaginal

El resultado materno, fue el término del embarazo por cesárea de emergencia, ya que corría riesgo la vida del feto, esto es conforme a lo expuesto por Li Y et al (7) quien informó que el 73% de estos casos de desprendimiento prematuro de placenta se culmina por cesárea.

Se culminó la gestación de manera prematura, esto coincide con Miranda S et al(12) quien afirma que el desprendimiento prematuro de placenta se presenta en gestantes con tiempo de embarazo menor de 37 semanas en un 81.8% de los casos.

El resultado perinatal fue óbito fetal, lo cual es el peor resultado que se puede obtener a esto se asoció la prematuridad, esto se contrasta con Elkafrawi D et al(6) quien menciona que un 13.6% de los casos de desprendimiento prematuro de placenta culminan con un recién nacido muerto u óbito fetal, además este autor menciona que el 95.5% de los óbitos fetales fueron prematuros. Además, Downes K et al (10) informó que el desprendimiento prematuro de placenta incrementa el riesgo de muerte fetal en 6,3 veces así como la muerte neonatal en 7,6 veces.

En el posparto la paciente presentó anemia aguda, debido a la excesiva pérdida sanguínea durante la cesárea y por el DPP, esto coincide con Miranda S, et al (12) la cual fue tratada con transfusión sanguínea, no presentando sintomatología, esto pudo incrementar levemente la hemoglobina.

El análisis patológico arrojó que existió un 30% de desprendimiento placentario y tuvo asociación con muerte fetal, frente a esto Nkwabong E, et al(9) advirtió que cuando existe 45% de desprendimiento placentario siempre se asocia a muerte fetal, mientras que porcentajes menores se asociaron a distintos grados de asfixia neonatal.

Debido a la pérdida fetal, la paciente curso con trastorno de estrés agudo, que fue evaluado de manera integral por un psiquiatra, esto se resalta ya que se ve a la paciente en todas las esferas como personas, física y psicológica.

Finalmente la paciente sale de alta más reconfortada con orientación sobre signos y síntomas de alarma en el puerperio y cumpliendo posteriormente la cita para el retiro de puntos.

Por tanto, es importante reconocer todas las formas del desprendimiento prematuro de placenta que trae consigo diversas complicaciones como el óbito fetal y la coagulación intravascular diseminada; a pesar de esto, se solicitó un perfil de coagulación de manera tardía pero que no fue significativo en la salud de la madre ya que su evolución fue favorable.

2.4 CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta

aparentemente no existieron y la paciente se catalogó como de bajo riesgo; sin embargo, la amenaza de parto pre término pudo contribuir al desenlace de desprendimiento prematuro de placenta.

- El manejo de la paciente ante el diagnóstico de amenaza de parto prematuro tuvo retrasos en el tratamiento; sin embargo, ante el diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta se actuó de manera inmediata, culminando el parto por cesárea de emergencia.
- No se valoró correctamente los resultados del Test de bienestar fetal. Según el trazado inicial el resultado ya era adverso en contra del feto.
- Los resultados maternos obtenidos fue un parto pre término por cesárea, anemia aguda y estrés agudo por pérdida. El principal resultado fetal fue el óbito fetal.

2.5 RECOMENDACIONES

- Se recomienda tomar en consideración los factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta sin descuidar a las pacientes con bajo riesgo para esta patología.
- Se recomienda mejorar la coordinación del área de ginecoobstetricia y farmacia sobre los medicamentos tocolíticos que empleará para los casos de amenaza de parto prematuro, lo que permitirá abreviar tiempos.
- Brindar capacitaciones y talleres a todo el profesional de ginecoobstetricia con el objetivo de mejorar el diagnóstico clínico oportuno, manejo y todo lo

relacionado al desprendimiento prematuro de placenta para evitar los resultados adversos maternos y perinatales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2011;90(2):140-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21241259/>
2. Moncada WA. Desprendimiento prematuro de placenta en pacientes cesareadas en un Hospital Público en el Callao [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Científica del Sur; 2020. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USUR_29f655c49b5e6f7ab64e23de82782b0f
3. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 24.^a ed. Mc Graw Hill; 2016.
4. Organización Mundial de la Salud. OMS | Causas de mortinatalidad y de mortalidad neonatal precoz: datos de 7993 embarazos en seis países en desarrollo [Internet]. WHO. World Health Organization; 2021 [citado 22 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/84/9/05-027300ab/es/>
5. Banco Mundial. Tasa de mortalidad, neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos) | Data [Internet]. 2019 [citado 22 de mayo de 2021]. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT?name_desc=true
6. Elkafrawi D, Sisti G, Araji S, Khoury A, Miller J, Rodriguez Echevarria B. Risk Factors for Neonatal/Maternal Morbidity and Mortality in African American

Women with Placental Abruption. Med Kaunas Lith. 2020;56(4).

7. Li Y, Tian Y, Liu N, Chen Y, Wu F. Analysis of 62 placental abruption cases: Risk factors and clinical outcomes - PubMed. Taiwán J Obstet Gynecol [Internet]. 2019 [citado 22 de mayo de 2021];58(2):223-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30910143/>
8. Guo GL, Zhang YK, Li YL, Wang XX, Yang Y, Yu C, et al. [Epidemiological characteristics and related risk factors on placental abruption in Hebei province]. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi [Internet]. 2018;39(12):1621-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30572389/>
9. Nkwabong E, Tiomela G. Placenta abruption surface and perinatal outcome - PubMed. J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]. 2017 [citado 22 de mayo de 2021];30(12):1456-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27484125/>
10. Downes K, Shenassa E, Grantz K. Neonatal Outcomes Associated With Placental Abruption. Soy J Epidemiol [Internet]. 2017 [citado 22 de mayo de 2021];187(12):1319-28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5860509/>
11. Torres C. Patologías maternas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de Enero 2008- Julio 2018 [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2019. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1884>

12. Miranda S, Nicolas D. Características maternas y fetales de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el hospital sergio bernaes- comas, 2016-2017 [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Alas Peruanas; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/186>
13. Llerena C. Factores asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé durante el periodo 2008-2012 [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11989>
14. Robles J, Venegas L. Anemia e hipertensión arterial como factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de Trujillo [Internet]. [Trujillo-Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3846>
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Maternidad en las adolescentes de 15 a 19 años [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1596/libro.pdf
16. Eubanks AA, Walz S, Thiel LM. Maternal risk factors and neonatal outcomes in placental abruption among patients with equal access to health care. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet [Internet]. 2021;34(13):2101-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31416373/>

17. Odendaal H, Wright C, Schubert P, Boyd TK, Roberts DJ, Brink L, et al. Associations of maternal smoking and drinking with fetal growth and placental abruption. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2020;253:95-102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32862031/>
18. Ananth CV, Kioumourtzoglou M-A, Huang Y, Ross Z, Friedman AM, Williams MA, et al. Exposures to Air Pollution and Risk of Acute-onset Placental Abruption: A Case-crossover Study. *Epidemiol Camb Mass*. 2018;29(5):631-8.
19. Chahal HS, Gelaye B, Mostofsky E, Salazar MS, Sanchez SE, Ananth CV, et al. Relation of outbursts of anger and the acute risk of Placental Abruption: A Case-Crossover Study. *Paediatr Perinat Epidemiol* [Internet]. 2019 [citado 22 de mayo de 2021];33(6):405-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6823109/>
20. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. 2017. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
21. Hospital Universitario Clinic Barcelona. Hematomas placentarios, Desprendimiento prematuro de placenta [Internet]. 2019 [citado 22 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hematomes%20placentaris.pdf>
22. Hospital Universitario Clinic Barcelona. Protocolo : Hemorragia post-parto,

- prevención y tratamiento [Internet]. 2015 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <http://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hemorragia-post-parto.html>
23. Páramo JA. Coagulación intravascular diseminada. Med Clínica [Internet]. 2006 [citado 22 de mayo de 2021];127(20):785-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-coagulacion-intravascular-diseminada-13095816>
24. Pons A, Sepúlveda E, Leiva J, Rencoret G. Muerte fetal. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014 [citado 22 de mayo de 2021];25(6):908-16. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-muerte-fetal-S0716864014706388>
25. Man J, Hutchinson JC, Heazell AE, Ashworth M, Jeffrey I, Sebire NJ. Stillbirth and intrauterine fetal death: role of routine histopathological placental findings to determine cause of death. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. noviembre de 2016;48(5):579-84.
26. Manocha A, Ravikumar G, Crasta J. Placenta in intrauterine fetal demise (IUFD): a comprehensive study from a tertiary care hospital. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. diciembre de 2019;32(23):3939-47.
27. Melchor J. Validación de las pruebas de bienestar fetal anteparto. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 42. Núm. 90. páginas 9129-9141 [en línea] disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia->

ginecologia-151-articulo-validacion-pruebas-bienestar-fetal-anteparto-
13009711