



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

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

Trabajo Académico

Desprendimiento prematuro de placenta – óbito fetal en el Instituto Nacional
Materno Perinatal - 2022

**Para optar el Título de
Especialista en Riesgo Obstétrico**

Presentado por:

Autora: Menor Cotrina, Rosario Stephany


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3033-0214>

Asesor: Mg. Alfaro Fernández, Paul Rubén

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8745-8270>

Lima – Perú

2023

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Menor Cotrina Rosario Stephany egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Obstetricia / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA – ÓBITO FETAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL- 2022” Asesorado por el docente: Alfaro Fernández Paul Rubén DNI 08706104, ORCID 0000-0002-8745-8270 tiene un índice de similitud de 20%, veinte % en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Rosario Stephany Menor Cotrina
DNI: 45674500



Paul Rubén Alfaro Fernández
Medico Cirujano
CMP 12987
Doctor en Medicina

.....
Firma
Nombres y apellidos del Asesor
DNI:08706104

Lima, 29 de mayo del 2023

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I	
1.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO	6
CAPITULO II	
2.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
CAPITULO III	
3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1.1 Antecedentes nacionales	18
3.1.2 Antecedentes internacionales	20
CAPITULO IV	
4.1 DISCUSIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO	23
CAPITULO V	
5.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1.1 Conclusiones	24
5.1.2 Recomendaciones	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

RESUMEN

CASO CLINICO: Paciente de 21 años, segundigesta de 36 semanas; acude el día 15 de enero a emergencia por ausencia de movimientos fetales y dolor tipo contracción, niega pérdida de líquido y/o perdida de sangrado vaginal. Paciente con prueba positiva a SARS COV-2. A la evaluación obstétrica, se evidencia LCF: 50 por minuto “bradicardia sostenida”, inicio de trabajo de parto. Luego de realizar las pruebas de laboratorio se encontró un dosaje de hemoglobina en 9.1 g/dl

Paciente fue sometida a cesárea de emergencia, teniendo como producto un óbito, Sexo: Femenino. Peso: 3500 gr. Talla: 49 cm. Apgar: 0-0

Según informe operatorio, se halló placenta patológica, con DPP 70% de ubicación fúndica, presencia de líquido amniótico sanguinolento, cursó con atonía uterina, activaron clave roja, además realizaron empaquetamiento uterino y ligadura de arteria uterina, la paciente recibió 2 paquetes globulares.

Fue dada de alta en recuperación y fue trasladada a UCI donde la monitorizaron, repusieron electrolitos; estando estable fue dada de alta del servicio de UCI el 17 de enero y paso a hospitalización en donde le solicitan un control de hemoglobina.

El 18 de enero el control de hemoglobina post operatorio arrojó un resultado de 6.7 g/dl, por lo que recibió la indicación de 1 paquete globular, el cual fue transfundido. Ya para el 19 de enero el control de hemoglobina post transfusión fue 7.5 g/dl, logrando así compensar su anemia. La paciente tuvo una evolución favorable y fue dada de alta el 21 de enero.

SUMMARY

CLINICAL CASE: 21-year-old patient, second pregnancy of 36 weeks; she went to the emergency room on January 15 due to the absence of fetal movements and contraction-type pain, she denied fluid loss and/or loss of vaginal bleeding. Patient with a positive test for SARS COV-2. To the obstetric evaluation, LCF is evidenced: 50 per minute "sustained bradycardia", start of labor. After carrying out the laboratory tests, a hemoglobin dosage of 9.1 g/dl was found.

Patient underwent emergency caesarean section, resulting in death, Sex: Female. Weight: 3500 gr. Size: 49 cm. APGR: 0-0

According to the surgical report, a pathological placenta was found, with DPP 70% located in the fundus, presence of bloody amniotic fluid, coursed with uterine atony, they activated a red code, they also performed uterine packing and uterine artery ligation, the patient received 2 globular packages.

She was discharged in recovery and was transferred to the ICU where she was monitored, electrolytes replaced; being stable, she was discharged from the ICU service on January 17 and went to hospital where they requested a hemoglobin check.

On January 18, the postoperative hemoglobin control yielded a result of 6.7 g/dl, for which he received the indication of 1 packet of globules, which was transfused. By January 19, the post-transfusion hemoglobin control was 7.5 g/dl, thus managing to compensate for his anemia. The patient had a favorable evolution and was discharged on January 21.

INTRODUCCIÓN

El desprendimiento prematuro de placenta normo inserta es la separación total o parcial de su sitio de inserción en la segunda mitad de la gestación y antes de la expulsión fetal. La frecuencia es en promedio, 0.5% o 1 de cada 200 partos¹.

De toda la población de gestantes, el 5% desarrolla hemorragias ante parto, 1% por placenta previa, 1,2% por desprendimiento de placenta y 2,8% por causas no determinadas; todas estas son responsables del 20 a 25% de todas las muertes perinatales. De manera similar, estudios extranjeros han demostrado que todas las muertes maternas se deben a desprendimiento de placenta, lo que puede provocar hemorragia, shock hipovolémico y coagulopatía; repercutiendo en la incidencia de la morbilidad perinatal, el DPP es responsable de 15 a 20% de todas las muertes perinatales debido al riesgo de hipoxia².

El presente trabajo académico es un caso de desprendimiento prematuro de placenta en una segundigesta de 36 semanas, que presenta signos de alarma como disminución de movimientos fetales y presencia de contracciones uterinas, los cuales no son identificados como tales por la paciente, lo que hace que acuda de forma tardía al instituto materno perinatal en donde es intervenida por emergencia, teniendo como producto un óbito fetal y haciendo un cuadro de atonía uterina el cual fue controlado con la técnica quirúrgica de empaquetamiento uterino.

CAPITULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

Revisión de caso clínico; evento producido en el Instituto Materno Perinatal; gestante de 36 ss. que acude a la emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) el día 15/01/2022 a horas 16:42, refiere ausencia de movimientos fetales hace 9 horas y contracciones uterinas esporádicas de 5 horas de evolución, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

ANAMNESIS

Datos de filiación

Edad: 21 años

Estado civil: conviviente

Ocupación: ama de casa

Grado de instrucción: secundaria incompleta

Raza: mestiza

Idioma: castellano

Religión: católica

Enfermedad actual

Sintomatología: Ausencia de movimientos fetales 9 horas y dolor tipo contracción de 5 horas de evolución.

Forma de inicio: esporádico

Antecedentes

Personales: Niega

RAM: niega

Transfusiones: niega

Quirúrgicos: niega

Gineco-obstétricos:

Menarquia: 13 años

FUR: 04/05/2021

FPP: 08/02/2022

Edad gestacional: 36 semanas

Fórmula obstétrica: G2P1001

No de controles prenatales: 4

Examen físico

Funciones vitales

PA: 95/54 MMHG T°: 36.8°C FC: 107x' FR: 16x'

Peso: 73 kilos

Talla: 151 cm

Estado general y sensorio

REG, REH, REN, ventilando espontáneamente

Edema: (-)

Reflejos: normal

Aparato cardiovascular: RCR, no soplos

Aparato respiratorio: MVPB en ACP, no ruidos patológicos

Aparato genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Abdomen: B/D, RHA +, no doloroso

Extremidades: tróficas

Examen ginecológico:

G.E y BUS: normales

Vagina: elástica

Cérvix: dilatado

Útero: grávido, tono conservado

Anexos: normales

F. S Douglas: libre

Mamas: normales

Examen obstétrico:

SPP: LCI

AU: 33cm

LCF: 50 x' (**bradicardia fetal sostenida**)

DU: 2/10'

TV: D: 1cm I: 80% AP: -3 V.P: OIIT M. O: integras

DIAGNÓSTICO

1. Segundigesta de 36 semanas 4 días por FUR.
2. Inicio de trabajo de parto.
3. Sufrimiento fetal agudo. (estado fetal no tranquilizador)
4. Bradicardia fetal
5. Infección por SARS COV2

PLAN

Cesárea de emergencia.

TRATAMIENTO

1. NPO
2. NaCl 0.9% x 1000cc --- 30 gotas x'
3. Cefazolina 2 gr EV (PRE SOP)
4. Oxigeno 5L/Min
5. CO (DU + LCF)
6. CFV
7. DLI constante
8. Preparar para SOP.

Resultado de análisis de laboratorio (15/01/2022 - 17:17hras)

Hemoglobina: 9.1 g/dl

Hematocrito: 27%

Leucocitos: 11,600/mm³

Grupo sanguíneo: O

Factor sanguíneo: POSITIVO

Plaquetas: 120,000 mm³

T. protombina: 12.4 segundos.

T. Tromboplastina: 32.3 segundos.

Fibrinógeno: 237 mg/dl

SARS-Cov-2: reactivo

INFORME QUIRURGICO

FECHA: 15/01/2022 HORA DE INICIO: 17:20 PM HORA DE TÉRMINO: 18:55

Diagnóstico pre operatorio:

1. Segundigesta de 36 semanas
2. Bradicardia no especificada
3. Atención materna por muerte intrauterina
4. Covid-19, virus identificado

Diagnóstico post operatorio:

1. Gestante de 36 semanas
2. Bradicardia no especificada
3. Desprendimiento prematuro de placenta (abruptio placentae)
4. Atonía uterina
5. Hemorragia post parto
6. Atención materna por muerte intrauterina
7. Covid-19, virus identificado

HALLAZGOS:

Placenta patológica, tipo de inserción: DPP 70%, ubicación: placenta FÚNDICA. Líquido amniótico: SANGUINOLENTO. Cantidad de líquido amniótico: NORMAL. Olor líquido amniótico: NO MAL OLOR. Recién nacido: ÓBITO. Sexo: FEMENINO. Peso: 3500 gr. Talla: 49 cm. APGAR: 0-0.

Útero infiltrado en tercio lateral derecho con tejido circuncidante edematoso y equimótico, coágulos intrauterinos tras alumbramiento, 1000 cc aproximadamente.

OBSERVACIONES: PACIENTE RECIBIO 2 PAQUETES GLOBULARES INTRA SOP y MISOPROSTOL 800UG SL + 800 UG IR.

SALA DE RECUPERACIÓN

POST OPERATORIO INMEDIATO 15/01/2022 19:25

1. NPO
2. NaCl 9% 1000cc + 40 UI oxitocina ----- 30 gotas x' -----I y II.
3. Tramadol 100 mg SC c/12 h.
4. Ácido tranexámico 1gr EV c/8 h.
5. Ergometrina 0.2mg IM c/8 h.
6. CFV+CSV
7. Masaje uterino
8. S.S I/C UCIM COVID

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

15/01/22

20:30 paciente que ingresa por emergencia a las 16:42 minutos con un tiempo de enfermedad de +- 9 horas por no percibir movimientos fetales, llega con PA:95/54mmHg, T°:36.8°C, FC: 107x', FR: 16x'. Catalogado como: G2 36semanas- sufrimiento fetal agudo-bradicardia fetal (50 latidos x')- infección por SARS- COV 2.

Siendo programada para cesárea de emergencia.

Hallazgos en SOP: DPP- cursa atonía uterina realizan empaquetamiento uterino, ligadura de arteria uterina, sangrado intraoperatorio 1800cc diuresis: 200cc, recibió 2 paquetes globulares, misoprostol.

Examen clínico: PA:90/66 FC: 99 X' FR:22X'

DX:

1. Hemorragia post parto
2. PO cesárea + empaquetamiento uterino por DPP + óbito fetal + atonía uterina.
3. Anemia
4. Infección por SARS – COV 2

PLAN:

- Análisis

- Monitoreo
- E kg

16/01/22

PA: 85/46 MMHG SO2: 95%

Paciente de evolución favorable, hemo dinámicamente estable.

PLAN:

- Hidratación
- Reposición de electrolitos.

17/01/22

10:00

Paciente de evolución favorable

PLAN:

- Alta de UCIM

HOSPITALIZACIÓN

17/01/22 <PO2>

14:10

Paciente procedente de UCIM, post operada 2do día, refiere dolor abdominal difuso de intensidad 7/10, niega otras molestias, refiere no realizar deposiciones, no flatos.

Funciones biológicas

Apetito: conservado

Sed: conservado

Orina: conservado

Deposiciones: disminuidas

Sueño: conservado

EXAMEN CLÍNICO

Estado general: AREG-REH, REN

Piel y faneras: T/H/E palidez leve

Cabeza y cuello: sin alteraciones

Ap. Cardio-respiratorio: RCR de buena intensidad, no soplos

Abdomen: blando, leve distensión, dolor difuso a la palpación profunda

H.O cubierta con apósito limpio y seco

Ap. Urinario: sin alteración

EXAMEN GINECOLÓGICO

Mamas: blandas poco secretantes

Genitales externos: de aspecto normal

Tacto vaginal: escaso sangrado vaginal

DIAGNÓSTICO

1. PO2 cesárea + empaquetamiento uterino por DPP
2. Anemia moderada
3. COVID 19 (+)

PLAN:

- Hidratación
- Analgesia
- SS Hb control (18/01/22)

18/01/22 <PO 3>

10:00

Paciente refiere dolor abdominal difuso, dificultad para eliminar gases. Deambula, niega mareos, niega síntomas respiratorios.

PA: 100/60 FC: 85X' FR: 18X' T°: 36,6°C SO2: 97%

Al examen: OTEP, palidez marcada.

Abdomen: B/D distendido, timpánico, rebote (-)

Útero: contraído por debajo de cicatriz umbilical

H.O: afrontada, no secreciones leve eritema en borde inferior.

G.E: loquios hemáticos escasos

HB:6,7g/dl

Diagnóstico:

1. PO3 cesárea + empaquetamiento uterino por DPP
2. Anemia severa
3. Infección por COVID 19

Plan:

- Hemoderivados (1pqte globular)
- Monitoreo – analgesia

19/01/2022 <PO4>

09:50

Paciente refiere mejoría, niega mareos, niega fiebre hoy, niega sangrado

Al examen: AREG-LOTEP

PA: 100/60 FC: 80X' T: 37°C

Abdomen: B/D útero contraído

H.O: afrontada, no secreciones, no flogosis

G.E: loquios escasos

HB control post transfusión: 7.5 g/dl

Diagnóstico:

1. PO 4 día cesárea por empaquetamiento uterino por DPP
2. Anemia severa
3. Infección por COVID 19

Plan:

- Hematínicos EV
- Analgésicos

20/01/2022 <PO 5>

09:00

Paciente niega molestias actualmente, tolera vía oral, deposiciones (+), paciente 24 horas afebril.

Al examen: AREG-AREH-AREN

Piel: T/H/E palidez marcada

Abdomen: útero contraído

G.E: no sangrado vaginal

SNC: LOTEP, Glasgow 15

Diagnóstico:

1. PO 5 día cesárea por DPP
2. Anemia moderada
3. Infección por COVID 19

21/01/2022 <PO6>

08:50

Paciente refiere leve dolor en herida operatoria. Niega síntomas de irritación cortical, niega otras molestias.

AREG-AREN

PIEL: T/H/E palidez marcada

Abdomen: B/D útero contraído +- 13cm

H.O: afrontada, no signos de flogosis

G.E: loquios escasos, sin mal olor

Diagnóstico:

1. PO 6 día de cesárea + empaquetamiento uterino por DPP
2. Anemia moderada compensada
3. Infección por COVID 19

Plan:

- Alta con indicaciones

CAPITULO II

2.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La muerte materna es un problema de salud pública que aqueja a nuestro país, sumado a ello la morbimortalidad que trajo consigo la COVID 19, todo esto hace que sea importante reconocer de forma oportuna los riesgos durante la gestación.

El desprendimiento prematuro de placenta es una de las complicaciones que se presentan de forma súbita con una consecuencia en la mayoría de casos fatal, el diagnóstico se basa principalmente en los signos clínicos. El desprendimiento de placenta complica aproximadamente el 1% del total de gestaciones, siendo una de las principales causas del sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo. Además, es causa de mortalidad y morbilidad perinatal. Las complicaciones maternas del desprendimiento dependen principalmente de su gravedad, mientras que su efecto sobre el feto es determinado tanto por su gravedad como por la edad gestacional en la que ocurre. Entre los factores de riesgo para el desprendimiento tenemos el desprendimiento previo, tabaquismo, traumatismo, uso de cocaína, gestación múltiple, hipertensión, preeclampsia, trombofilias, edad materna avanzada, ruptura prematura de membranas prematura, infecciones intrauterinas e hidramnios. Cuando el desprendimiento involucra más del 50% de la placenta se asocia casi siempre con muerte fetal³.

Las hemorragias son la principal causa de muerte materna, que pueden ser hemorragias ocultas o visibles, por ello es importante reconocer de forma oportunamente los factores de riesgo y los signos clínicos de desprendimiento prematuro de placenta estableciendo así un diagnóstico precoz y un manejo adecuado, salvaguardando la vida del binomio madre-niño.

El presente estudio, es una herramienta útil que nos refleja una situación de real emergencia, donde la vida de la madre y el feto están en riesgo; diagnosticar esta patología de manera precoz basándonos en los protocolos de atención y sumado a ello el actuar oportuno en la atención materna perinatal disminuiría otras complicaciones que afecten el bienestar de madre y el recién nacido.

CAPITULO III

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

3.1.1 Antecedentes nacionales

Tello J; (2017). “Desprendimiento prematuro de placenta en embarazo pretérmino en Hospital Nivel III”⁴.

Estudio del caso de desprendimiento prematuro de placenta severo de una primípara con feto pretérmino, inicialmente presentó dinámica uterina en forma permanente y ausencia de movimientos fetales, por lo que acude al hospital, evoluciona rápidamente a coagulación intravascular diseminada, se intervino quirúrgicamente siendo su producto fue un óbito fetal e histerectomía.

Se determinó que la muerte fetal intrauterina se produjo por la gravedad del desprendimiento de placenta, evento que tuvo como causa a la pre eclampsia severa, esta complicación de la gestación afectó de manera definitiva su salud reproductiva.

Lezama F; (2017). “Óbito fetal por desprendimiento prematuro de placenta en gestante primigesta nivel III-1. Lima”⁵.

El desprendimiento prematuro de placenta no tiene una causa específica. Se asocia con varias condiciones, la causa más común son los trastornos hipertensivos del embarazo. Las complicaciones más frecuentes se asocian con shock hemorrágico y coagulación intravascular diseminada (CID), dando lugar a otras complicaciones más graves como la necrosis isquémica de órganos distales.

El caso clínico revisado es el de una paciente con diagnóstico de primigesta de 38 semanas (21 años), hemorragia de la segunda mitad del embarazo, desprendimiento prematuro de placenta y óbito fetal de 38 semanas, llega referida de un centro de atención nivel I-3 a un hospital de nivel II-1, en cuyo nosocomio el ginecólogo de guardia toma la decisión de referir a la paciente a un establecimiento de nivel II-2 por no tener el equipo completo para una cesárea de emergencia.

En el hospital II -2 toman la decisión de inducir el parto, con resultado fallido, lo cual los lleva a realizar una cesárea de emergencia, decisión tomada luego de 17 horas de someter a la paciente a espera, desde que ella acudió al primer establecimiento de salud. Teniendo como complicación durante la cirugía un cuadro de hemorragia materna y útero de Couvelaire, lo que desencadenó en una histerectomía para la paciente.

Sabemos que el pronóstico depende de la extensión y el diagnóstico temprano del desprendimiento de placenta, así como del manejo y tratamiento adecuados, el tratamiento debe estar dirigido a mantener el equilibrio hemodinámico y normalizar las pruebas de coagulación. El desprendimiento de placenta es un riesgo obstétrico y si no se diagnostica a tiempo, pone en riesgo la vida del binomio madre niño.

En el caso revisado no tomaron en cuenta los factores de riesgo y el tiempo de espera por parte de la paciente lo que complicó mucho más su estado, llevándola a comprometer su salud mental, sexual y reproductiva.

Agapito M; (2017). “Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica”⁶.

Investigación Relacional, tipo Analítico, retrospectivo y transversal. Fue ejecutada en Ica, se revisaron las historias clínicas y para el análisis se empleó SPSS 23.0 y se aplicó chi-cuadrado ($p < 0.05$) y odds ratio.

Algunos de los factores de riesgo que están relacionados al desprendimiento prematuro de placenta son, un nivel educativo bajo, mujeres mayores de 35 años, el trabajo en el hogar o en el campo, proceder de zona rural y control prenatal inadecuado; entre las morbilidades obstétricas la ruptura prematura de membrana, haber sufrido algún traumatismo en la gestación, o antecedente de cesárea y óbito fetal.

Agapito concluyó que, los factores de riesgo que se encuentran asociados al DPP, son la edad mayor de 35 años, un deficiente nivel educativo, que se dedique a actividades de campo o en el hogar, proceder de zona rural, inadecuado control prenatal, y entre las patologías obstétricas: la ruptura prematura de membrana o haber tenido algún traumatismo durante el embarazo.

Moncada W; (2020). “Desprendimiento prematuro de placenta en pacientes cesareadas en un hospital público en el callao”⁷.

Estudio observacional, descriptivo, transversal de muestras de historias clínicas de 80 pacientes operadas por cesárea con diagnóstico de desprendimiento de placenta (DPP). La prevalencia de desprendimiento de placenta en pacientes sometidas a cesárea fue del 1,19 % en el HNDACC entre 2012 y 2017. El número mayor de casos de desprendimiento placentario se dio en el grupo de 20 a 35 años, con 52.5% pacientes cuya historia se conoció. Más casos de DPP ocurrieron en partos múltiples, representando el 80% de los casos estudiados. En multigestas se presentó un mayor número de casos de DPP, siendo el 80% del total estudiado. La mayor incidencia de DPP fue en madres con síntomas hipertensivos del embarazo, con 40% en preeclampsia severa y 2.5% en eclampsia. Asimismo, el estudio determinó que el segundo factor de riesgo más común fue la ruptura prematura de membranas, en 22.5% casos.

Leyva C; (2021). “Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en grávidas de la red de salud – Satipo. 2019”⁸.

Para Leyva, la patología más relacionada con el embarazo fue la preeclampsia, siendo causante del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, seguida de la ruptura prematura de membranas, cesárea previa. Así mismo la incidencia de enfermedad perinatal está determinada por el grado de desprendimiento y la edad gestacional en la que se produce, siendo de resultado negativo cuando más precoz es la gestación. Una de las complicaciones más frecuentes del DPP en la madre fue el shock hipovolémico, que tiene como manejo la transfusión sanguínea; las complicaciones para el feto están relacionadas en mayor frecuencia a la asfixia, seguido de sufrimiento fetal y óbito, este último se asocia a la mayor severidad de desprendimiento y al diagnóstico tardío.

3.1.2 Antecedentes internacionales

López E; (2020). “Desprendimiento de placenta en la segunda fase del parto: a propósito de un caso”⁹.

El desprendimiento de placenta es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materno-fetal y representa una emergencia obstétrica; es definida como la separación prematura de la placenta adherida al útero después de las 20 semanas de gestación.

Los factores de riesgo para el desprendimiento de placenta incluyen la edad, condiciones hipertensivas, trombosis, drogas, factores genéticos y trauma, pero la mayoría de los casos son idiopáticos.

Las medidas para prevenir el desprendimiento de placenta están determinadas por la edad gestacional, los síntomas maternos y los efectos sobre el feto. La extracción fetal es la medida más inmediata antes de que ocurra este evento.

Díaz I, Eljadue B, Hernández S, Juliao P, Ramos N; (2018). “Relación del desprendimiento de placenta con factores socio demográficos y clínicos en mujeres gestantes del Hospital Universidad del Norte, Municipio de Soledad (atlántico)”¹⁰.

Realizaron un estudio analítico de casos y controles retrospectivo en 150 pacientes (30 casos, 120 controles). Las variables que presentaron mayor relación con la patología según el estudio fueron: edad gestacional menor a 37 semanas ($p=0,0000001043$), cesárea previa ($p=0,00043$), antecedente de preeclampsia ($p=0,020$) y preeclampsia actual ($p=0,001$).

Concluyeron que en el municipio de Soledad (Atlántico), la hipertensión arterial no es un factor de riesgo para el desprendimiento de placenta en gestantes, mientras que la edad gestacional, el tabaquismo, los fetos múltiples y los traumatismos abdominales durante el periodo de gestación, tienen riesgo relación con el desarrollo de la patología.

Liñayo C; (2021). “Morbilidad y mortalidad a largo plazo en mujeres con antecedente de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta”¹¹.

Realizaron un estudio de casos y controles con recolección retrospectiva de datos de gestantes que asistieron al Complejo Hospitalario Universitario de Ourense entre 1996 y 2008. Tuvieron como criterio de selección para el grupo de casos un antecedente de desprendimiento prematuro de placenta. Por otro lado, el grupo control fue conformado por pacientes con parto anterior y posterior al grupo de casos y que no habían sufrido desprendimiento de placenta. Se examinaron a 198 mujeres: 66 en el grupo de casos y 132 en el grupo de control. Durante el seguimiento (15.8 ± 3.58 años) se encontró que fue mayor la incidencia diabetes mellitus y dislipidemia en el grupo de casos, pero sin significación estadística. Concluyeron que no se evidenciaron diferencias en la incidencia de hipertensión arterial, síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular ni trastorno ansioso depresivos y encontrando en el grupo de casos una alta tasa de enfermedad neoplásica.

Palacios F; (2018). “Útero de Couvelaire, consecuencia del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Reporte de un caso”¹².

El útero de Couvelaire es una de las complicaciones más graves del desprendimiento de placenta; se da en 0.4 a 1% de las gestaciones. Mujer primípara de La Esperanza, Intibuca, Honduras, de 37 semanas y seis días calculados por la fecha de la última menstruación, 26 años de edad, ingreso al hospital con amaurosis, con hipertensión, preeclampsia atípica y óbito extrahospitalario, grado de maceración I. La paciente presentó convulsiones, sin mayores datos. Durante la laparotomía exploradora, el útero se encontraba agrandado y flácido, con infiltración del 90%, de predominio en el lado izquierdo, diagnóstico compatible con útero Couvelaire.

Durante la cirugía, la presión arterial del paciente no pudo restablecerse a pesar de la reposición del volumen sanguíneo y la administración de aminas vasoactivas. La paciente falleció a las 5:40 am del mismo día principalmente por complicaciones de eclampsia con muerte fetal intrauterina, se concluyó que la causa de muerte fue shock hipovolémico y coagulación intravascular diseminada en etapa hemorrágica secundaria a útero Couvelaire.

CAPITULO IV

4.1 DISCUSIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

El desprendimiento prematuro de placenta es una complicación poco frecuente que se da de forma súbita en la segunda mitad de la gestación, en gestaciones únicas la incidencia es de 5,9 - 6,5/1,000 y en gestaciones múltiples de 12,2/1,000. La mortalidad fetal es elevada más del 15% y la materna es 3 veces superior.

A nivel mundial la incidencia de desprendimiento prematuro de placenta normal inserta es de 0,3- 1% es decir un caso entre 100-300 partos y es causa de un 25% de la mortalidad perinatal⁵.

En caso actual la paciente tenía una edad de 21 años, estando dentro del rango que menciona Moncada⁷ en su estudio, donde encontró que el mayor número de casos de DPP se sitúa entre las edades de 20 a 35 años, que está representando por el 52.5% de sus historias revisadas.

Leyva⁸ menciona en su estudio que las principales complicaciones del DPP son el shock hipovolémico en la madre y para el feto está relacionado a la asfixia en mayor frecuencia, seguido de sufrimiento fetal y óbito; en el caso presentado la paciente presenta signos de alarma de varias horas de evolución a los cuales no les presta importancia, llegando a la emergencia con signos de sufrimiento fetal agudo, teniendo como producto un óbito fetal y presentado ella un cuadro de atonía lo que lleva a una pérdida cuantiosa de volumen sanguíneo que fue manejado con el uso de fármacos, transfusiones sanguíneas y una técnica quirúrgica adecuada.

La paciente tenía 36 semanas de gestación y Diaz¹⁰ menciona que una de las variables que presentaron mayor relación con el DPP en su estudio fue la edad gestacional menor a 37 semanas, además encuentra que la hipertensión arterial no es un factor de riesgo condicionante para esta patología, datos que difieren con lo encontrado por Agapito en su estudio.

En el caso estudiado, el equipo de ginecólogos tuvo la pericia de utilizar las técnicas correctas en los tiempos adecuados, preservando el útero de la paciente y no anular su posibilidad de convertirse en madre más adelante, teniendo un impacto positivo en su salud reproductiva y mental pese a su gran pérdida, suceso que no se evidencia en el caso expuesto por Lezama⁵ en el cual hubo demoras de atención y decisiones poco certeras que conllevaron a la paciente a no solo afrontar la pérdida de un bebe sino al hecho de no poder convertirse en madre nunca más, pese a su corta edad.

Tello¹ en su investigación, determinó como causa principal de DPP la preeclamsia severa, lo que difiere con el caso estudiado por Lopez⁹ y con el caso actualmente descrito, ya que la paciente no presentó signos premonitorios de preeclamsia ni desarrollo el cuadro, sin embargo, refirió signos de alarma que no tomo en cuenta lo que desencadeno el DPP similar a lo relatado por Diaz¹⁰; además Tello¹ en su estudio relaciona el grado de desprendimiento de placenta con la viabilidad fetal; en el caso actual, el informe quirúrgico nos detalla que hubo un desprendimiento de placenta al 70% lo que no permitió la sobrevivencia del feto, coincidiendo con la conclusión de Tello¹.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.1 Conclusiones

1. La pericia del ginecólogo y del equipo contribuyo a que la paciente con atonía uterina no termine en una histerectomía y peor aún en una muerte materna.
2. La muerte fetal se produjo por la severidad del desprendimiento de la placenta esto nos confirma el desconocimiento o la poca importancia que le dan a los signos de alarma del embarazo y que es preocupante, ya que reconocerlos e informarlos a tiempo hace la diferencia entre la vida y la muerte.
3. En el caso presentado, la paciente cursaba con un grado de anemia, lo cual es un problema de salud pública, este cuadro podría haber sido corregido con un adecuado

y oportuno control prenatal, disminuyendo así el riesgo de complicaciones durante el parto o el puerperio.

4. No se pudo determinar si la infección por SARS COV-2, tuvo implicancia en el desenlace del caso, ya que, aún no hay estudios que determinen fehacientemente su relación con alguna complicación materno fetal, durante el periodo gestacional.

5.1.2 Recomendaciones

1. Debemos educar con mayor énfasis en los signos de alarma a las gestantes para evitar en lo posible desenlaces como el presentado.

2. La atención prenatal debe ser reenfocada, de esta manera podremos identificar precozmente factores de riesgo y/o complicaciones que pongan en peligro la salud de la madre y el feto.

3. El seguimiento por parte del personal de salud a toda gestante, debe más minucioso, evitando así ausencias o deserciones en el control pre natal, de esa manera podríamos actuar de forma más oportuna ante cualquier signo de alarma que presente la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. Schwarcz R. Obstetricia. 6 ed. Argentina. El Ateneo;2005.
2. Acho Mego S. hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en un hospital nacional de Lima. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Perú 2011; 57: 243-247.
3. Elizalde-Valdés, Calderón-Maldonado, García-Rillo y M. Díaz-Flores. «Abruptio placentae»: morbimortalidad y resultados perinatales. Revista de Medicina e Investigación. México 2015; 3(2): 109-115.
4. Tello Macavilca J. Desprendimiento prematuro de placenta en embarazo pretérmino en Hospital Nivel III. [Trabajo de grado especialista en emergencias obstétricas]. Lima: Universidad José Carlos Mariátegui. Facultad de obstetricia; 2017.
5. Lezama Zavaleta F. Óbito fetal por desprendimiento prematuro de placenta en gestante primigesta nivel III-1. [Trabajo de grado especialista en emergencias obstétricas]. Lima: Universidad José Carlos Mariátegui. Facultad de obstetricia; 2017.
6. Agapito Simón M. Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica. [Trabajo para optar el título de médico cirujano]. Ica: Universidad privada San Juan Bautista. Facultad de Medicina Humana; 2017.
7. Moncada Quispe W. Desprendimiento prematuro de placenta en pacientes cesareadas en un hospital público en el callao. [Trabajo para optar el título de médico cirujano]. Lima: Universidad Científica del Sur; 2020.
8. Leyva Castro A. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en grávidas de la red de salud – Satipo. [Trabajo para optar el título de especialista en emergencias obstétricas]. Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2022.
9. López Romero E. Desprendimiento de placenta en la segunda fase del parto: a propósito de un caso. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. España 2020;15(15): 769.

10. Díaz Paternina I, Eljadue Florez B, Hernandez Acosta S, Juliao Paula M, Ramos Noriega N. Relación del desprendimiento de placenta con factores socio demográficos y clínicos en mujeres gestantes del hospital universidad del norte, municipio de soledad. [Trabajo para optar el título de Grado II]. Barranquilla: Universidad del Norte; 2018.
11. Liñayo Chouza J, Álvarez Silvares E, Domínguez Vigo P, Alves Pérez MT, Castro Vilar L. Morbilidad y mortalidad a largo plazo en mujeres con antecedente de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Ginecol Obstet México 2019 marzo;87(3):167-176.
12. Rubí F, Duarte A, Barón Salgado AL, Vásquez Tercero IH, Zelaya Guido CJ. Útero de Couvelaire, consecuencia del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Reporte de un caso. Ginecol Obstet México 2018 abril;86(1):351-356