



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DEL DESPRENDIMIENTO
PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA EN PACIENTES ATENDIDAS
EN HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ENRIQUE C SOTOMAYOR DURANTE
EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.**

TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR POR EL GRADO DE MÉDICO GENERAL.

AUTORA: VERÓNICA MARILÚ SALLO COJITAMBO

TUTOR: DR. GUILLERMO MARURI AROCA

GUAYAQUIL-ECUADOR

AÑO

2014-2015

I



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la Srta. Veronica Marilu Sallo Cojitambo, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar el título de Médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA ESCUELA DE MEDICINA

II



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TITULO DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. **CERTIFICO QUE:** HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADA POR LA SRTA. VERÓNICA MARILU SALLO COJITAMBO, CON C.I. # 070470350-3.

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES:

FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA EN PACIENTES ATENDIDAS EN HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ENRIQUE C SOTOMAYOR DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014. REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

TUTOR:

DR. GUILLERMO MARURI AROCA

III

DEDICATORIA

El presente trabajo marca el fin de una importante etapa, en la que he atravesado por innumerables y gratificantes experiencias, he obtenido conocimientos y a la que he dedicado mucho esfuerzo y sacrificios. Y es el inicio de una gran sueño y de nuevas historia, tan sólo es el comienzo de un largo camino que está por venir.

Mi tesis, mi esfuerzo, mis logros se lo dedico a Dios Todopoderoso y a la virgen Santísima del cisne, a mi tío que es como mi padre y mi familia; por quienes estoy hoy aquí, a mi abuelita, quien siempre ha sido mi guía y hoy es la luz que ilumina cada paso que doy; mi madre, quien ha luchado cada día a día para que yo cumpla mis sueños. Mis sobrinos, quienes son un pilar importante en mi vida. A mi hermana, por ser mi cómplice, mi amiga y por guiarme con sus concejos. A mi princesa quien ha sido parte de grandes cambios en mi vida.

Verónica Sallo Cojitambo.

IV

AGRADECIMIENTO

Este camino no lo recorrí sola, no pude haber llegado hasta aquí sin la ayuda de cada uno de ellos.

Gracias Dios por ser el dueño de mi carrera , por estar siempre a mi lado, me has puesto duras pruebas y batallas pero siempre junto a mí para ayudarme a solucionarlas en el momento oportuno; Virgen santísima del cisne , por ampararme siempre bajo su Manto.

Gracias tío por estar siempre a mi lado como mi padre, amigo y consejero y ser parte de este largo caminar ya que es el pilar fundamental e importante para culminar mi gran sueño no me cansare de decirle mil gracias.

Gracias abuelita y tías, sé que siempre están junto a mí, siento que cada día han estado a mi lado protegiéndome.

Gracias Mamita, mi mejor amiga, mi incondicional; por tus palabras, esfuerzo, lucha, apoyo, mi vida entera no alcanza para decirte gracias.

Gracias hermana y mis sobrinos, por quienes he luchado estos años sin pensar en el sacrificio que he tenido que hacer.

Gracias Dr. Guillermo Maruri Aroca, por ser un ejemplo a seguir, es quien supo guiarnos a los futuros médicos, con consejos, conocimientos y valores

Gracias a cada uno de mis docentes y maestros, quienes impartieron sus conocimientos y fueron parte de mi formación en toda mi carrera.

Gracias amigas, hermanas, porque nos conocimos en diferentes circunstancias y tiempos de este largo camino, cada una marco un lugar importante en mi corazón.

Verónica Sallo Cojitambo.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: Factores de riesgo y complicaciones del desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en pacientes atendidas en Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2014.		
AUTOR/ ES: Verónica Marilú Sallo Cojitambo	REVISORES: Dr. Guillermo Maruri Aroca	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil.	FACULTAD: Ciencias Médicas	
CARRERA: Medico General		
FECHA DE PUBLICACION:	Nº DE PÁGS: 46	
ÁREAS TEMÁTICAS: Salud		
PALABRAS CLAVES: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Hemorragias del Tercer Trimestre de embarazo, factores de riesgo, complicaciones,		
RESUMEN:		
<p>Introducción: desprendimiento prematuro de membranas normo-inserta (DPPNI) separación completa o parcial de la placenta (normalmente implantada) de la pared del útero a las 20 semanas o más de la gestación. Métodos y materiales: se realizó un estudio observacional indirecto, verbal y descriptivo a 192 pacientes con diagnóstico de DPPNI en el hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de enero 2014 a enero 2015, para el análisis estadístico se empleó el paquete que nos ofrece Microsoft Excel. Resultados: Los factores de riesgo en primer lugar fueron las infecciones con un 26% seguida de la Hipertensión arterial con un 24,5% y la rotura prematura de membranas con un 18,8%. El grupo etario con mayor predominio fue entre las edades de 25 a 28 años con un 28% así como en edades entre 33 y 36 años, en cuanto a los antecedentes gineco-obstetricos, el 84% de las pacientes eran multigestas, en nuestras gestantes el 41,1% tenía entre 1 a 2 hijos y el 29,2% entre 3 a 4 hijos. El 59,4% solo tuvieron entre 1 y 2 controles prenatales durante todo el embarazo y entre 3 y 4 controles en un 30,2%. El 46,9% se dio entre la semana 37-39 de gestación y el 33,9% entre la semana 33-36 de gestación. El 42% atonía uterina seguida del 14% con Shock hipovolémico. Conclusiones: presente investigación aporta datos importantes sobre los factores de riesgo y las complicaciones de las gestantes con DPPNI son parecidos a los otros estudios investigativos.</p>		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI x	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0983743687	E-mail: verito_8407hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Escuela Medicina	
	Teléfono:	
	E-mail:	

V

RESUMEN

Introducción: desprendimiento prematuro de membranas normo-inserta (DPPNI) separación completa o parcial de la placenta (normalmente implantada) de la pared del útero a las 20 semanas o más de la gestación.

Métodos y materiales: se realizó un estudio observacional indirecto, verbal y descriptivo a 192 pacientes con diagnóstico de DPPNI en el hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de enero 2014 a enero 2015, para el análisis estadístico se empleó el paquete que nos ofrece Microsoft Excel.

Resultados: Los factores de riesgo en primer lugar fueron las infecciones con un 26% seguida de la Hipertensión arterial con un 24,5% y la rotura prematura de membranas con un 18,8%. El grupo etario con mayor predominio fue entre las edades de 25 a 28 años con un 28% así como en edades entre 33 y 36 años, en cuanto a los antecedentes gineco-obstetricos, el 84% de las pacientes eran multigestas, en nuestras gestantes el 41,1% tenía entre 1 a 2 hijos y el 29,2% entre 3 a 4 hijos. El 59,4% solo tuvieron entre 1 y 2 controles prenatales durante todo el embarazo y entre 3 y 4 controles en un 30,2%. El 46,9% se dio entre la semana 37-39 de gestación y el 33,9% entre la semana 33-36 de gestación. El 42% hipertoniá uterina seguida del 14% con Shock hipovolémico.

Conclusiones: presente investigación aporta datos importantes sobre los factores de riesgo y las complicaciones de las gestantes con DPPNI son parecidos a los otros estudios investigativos.

VI

ABSTRACT

Introduction: premature detachment of membranes normal-insert complete or partial separation of the placenta (normally implanted) in the wall of the uterus at 20 weeks or more of gestation.

Methods and materials: A descriptive observational study indirect, verbal and performed 192 patients with a diagnosis of placenta abruptio in Obstetric-Gynecologic Hospital Enrique C. Sotomayor from January 2014 to January 2015, for statistical analysis package that was used Microsoft offers us Excel.

Results: Risk factors were first infections with 26% followed by arterial hypertension with 24.5% and premature rupture of membranes with 18.8%. The age group with the highest prevalence was between the ages of 25-28 years and 28% aged between 33 and 36 years, in terms of gynecological and obstetric history, 84% of patients were multiparous, in our pregnant 41.1% were between 1-2 children and 29.2% among 3-4 children. Only 59.4% had between 1 and 2 prenatal checkups throughout pregnancy and between 3 and 4 controls 30.2%. 46.9% occurred between weeks 37-39 of gestation and 33.9% between weeks 33-36 of gestation. 42% hypertonic uterine followed by 14% with hypovolemic shock.

Conclusions: This study provides important data on risk factors and complications of pregnant women with abruptio placentae are similar to other research studies.

VII
CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. EL PROBLEMA.	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	3
1.2. JUSTIFICACIÓN.	3
1.3. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.	3
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	4
1.5. OBJETIVOS.	4
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.	4
1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
CAPÍTULO II	5
2. MARCO TEÓRICO.	5
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.	5
2.2. EPIDEMIOLOGÍA.	7
2.3. DEFINICIÓN.	7
2.3.1. CLASIFICACIÓN DEL DPPNI SEGÚN LAS FORMAS CLINICAS.	8
2.4. ETIOLOGÍA.	8
2.5. FISIOPATOLOGÍA	9
2.6. FACTORES DE RIESGO.	10
2.7. COMPLICACIONES.	11
2.8. DIAGNÓSTICO.	12
2.9. TRATAMIENTO.	13
2.10. HIPOTESIS.	15
2.11. VARIABLES	15
2.11.1. VARIABLE DEPENDIENTE.	15
2.11.2. VARIABLE INDEPENDIENTE.	15
CAPÍTULO III	16
3. MATERIALES Y MÉTODOS	16

3.1.	CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.	16
3.2.	UNIVERSO Y MUESTRA.	16
3.2.1.	UNIVERSO.	16
3.2.2.	MUESTRA.	16
3.3.	VIABILIDAD	17
3.4.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	17
3.5.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	17
3.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	18
3.7.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	19
3.8.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	20
3.9.	CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.	21
3.10.	RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS.	21
3.11.	RECOLECCIÓN DE DATOS.	22
CAPITULO IV		23
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	23
4.1.	RESULTADOS.	23
4.2.	DISCUSIÓN.	31
CAPITULO V		32
5.	CONCLUSIONES.	32
CAPITULO VI		33
6.	RECOMENDACIONES.	33
BIBLIOGRAFÍA.		34
ANEXOS		36

INTRODUCCIÓN

La OMS define al desprendimiento prematuro de membranas normo-inserta: como la separación completa o parcial de la placenta (normalmente implantada) de la pared del útero a las 20 semanas o más de la gestación.

Según la OMS aproximadamente más de medio millón de mujeres mueren cada año por complicaciones asociadas al embarazo y el parto. Por el alto índice de muerte materna en mujeres gestante durante el tercer trimestre, la OMS, lo englobo dentro de los Objetivos del Milenio (Ob.5) lo que plantea una reducción de un 5.5% anual para alcanzar dicho objetivo.

Según el INEC, MSP del Ecuador, OPS, OMS el desprendimiento de prematuro de placenta normoinserta se encuentra en el puesto 13 de causa de muerte materna en el 2009 con 4 muertes en ese año (Dr. David Chiriboga-MSP, 2010).

La tasa de cesáreas asociadas al abrupcio placentae oscila entre el 50 – 75%.

El volumen de la hemorragia también predice la supervivencia fetal, los grandes hematomas retro placentarios (mayor de 60ml) se asocian con una mortalidad fetal del 50% o superior, mientras que hemorragias subcoriales similares tienen una mortalidad del 10%. (Carrera Jose y Colaboradores, 2006)

Las causas obstétrica directa representó el 62,96% de la Muertes Maternas siendo las causas más frecuentes: embolismo líquido amniótico (29.41%), hipertensión-eclampsia HELLP (23,52%), hemorragia obstetricia (17,64%) y sepsis (17,64%). La hemorragia posparto (HPP) es la 1° causa de mortalidad en países no desarrollados y la 3° causa en países desarrollados. Es la causa más prevenible de mortalidad materna.

Dentro de los principales factores de riesgo y etiologías que engloban esta entidad patológica se encuentra: traumatismo abdominales, cuadros hipertensivos, sobredistensión uterina, alteración del cordón umbilical , gestante añosas o juveniles, primigestas asi como multigestas, uso de cocaína, infección uterina, trombofilias, etc.

Una de las principales complicaciones graves durante el tercer trimestre de gestación en las gestantes son las hemorragias.

Las complicaciones afecta del 2-5 % de las embarazadas siendo las más frecuentes que se ven en este tipo de patologías es el shock hipovolémico (20%) y CID asociada en muchos casos a una 100% a la muerte fetal, así como a un 30-35 % se asocia a la muerte perinatal que se halla en estrecha relación a cuadros de hipoxia y prematuridad.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Determinar los factores de riesgo y las complicaciones más frecuentes del desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta atendidos en el hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en un periodo de 12 meses. Ya que es una patología hemorrágica obstétrica frecuente en el tercer trimestre del embarazo, si bien es cierto que en el pasado era un complicación en gestantes de bajos recursos económicos, pero hoy en día el DPPNI tiene gran alcance sobre la población sin respetar niveles económicos y culturales, pero sin lugar a duda una patología frecuente en pacientes con comorbilidades como hipertensión arterial gestacional.

1.2. JUSTIFICACIÓN.

Dar a conocer en este trabajo de investigación cuál del factor de riesgo y complicación en pacientes diagnosticadas con DPPNI es el más frecuente, para enfocarse en que la gestante tenga una mejor evolución clínica y pronóstica, y así disminuir el índice de morbi-mortalidad materna, fetal y natal. Con el fin de elaborar charlas a la comunidad gestante haciendo énfasis en los factores de riesgo, en los factores predisponentes, en las complicaciones, en las morbilidades tanto maternas como fetales o perinatales, logrando concientizar a este grupo de población y así tratar de disminuir la tasa de mortalidad en nuestro país.

1.3. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.

El trabajo de investigación se basara en un estudio de observación indirecta, de corte transversal, verbal y descriptivo a nivel de salud pública, en el área Gineco-Obstétrico del Hospital Enrique C. Sotomayor sobre los factores de riesgo y las complicaciones del desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta de enero 2014 a diciembre 2014.

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores de riesgo y cuál es el más frecuente del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta en pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor de Enero 2014 a Diciembre 2014? ¿Cuáles son las complicaciones y cuál es el más frecuente del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta en pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor de Enero 2014 a Diciembre 2014?

1.5. OBJETIVOS.

1.5.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar los Factores de riesgo y complicaciones de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta DPPNI en pacientes atendidas en Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2014.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores de riesgo del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta e identificar el más frecuente en gestantes del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo de enero a diciembre del 2014.
- Determinar las complicaciones del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta y determinar el más frecuente en gestantes del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo de enero a diciembre del 2014.
- Establecer el grupo de edad materna que predomina el DPPNI en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo de enero a diciembre del 2014.
- Cuantificar en porcentaje el tipo de paciente según la gesta es frecuente que presente DPPNI en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo de enero a diciembre del 2014.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

En Guayaquil se realizó un estudio prospectivo y retrospectivo en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor sobre el Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en el periodo 2001 y 2002, en una edad de 12 a 45 años; donde la edad promedio de las pacientes fue de 27,2 +/- 7.1 años, el 30,1% eran primigestas y 48,5% multíparas. Se observó que 14,9% eran adolescentes y 15,9% mujeres mayores de 35 años. La edad gestacional promedio de 35,9 ± 2,9 semanas. El 45,5% presentaron APGAR < de 7 al minuto. Se encontró que el 23,9% correspondió a óbitos. Los principales factores de riesgo se encontró el 18,6% corresponde a mujeres que han presentado desprendimientos placentarios en gestaciones anteriores, seguido por las que han presentado cuadros hipertensivos 17,2% y aquellas que han sufrido traumatismos con el 17%. El porcentaje de antecedentes quirúrgicos fue de 20,5%. Los hábitos que poseían estas pacientes iban de: tabaquismo 76,8%, alcohol 73,6% y drogas 0,5%. Entre los principales síntomas que las llevaron al Hospital tenemos: sangrado transvaginal 92,4%, dolor abdominal 91,3%, hipertonía 90,6%. Las principales complicaciones fueron: útero de Couvelaire 25,5%, coagulación intravascular diseminada 18%, shock hipovolémico 17% y atonía uterina irreversible 5%. Aquellas que se complicaron y terminaron en histerectomía corresponden al 4,6%. Durante estos dos años de estudio hubo 65.655 nacidos vivos en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor, de los cuales 435 fueron desprendimiento prematuro de placenta, los cuales corresponden al 0,6%. (Dr. Jorge Pablo Chu Lee, 2002)

En España se realizó un estudio en un hospital de ginecología y obstetricia, en que la incidencia de DPPNI fue del 0,56% en los años 2001, 2002 y 2003. La edad media a la que con mayor frecuencia se presentó dicha enfermedad fue de 28 años. El 68% fueron multíparas. Entre los factores etiológicos, se pueden exponer los antecedentes de cesáreas y DPPNI en gestaciones anteriores, que fueron 6 y 3 casos, respectivamente. La incidencia de EHE fue de 3 casos. No se evidenció ningún caso de fumadoras. Los signos clínicos que se presentaron con más frecuencia fueron la hemorragia, en 22 casos (100%), las alteraciones de la dinámica uterina, en 4 (18,1%) y el dolor abdominal, en 9 (40,9%). En nuestra serie observamos una considerable tasa de prematuridad (50%), inferiores a las 37 semanas y con un peso < 2.500 g, hecho que refleja una elevada tasa de prematuridad. La complicación

materna más frecuente fue una anemia de moderada a grave en el 100% de los casos. Un 36,3% de las pacientes precisó transfusión sanguínea. No hubo alteraciones de la coagulación en ninguno de los casos. (J. Mena, M.L. López-Hidalgo, E. López-Herrero, A. Rodríguez y L. Córdor, 2005)

En República Dominicana se publica una investigación sobre los factores de riesgo y características clínicas asociadas al DPPNI en una maternidad en el periodo Julio 2008 - Septiembre 2009. Donde se incluye dentro de los estudios observacionales, descriptivo de corte transversal y retrospectivo, se analizaron 52 pacientes que presentaban Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo - Inserta (DPPNI). El total de embarazadas fue de 23099 de estos 161 presentaron desprendimiento prematuro de placenta normo - inserta, encontramos en estas pacientes factores de riesgo como: multiparidad 57.7%, seguido de preclampsia 44.2 %, eclampsia y crónica esencial solo 1%, la edad mayores de 36 años solo un 13%, en cuanto a los hábitos tóxicos no mostraron ser factores determinantes. (Licel Allagracia Adón Cordero, *Alfonsina Adam Suero, * Yuderca Aragon Perez, * Omar Nelson Guerrero, ** Vinicio Dagoberlo Mejia Tapia, 2013)

En España se presenta una paciente de 30 años, multípara con 2 cesáreas previas hace 7 y 5 años, que acude a urgencias por presentar embarazo de 30 semanas y dolor intenso súbito punzante en cuadrante inferior izquierdo de 12 h de evolución. Presento diaforesis desde el inicio del dolor. Al interrogatorio, negó antecedentes de hipertensión arterial, hematuria o cualquier desorden médico importante. La paciente estaba en malas condiciones, no se encontró actividad cardiaca fetal. Estaba taquicárdica e hipotensa y el abdomen estaba distendido pero no había evidencia de hipertonía uterina., se decidió realizar cesárea con una incisión mediana abdominal; se encontró gran cantidad de sangre libre en cavidad abdominal y se obtuvo un mortinato. Se observó un extenso hematoma retroperitoneal que se extendía a través de la línea media y hacia la pelvis. Se decidió abrir el espacio retroperitoneal, observándose que la arteria renal izquierda tenía una pequeña lesión de 3 mm en el área del hilio renal de origen desconocido. Se realizó la nefrectomía. La paciente recibió un total de 26 unidades de sangre y hemoderivados durante el trans y el postoperatorio inmediato. Fue transferida a la UCI donde murió 2 días después de la

cirugía. La arteria renal mostraba una apertura de aproximadamente 5 mm de diámetro. El examen microscópico de la arteria renal demostró un exudado inflamatorio denso a través de la pared en varios puntos, los cuales pudieron ser los puntos de debilitamiento gradual que llevaron a la rotura y formación del HRE (María Labarca Acosta, Duly Torres Cepeda, Oswaldo Reyna Villasmil, 2013).

2.2. EPIDEMIOLOGÍA.

El desprendimiento prematuro de la placenta, ocurre aproximadamente entre un 0,4 y un 3,5 por ciento de todos los partos. La forma grave, que produce la muerte del feto, se presenta únicamente en alrededor de 1 por cada 500 a 750 partos. (wikipedia, 2015)

El 50% de las gestantes el DPPNI está asociado al síndrome hipertensivo del embarazo. Existe un riesgo de recurrencia que va desde 5.5 hasta 30 veces. La tasa de mortalidad perinatal es entre un 20 y un 35%, dependiendo de la severidad del cuadro y de la edad gestacional y determinados básicamente por la prematuridad y la hipoxia. Actualmente la mortalidad materna no es tan frecuente, pero la morbilidad es común y puede ser severa. (Dr. Guillermo Vergara Sagbini, 2009)

Según el INEC, MSP del Ecuador, OPS, OMS el desprendimiento de prematuro de placenta normoinserta se encuentra en el puesto 13 de causa de muerte materna en el 2009 con 4 muertes en ese año (Dr. David Chiriboga-MSP, 2010).

2.3. DEFINICIÓN.

El desprendimiento prematuro de membrana (DPPNI) o abruptio placentae es la separación prematura, parcial o total, de una placenta normoinserta de su inserción decidual después de la semana 20 o 22 de gestación y antes del periodo del alumbramiento.

- **FORMA EXTERNA (20%):** la hemorragia se limita al interior de la cavidad uterina, sin exteriorizarse; el desprendimiento puede ser completo con complicaciones graves.

- FORMA OCULTA (80%): hemorragia que fluye a través del cuello uterino; generalmente el desprendimiento es parcial y a veces solo marginal.

2.3.1. CLASIFICACIÓN DEL DPPNI SEGÚN LAS FORMAS CLINICAS.

DPPNI GRADO I: DPPNI <11%, leve, marginal o muy pequeño, provoca sangrado escaso (hematoma <150 cc), con irritabilidad uterina, FCF normal y la embarazada no tiene alteraciones hemodinámicas ni de coagulación.

DPPNI GRADO II: DPPNI del 50%, moderado (hematoma de 500 cc) produce dolor permanente y sangrado vaginal oscuro. Útero muy irritable con hipertoniá. La FCF indica compromiso del bienestar fetal y se empieza a consumir el fibrinógeno.

DPPNI GRADO III: DPPNI > 50%, severo (hematoma >500 cc) cursa con dolor intolerable, tetania uterina, feto muy comprometido o muerto. Sintomatología de shock, trastornos de la coagulación con gran consumo de fibrinógeno que puede llevar a CID. El cuadro clínico puede llevar a un útero infiltrado de Couveilare, que imposibilita la recuperación contráctil del útero. (Dr. Wilfrido Leon, Dr. Eduardo Yopez, Dra. Maria Nieto, 2008)

2.4. ETIOLOGÍA.

La causa primaria del desprendimiento prematuro de placenta normo inserta es desconocida pero se cree que es multicausal y se plantea la posibilidad de un mecanismo isquémico a nivel decidual como factor involucrado, asociado con patologías variadas la más común es la Enfermedad Hipertensiva asociada al Embarazo, con la cual se presentan los casos de DPPNI más graves (45% de los casos). Otros trastornos descritos: - Antecedente de DPPNI en embarazos previos - Rotura prematura de membranas (RPM)- Traumatismo abdominal grave- Descompresión uterina brusca (polihidramnios o salida del primer gemelar)- Leiomiomas uterinos- Consumo de cocaína- Bajo incremento ponderal materno- Tabaquismo.

2.5. FISIOPATOLOGÍA

El DPPNI puede ser un proceso auto expandible con acumulación de coágulos sanguíneos que causan mayor separación y hemorragia hasta alcanzar el borde de la placenta. Después, la sangre puede escapar a través del espacio potencial entre el corion y la decidua hasta el cuello uterino (María del Socorro Arnedillo Sánchez, Almudena Barroso Casamitjana, María Cecilia Ruiz Ferrón , 2008). El resultado es que la decidua se diseca progresivamente por el hematoma formado, quedando una fina capa de ésta en contacto con la cara materna de la placenta y el resto permanece unida al miometrio. A medida que el hematoma aumenta y crece, la placenta se separa más y además se produce la compresión del espacio intervelloso vecino, disminuyendo de ésta manera los intercambios. Si el punto inicial está en el centro de la superficie de unión placentaria, ocasionalmente la separación, la extravasación sanguínea hacia el miometrio e incluso por él pueden hacerla llegar hasta el peritoneo, dando la imagen del útero con su fusión hemorrágica denominado de Couvelaire (Berek, Jonathans, MD, MMSc, 2005). Separando decidua y membranas, la sangre puede llegar a exteriorizarse por la vagina o incluso atravesar las membranas y llegar al saco amniótico, dando una coloración característica al líquido amniótico, pero la cantidad de sangre que puede llegar a exteriorizarse puede ser una pequeña proporción de la que realmente se ha extravasado, lo que condiciona que no sea un buen indicador de la gravedad del proceso. En el 65% de las ocasiones, se puede apreciar pérdida hemática por genitales.

Existen varios mecanismos fisiopatológicos que producen este desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, pero quizás el más importante sea la ruptura por injuria (isquemia) de los vasos sanguíneos de la decidua basal, produciéndose extravasación sanguínea y formación del hematoma, el cual al crecer producirá mayor separación de la masa placentaria y aumentará los desgarros vasculares, llevándolo a extravasación sanguínea.

Otro mecanismo de desprendimiento placentario, sería debido a la elevación brusca de la presión venosa de los vasos uterinos, el cual es transmitido al espacio intervelloso,

produciendo congestión del lecho venoso, ruptura vascular, hemorragia y finalmente separación placentaria. (Calvo C, Rafael, 2006)

Un aspecto muy interesante es la alta tasa de sufrimiento fetal, aún a pesar de pequeños desprendimientos. La lesión de los vasos placentarios y deciduales, pueden poner en marcha la síntesis de sustancias, que aumenten la contracción uterina, en especial prostaglandinas, lo que condicionaría un incremento de la actividad uterina con el aumento del número, intensidad y duración de las contracciones uterinas, así como del tono uterino, que cuando sobrepasa los 15 mmHg, provocaría una disminución del intercambio gaseoso y por ello sufrimiento fetal. Cuando se lesiona la célula endotelial de los vasos placentarios y deciduales, se sintetiza endotelina 1, se ha demostrado la presencia de receptores en la placenta humana, lo que en situación de normalidad se interpreta como parte del mecanismo, que provoca vasoconstricción después del alumbramiento, para evitar de ésta manera la hemorragia. También se ha encontrado en la sangre fetal umbilical, la presencia de inmunorreactividad a endotelina 2 y 3 en alta proporción. Es así que en el desprendimiento se reproduce una situación semejante, que daría como resultado la vasoconstricción secundaria de los vasos deciduales y placentarios, disminuyendo el aporte de sangre al espacio intervelloso, disminuyendo de manera ostensible el intercambio y justificando el distres fetal (Mongrut, Steane Andres., 2010).

2.6. FACTORES DE RIESGO.

- Los síndromes hipertensivos del embarazo (pre eclampsia y eclampsia), >50% de los casos de desprendimientos placentarios.
- Historia previa de Abruption placentae.
- Sobre distensión uterina por embarazo gemelar, múltiples, o polihidramnios.
- La deficiencia de ácido fólico, provocando alteraciones en el crecimiento trofoblástico, sobre todo en los estadios iniciales.
- El consumo de tabaco, se asocia con necrosis de vasos deciduales, debido al fenómeno isquémico.
- Aumento de la edad materna así como multiparidad se asocian a abruption de placentae.

- Iatrogénico, como la administración errónea de ciertas sustancias con capacidad de producir contracciones uterinas, como la práctica cada vez más frecuente de las pruebas de estrés, con el fin de conocer el grado de bienestar fetal (Prueba de Oxitocina), requieren de un control exquisito.
- Los traumatismos al chocar el abdomen materno contra el cinturón de seguridad, entonces se comprime el útero entre el cinturón y la columna vertebral, pudiendo provocar el desprendimiento de ciertas áreas placentarias.
- Malformaciones o Tumorações uterinas, así es el caso de los úteros septo, en el que se insertaba la placenta en la zona septal o sobre la base de un mioma. También el cordón umbilical corto (menor de 20 cm) se ha asociado con un aumento de la incidencia de desprendimiento.
- Otras: rotura prematura de membranas, anomalías de implantación, edad avanzada, enfermedades tromboembólicas, restricción del crecimiento uterino, rotura prolongada de las membranas, corioamnionitis y embarazo múltiple (es dos veces más común).

2.7. COMPLICACIONES.

Maternas:

- Coagulación intravascular diseminada: complicación grave pero infrecuente (13% de los casos; 30% si hay óbito fetal) limitada a los casos de desprendimiento masivo, en general asociado con muerte fetal.
- Choque hemorrágico.
- Ruptura o Hipotonía uterina (Útero de Couvelaire) Es la metrorragia que se presenta en el alumbramiento secundaria a la alteración del músculo uterino por infiltración hemática, y al agotamiento de éste derivado de la contractura mantenida. La inercia conduce rápidamente a la anemia aguda.
- Falla renal.
- Necrosis isquémica de órganos distales (hepáticos, suprarrenales, hipófisis: Síndrome de Sheehan) (Dr. Guillermo Vergara Sagbini, 2009)

2.8. DIAGNÓSTICO.

En una primera fase, quizá no exista sintomatología y el proceso sólo se diagnostique al examinar la placenta después del parto, poniéndose de manifiesto en su cara materna, una depresión o geoda, que contiene un coágulo negrozco y parcialmente organizado. La zona placentaria subyacente se destruye. En ciertos casos, el proceso se autolimita y no existen mayores consecuencias.

El diagnóstico de DPPNI es clínico, y debe sospechar a toda gestante que cursa el tercer trimestre y que presente cualquier síntoma de la triada clásica como es dolor pélvico, hemorragia transvaginal y la hipertonía uterina. La hemorragia, escasa, sin coagulos y de color oscuro, se da en el 80% de los casos. El dolor suele ser de aparición brusca y lacinante (Carrera Jose y Colaboradores, 2006). La irritabilidad del útero va progresando: contracciones uterinas, polisistolía e hipertonía (en el 20% de los casos.), contractura, palpándose finalmente un útero de consistencia “leñosa”, típico de este cuadro. Es difícil palpar al feto y precisar su presentación debido a la irritabilidad uterina. La auscultación muestra sufrimiento fetal (60% de los casos) o muerte fetal (15 a 35% de los casos). En el tacto vaginal podemos encontrar dilatación cervical, la que progresa rápidamente debido a la hiperactividad uterina. Las membranas están tensas y al romperse, el líquido amniótico presenta color “vinoso”, al estar mezclado con sangre y hemoglobina procedente del HRP. Existe compromiso del estado general, palidez taquicardia, pero las cifras de presión pueden aparentar normalidad si existe un síndrome hipertensivo del embarazo. (LUISA MARÍA CERÓN SUCHINI, 2014)

2.8.1. ULTRASONOGRAFIA.

La ecografía es muy útil para excluir una placenta previa, así como para el seguimiento de hematomas retroplacentarios en pacientes con desprendimientos asintomáticos. La ecografía puede identificar tres localizaciones predominantes en el abruptio, que son: subcorial (entre la placenta y las membranas), retroplacentaria (entre la placenta y el miometrio) y pre placentaria (entre la placenta y el líquido amniótico). Los hematomas que se identifican mediante ecografía en las fases precoces de sangrado vaginal y dolor son, con

mayor probabilidad, hiperecoicos o isoecoicos con la placenta. Según se resuelve el hematoma, se torna hipoecoico en el plazo de una semana y sonoluscente en el plazo de dos. (Dr. Guillermo Vergara Sagbini, 2009)

Actualmente, el estudio Doppler fetal está adquiriendo más protagonismo en el manejo de la gestación de riesgo, conforme se van conociendo mejor los mecanismos de adaptación del feto a la situación de compromiso por disminución del aporte placentario. La disminución de la superficie de intercambio placentario en un 30% se asocia al incremento de resistencia en la arteria umbilical (AU). Cuando la superficie de intercambio disminuye al 60-70% aparece flujo diastólico ausente o revertido en la AU. Son escasas las descripciones del empleo del Doppler fetal en el manejo clínico del desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI), situación en la que se supone hay una disminución en la superficie de intercambio materno fetal. (María Victoria Rodríguez, José Félix García, M. Angeles Sánchez-Vegazo, Isabel Giménez, Ana Estefanía Roig y Gregorio Manzanera, 2011)

2.8.2. REGISTRO CARDIOTOCOGRAFICO.

Las contracciones uterinas suelen ser irregulares, con tono basal y frecuencia y amplitud aumentados; un cese de las contracciones refleja aumento del desprendimiento. El registro de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) pone de manifiesto cualquier alteración. (María del Socorro Arnedillo Sánchez, Almudena Barroso Casamitjana, María Cecilia Ruiz Ferrón , 2008)

2.9. TRATAMIENTO.

Se deben tomar precauciones para prevenir las posibles consecuencias letales tanto para la madre como para el feto. Se debe de realizar una monitorización fetal continua para registrar la frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina.

DPPNI grado I con feto a término observación estrecha de los signos de compromiso materno o fetal. Si se conoce que el feto está maduro, se puede intentar la inducción del parto mientras la madre y feto estén estables.

DPPNI grado I con feto pre termino es muy distinta. Se establece un círculo vicioso, en el que un pequeño abruptio estimula la irritabilidad uterina, separando más la placenta hasta que el compromiso fetal se hace evidente. La muerte fetal está dada en relación con la prematuridad, la tocólisis en este contexto, no parece ser peligrosa para el feto, pero su beneficio puede limitarse a 48 horas. (Frederickson, Helen. Louise Wilkins, 2010)

En muchos casos de abruptio el parto es el tratamiento de elección. Durante el parto, se ha de poner especial atención en varios parámetros maternos y fetales; el 60% de los fetos pueden exhibir signos de distrés fetal intraparto; la monitorización continua es esencial.

DPPNI grado III, la perdida media es de 2.500 ml o más. En las pacientes con abruptio grado II o III, se deben infundir 1.000 de cristaloides a la espera de que la sangre esté disponible; para mantener la euvolemia se han de administrar dos o tres ml de por cada 1 ml de sangre perdida.

La interrupción de la gestación se realizará por la vía más rápida sin tener en cuenta la edad gestacional, el útero debe ser evacuado lo más rápido posible, la decisión de realizar parto vaginal dependerá de que las condiciones obstétricas sean ideales para una terminación rápida y sobre todo cuando existan signos de coagulopatía, se realizará tacto vaginal para estimar las horas que faltan para la terminación del parto, de acuerdo a las condiciones halladas. Además con el tacto, si hay trabajo de parto, se descarta la presencia de placenta previa.

Existe una controversia acerca del modo apropiado de parto en las pacientes con abruptio placentario por el pronóstico fetal. Una serie de pacientes acuden con el feto vivo, por lo que no esperan que el feto muera mientras se espera el parto vaginal. Las revisiones retrospectivas han mostrado una tendencia al incremento de la supervivencia fetal en pacientes sometidas a cesárea una vez que el estado materno ha sido estabilizado. En la actualidad, el uso de la monitorización fetal electrónica continua se asocia con una excelente supervivencia fetal, y la cesárea se ha observado para los casos en los que existe distrés fetal u otras indicaciones obstétricas tradicionales. La tasa de cesáreas asociadas al abruptio oscila entre el 50 – 75%. (Neilson JP. , 2007)

2.10. HIPOTESIS.

Será que los factores de riesgo y las complicaciones del desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta tuvieron relación con las estadísticas mencionadas en los antecedentes investigativos.

2.11. VARIABLES

2.11.1. VARIABLE DEPENDIENTE.

Edad materna, edad gestacional, antecedentes Gineco-obstétricos (gestas, paras, cesáreas), desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, complicaciones.

2.11.2. VARIABLE INDEPENDIENTE.

Oligoamnios, malformaciones uterinas, diabetes mellitus, infecciones, hipertensión arterial, rotura prematura de membranas, atonía uterina, embarazos múltiples, controles prenatales.

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.

El Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor ubicado en Guayaquil, entre las calles Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo.

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA.

3.2.1. UNIVERSO.

316 pacientes gestante con diagnóstico de desprendimiento prematura de placenta normo inserta atendidas en Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo de enero 2014 a diciembre 2014.

3.2.2. MUESTRA.

La muestra se la obtuvo mediante la fórmula:
$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

En donde:

n: muestra

N: universo

Z: 1.96 nivel de confianza (95% de confiabilidad)

e: 0.05 error de estimación 5%

P: 0.50 (probabilidad a favor)

p: 0.50 (probabilidad en contra)

Reemplazando los datos, obtuvimos una muestra de 192 pacientes gestantes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

3.3. VIABILIDAD

Este proyecto es factible con el permiso de la institución para elaborarlo con la presencia de un tutor de investigación y catedrático de la materia. Se solicitó mediante oficio al director del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, donde me facilitaron las historias clínicas y material del departamento de estadística para de esa manera poder determinar los factores de riesgo y complicaciones de desprendimiento prematuro de placenta normal inserta (DPPNI).

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes gestantes mayores de 17 años.
- Pacientes con más de 20 semanas de embarazo.
- Hemorragia vaginal acompañada o no de dolor.
- Pacientes gestante con antecedente de trauma.
- Paciente gestante que acudió en el periodo enero 2014 a diciembre 2014.
- Pacientes gestante atendida en hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes con edad gestacional menor a las 20 semanas.
- Pacientes gestantes menores de 17 años de edad.
- Pacientes gestante de otra unidad hospitalaria.
- Pacientes gestantes fuera del periodo de estudio.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	MEDICION
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha presente.	Edad en años referido por la paciente en la ficha clínica.	Cuantitativa	Rangos de edad: 17-20 años 21-24 años 25-28 años 29-32 años 33-36 años 37-40 años 41-43 años
Edad gestacional	Tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.	Semanas establecidas en la ficha clínica de acuerdo al examen de la paciente	Cuantitativa	Rangos de EG: 20-24 semanas 25-29 semanas 30-34 semanas 35-39 semanas
Paridad	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor de 500g.	Número de partos referidos por la paciente en la historia clínica al ingreso	Cuantitativa	Primigesta Secundigesta Múltipara
Control prenatal	Conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación.	Registrado en la historia clínica	Cuantitativa	Números

Factores de riesgo	Desencadenantes de una patología prevenible.	Registrado en la historia clínica.	Cualitativas	Oligoamnios Malformacion uterina. DM Infecciones HTA RPM Hipertonía uterina.
Complicaciones	Lesión como consecuencia a una patología	Registrado en la historia clínica	Cualitativas	Hipotonía uterina Histerectomía RCIU Muerte fetal Shock hipovolémico Sufrimiento fetal

3.7. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional indirecto, de corte transversal, verbal, descriptivo.

3.8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Meses	Jun-14	Jul-14	Ago-14	Sep-14	Oct-14	Nov-14	Dic-14	Ene-15	Feb-15	Mar-15	Abr-15	May-15	Jun-15
Aprobación del tema de investigación.	X												
Elaboración del anteproyecto.		X	X										
Solicitud para los datos estadísticos.				X									
Elaboración del marco teórico				X	X	X	X						
Revisión de la bibliografía				X	X	X	X						
Tabulación de los datos								X	X				
Análisis de los resultados										X			
Elaborar tablas y gráficos										X	X		
Revisión del tutor												X	
Sustentación													X

3.9. CONSIDERACIONES BIOETICAS.

Este trabajo de investigación realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, es un estudio observacional indirecto, no experimental, es decir que no tiene repercusión en la integridad de la población estudiada, además el Hospital acepto nuestra propuesta de investigación.

3.10. RECURSOS HUMANOS Y FISICOS.

3.10.1. RECURSOS HUMANOS

Gestantes >20 de semanas con diagnóstico de DPPNI atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo enero 2014 a diciembre 2014.

Personal del departamento de estadística

Tutor: Dr. Guillermo Maruri Aroca.

Autora: Verónica Sallo C.

3.10.2. RECURSOS FISICOS.

- Papel
- Bolígrafos
- Cuaderno
- Libros de consulta
- Carpeta
- Cartucho de tinta
- Copias
- Computadora
- Fotocopiadora
- Impresora
- Celular
- Internet
- Vehículo de movilización

3.11. RECOLECCION DE DATOS.

Se realiza una solicitud de petición para los datos estadísticos de las pacientes con diagnóstico de Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta de lo se obtuvieron 316 pacientes con dicho diagnóstico en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el período comprendido de enero a diciembre del 2014. De los cuales nos queda una muestra de 195 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

3.12. METODOLOGIA PARA EL ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Una vez identificadas las gestantes con DPPNI del Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor se realiza la base de datos, seleccionar las pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, luego se realiza análisis estadístico descriptivo en el sistema estadístico del paquete de Excel.

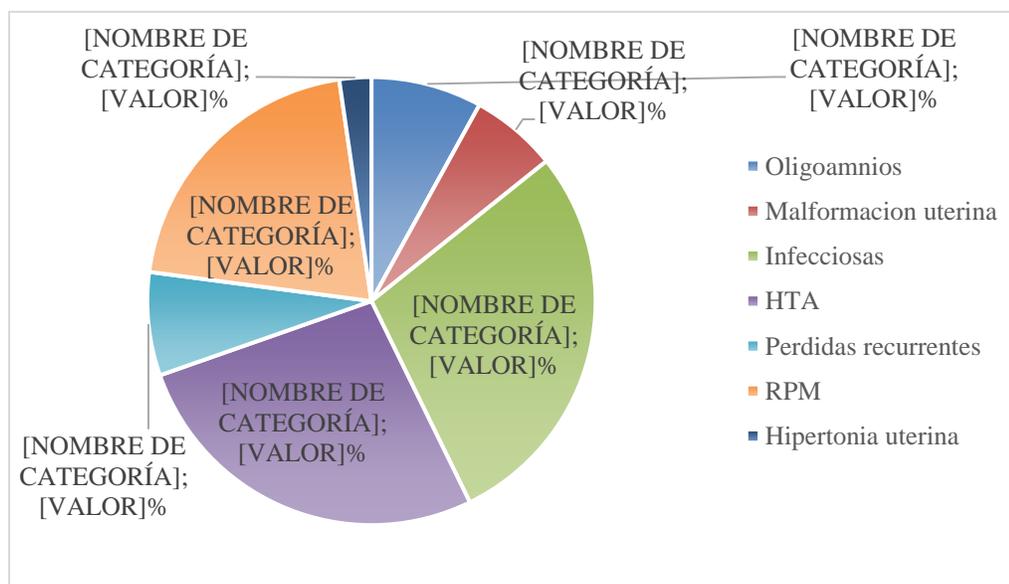
CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSION.

4.1. RESULTADOS.

TABLA 1-GRAFICO 1. Factores de riesgo para desprendimiento prematuro de membrana en gestantes ingresadas en el hospital Gineco- obstétrico Enrique C. Sotomayor.

FACTORES DE RIESGO	CASOS	%
Oligoamnios	17	8.8
Malformación Uterina	14	7.3
Diabetes mellitus	11	5.7
Infecciosas	50	26
HTA	47	24.5
Perdidas recurrentes	13	6.8
RPM	36	18.8
Hipertonía uterina	4	2.1
TOTAL	192	100%



Fuente: Estadísticas de historias clínicas del Hospital Enrique C. Sotomayor **Realizado por:** Verónica Sallo Cojitambo

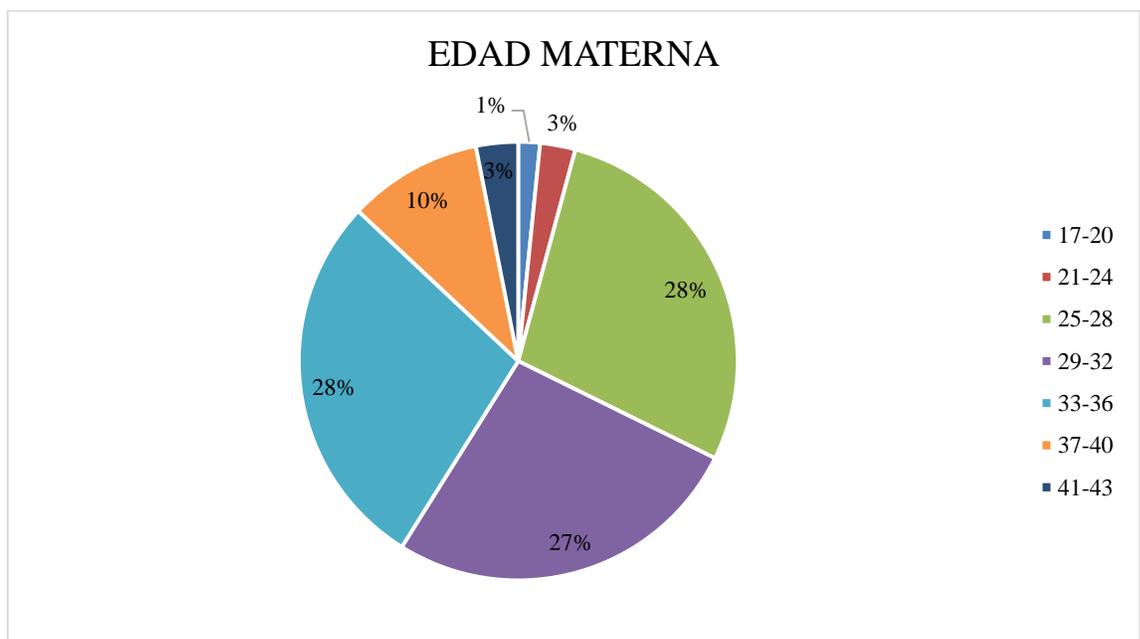
INTERPRETACIÓN DEL GRAFICO

Se evidencia que de los factores de riesgo causante de desprendimiento prematuro de placenta encontramos que la infecciones ocupan el primer lugar con un 26%, en segundo

lugar se encuentra la HTA con un 24,5% y en tercer lugar la rotura prematura de membranas con un 18.8%.

TABLA 2-GRAFICO 2. Distribución según edad materna de gestantes con desprendimiento prematuro de placenta normo inserta ingresadas en el hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor.

EDAD MATERNA	CASOS	%
17-20	3	1,6%
21-24	5	2,6%
25-28	54	28,1%
29-32	51	26,6%
33-36	54	28,1%
37-40	19	9,9%
41-43	6	3,1%
TOTAL	192	100,00%



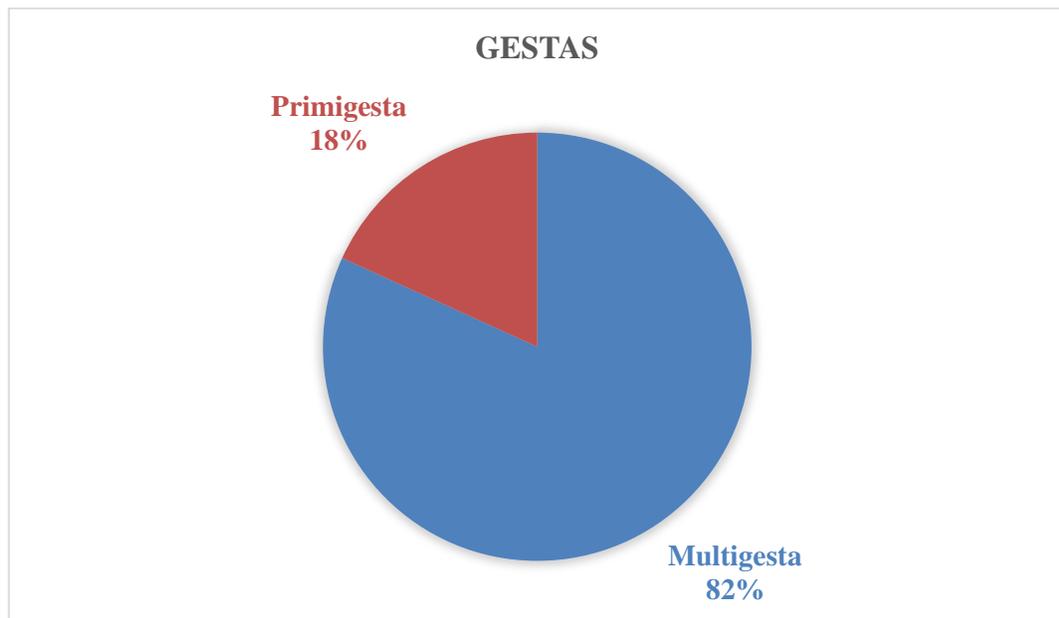
Fuente: Estadísticas de historias clínicas del Hospital Enrique C. Sotomayor **Realizado por:** Verónica Sallo Cojitambo

INTERPRETACIÓN DEL GRAFICO

Se evidencia la distribución de edad materna de gestantes el cual las pacientes comprendido entre las edades 25 -28 años tiene en porcentaje del 28% y teniendo un porcentaje de igualdad las edades entre 33-36 años.

TABLA 3-GRAFICO 3. Distribución según las gestas de desprendimiento prematuro de placenta en gestantes ingresadas en el Hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

GESTAS	CASOS	%
MULTIGESTAS	157	81,8%
PRIMIGESTAS	35	18,2%
TOTAL	192	100,00%



Fuente: Estadísticas de historias clínicas del Hospital Enrique C. Sotomayor

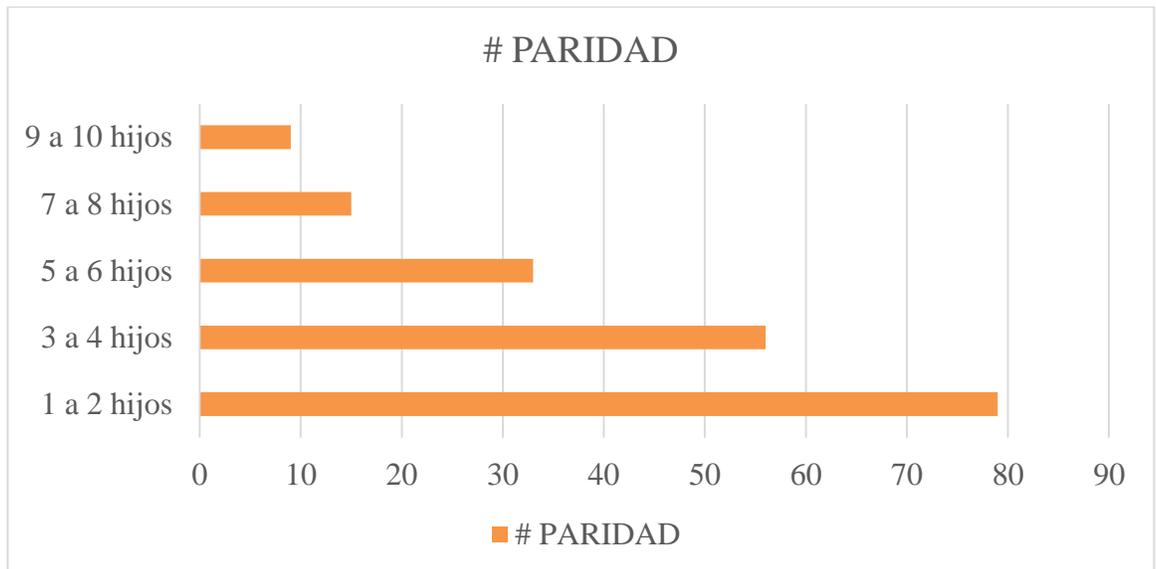
Realizado por: Verónica Sallo Cojitambo

INTERPRETACIÓN DEL GRAFICO

En la figura n° se evidencia con los pacientes con antecedentes Gineco obstétrico que hay un porcentaje del 84% en pacientes multigestas y es un riesgo causante de desprendimiento prematuro de membranas ocupan el primer lugar.

TABLA 4-GRAFICO 4. Distribución según número de paridad en gestantes con DPPNI ingresadas en el hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

N° DE PARIDAD	CASOS	%
1-2	79	41,1%
3-4	56	29,2%
5-6	33	17,2%
7-8	15	7,8%
9-10	9	4,7%
TOTAL	192	100,00%



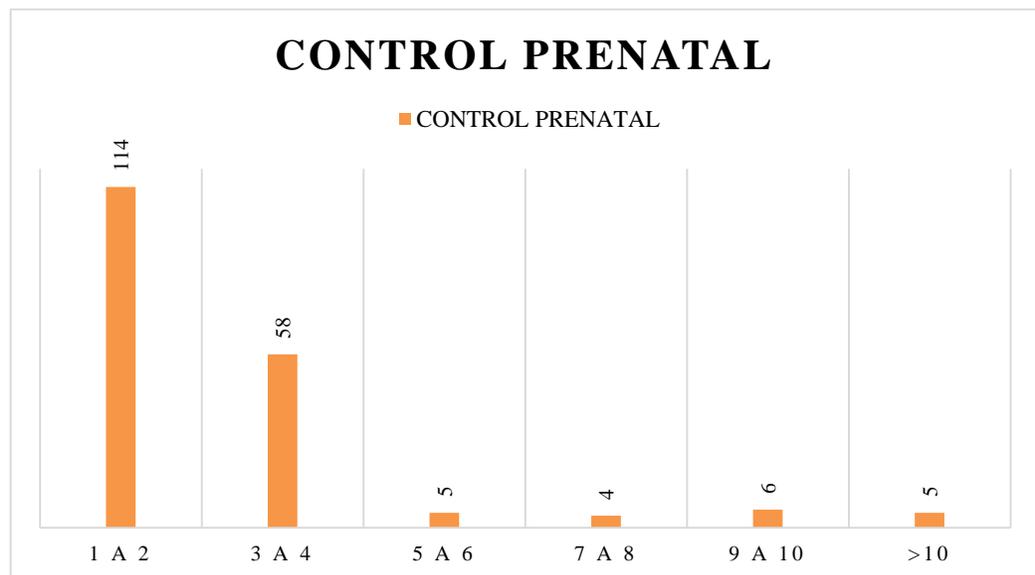
Fuente: Estadísticas de historias clínicas del Hospital Enrique C. Sotomayor **Realizado por:** Verónica Sallo Cojitambo

INTERPRETACIÓN DEL GRAFICO

Se evidencia que según el número de gestantes o paridad es causante de desprendimiento prematuro de membranas encontramos que 1-2 paridad ocupa el primer lugar con un 41.1% y en segundo lugar se encuentra 3-4 paridades con un 29.2%.

TABLA 5-GRAFICO 5. Distribución según número de controles prenatales realizados en mujeres gestantes con desprendimiento prematuro de placenta ingresadas en el Hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

# DE CONTROLES	CASOS	%
1-2	114	59,4%
3-4	58	30,2%
5-6	5	2,6%
7-8	4	2,1%
9-10	6	3,1%
>10	5	2,6%
TOTAL	192	100,00%



Fuente: Estadísticas de historias clínicas del Hospital Enrique C. Sotomayor

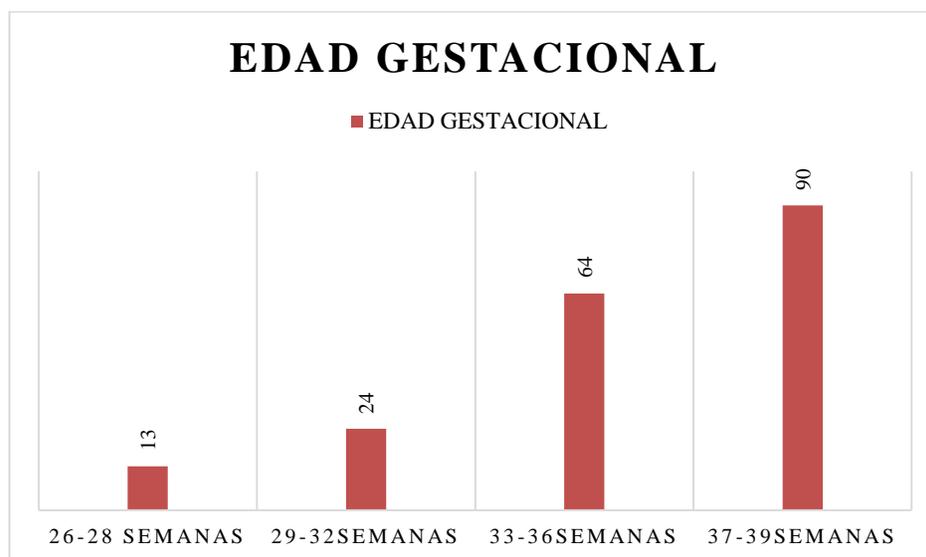
Realizado por: Verónica Sallo Cojitambo

INTERPRETACIÓN DEL GRAFICO

Se evidencia los números controles prenatales son mínimos en las pacientes gestantes lo que conlleva hacer para de los factores de riesgo causante de desprendimiento prematuro de placenta encontramos 1-2 controles ocupan el primer lugar con un 59.4%, en segundo lugar se encuentra de 3-4 controles con el 30.2%.

TABLA 6-GRAFICO 6. Distribución según edad gestacional en gestantes ingresadas en el Hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor con desprendimiento prematuro de placenta.

EDAD GESTACIONAL	CASOS	%
26-28	13	6,8%
29-32	24	12,5%
33-36	65	33,9%
37-39	90	46,9%
TOTAL	192	100%



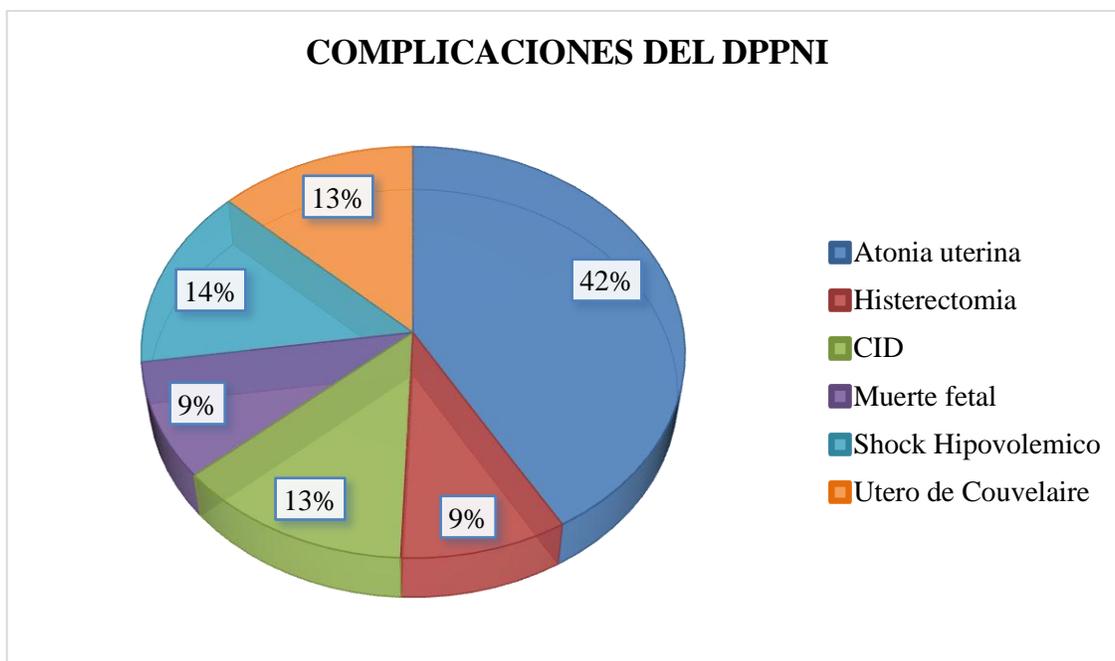
Fuente: Estadísticas de historias clínicas del Hospital Enrique C. Sotomayor **Realizado por:** Verónica Sallo Cojitambo

INTERPRETACIÓN DEL GRAFICO

Se evidencia las edades gestacionales donde predomina el desprendimiento prematuro de placenta entre 37-39 semana gestacional ocupando el primer lugar con un 46.9%, seguida de la 33-36 semanas de gestación con un 33.9%.

TABLA 7-GRAFICO 7. Determinación de complicaciones desprendimiento prematuro de placenta más frecuente en gestantes ingresadas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

COMPLICACIONES DE DPPNI	CASOS	%
ATONIA UTERINA	32	41,6%
HISTERECTOMIA	7	9,1%
CID	10	13%
MUERTE FETAL	7	9,1%
SHOCK HIPOVOLEMICO	11	14,3%
UTERO DE COUVELAIRE	10	13%
TOTAL	77	100%



Fuente: Estadísticas de historias clínicas del Hospital Enrique C. Sotomayor **Realizado por:** Verónica Sallo Cojitambo

INTERPRETACIÓN DEL GRAFICO

Se evidencia las complicaciones del desprendimiento prematuro de placenta que estuvieron presentes en 77 de los 192 casos con DPPNI encontramos que la atonía uterina ocupa el primer lugar con un 42%, seguido del shock hipovolémico con un 14%.

TABLA 8-GRAFICO 8. Distribución según presencia o no de complicaciones en gestantes ingresadas en el Hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

	CASOS	%
CON COMPLICACIONES	77	40,1%
SIN COMPLICACIONES	115	59,9%
TOTAL	192	100%



Fuente: Estadísticas de historias clínicas del Hospital Enrique C. Sotomayor **Realizado por:** Verónica Sallo Cojitambo

INTERPRETACIÓN DEL GRAFICO

Se evidencia que de las pacientes con desprendimiento prematuro de placenta el 40% presentaron complicaciones y el 60% no.

4.2. DISCUSIÓN.

El presente estudio se efectuó en 192 pacientes gestantes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil de enero del 2014 a diciembre del 2014.

Los factores de riesgo asociados a las gestantes que se diagnosticaron con DPPNI en Hospital en que se realizó la investigación en primer lugar fueron las infecciones con un 26% seguida de la Hipertensión arterial con un 24,5% y la rotura prematura de membranas con un 18,8%.

Se identificó que el grupo etario con mayor predominio de desprendimiento de placenta normo inserta fue entre las edades de 25 a 28 años con un 28% así como en edades entre 33 y 36 años estos datos guardan relación con la literatura ya que dentro de ese período, las mejores condiciones de fertilidad se dan normalmente desde los 20 años de edad, cuando las posibilidades de conseguir el embarazo se reducen considerablemente luego de los 35 años; en cuanto a los antecedentes gineco-obstetricos, se refleja que el 84% de las pacientes eran multigestas, encontrándose según literatura que el aumento de la paridad corre paralelo con el aumento de incidencia de desprendimiento, sobre todo a partir del quinto hijo, en nuestras gestantes el 41,1% tenía entre 1 a 2 hijos y el 29,2% entre 3 a 4 hijos. Al hacer referencia del control prenatal, se evidencia que el 59,4% solo tuvieron entre 1 y 2 controles durante todo el embarazo y entre 3 y 4 controles en un 30,2%.

Además se establece que la presentación clínica según la edad gestacional de las pacientes el 46,9% se dio entre la semana 37-39 de gestación y el 33,9% entre la semana 33-36 de gestación. Dentro de las complicaciones de las gestantes con DPPNI se evidencia que tuvieron el 42% atonía uterina seguida del 14% con Shock hipovolémico. El 40% de los pacientes con DPPNI presentaron complicaciones y el resto no es decir el 60%.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES

Los resultados presentados en la investigación realizada de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta realizada en el Hospital Gineco Obstétrico de Guayaquil aporta datos importantes sobre los factores de riesgo presentados en las gestantes con DPPNI son parecidos a los otros estudios mencionadas en los antecedentes investigativos, y un de las complicaciones más importantes como el Shock hipovolémico que ocupó el segundo lugar con el 14% y el primer lugar la atonía uterina con un 42%.

El 40% de los pacientes con DPPNI presentaron complicaciones y el resto no es decir el 60%.

La edad más frecuente de presentación de DPPNI se encuentra entre las edades de 25 a 28 años.

El 84% fueron multigesta, con una paridad más frecuente de 1 a 2 hijos con 41,1% y 3 a 4 hijos con un 29,2% en pacientes que presentaron DPPNI.

El 59,4% recibieron 1 a 2 controles prenatales y entre 3 y 4 controles en un 30,2%.

La edad gestacional de las pacientes con DPPNI el 46,9% se dio entre la semana 37-39 de gestación y el 33,9% entre la semana 33-36 de gestación.

CAPITULO VI

6. RECOMENDACIONES

Dictar charlas sobre la importancia del control prenatal de las gestantes recalcando que ayudara a la detección precoz de los factores de riesgo como diabetes, hipertensión, entre otros asociados con el abruptio de placenta.

Considerar la realización de ultrasonido obstétrico de segundo y tercer nivel hospitalario como herramienta de apoyo para la vigilancia y manejo de las pacientes con riesgo y/o presencia de hemorragia obstétrica, sin sustituir el criterio médico y de acuerdo a las características específicas de cada paciente.

Realizar campañas de concientización sobre la planificación familiar para la prevención de embarazos a edades muy tempranas y edades muy tardías >35 años, además prevenir la paridad excesiva ya que esto contribuye a mayores factores de riesgo para patologías asociadas al embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Berek, Jonathans, MD, MMSc. (2005). *Ginecología de Novak*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Calvo C, Rafael. (2006). Frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada asociado a preeclampsia. *Rev. Méd. Dom* .
- Carrera Jose y Colaboradores. (2006). Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del instituto universitario Dexeus. *Elsevier*, 342.
- Dr. David Chiriboga-MSP. (2010). principales causas de muerte materna. *indicadores basicos de salud-ecuador*, 14.
- Dr. Guillermo Vergara Sagbini. (3 de octubre de 2009). *Protocolo de Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)*. Obtenido de http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_DPPNI.pdf
- Dr. Jorge Pablo Chu Lee. (30 de enero de 2002). *carlos redes*. Obtenido de carlos redes.org: <http://carlos.redes.org.ec/Articulo%20desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normaincerta.htm>
- Dr. Wilfrido Leon, Dr. Eduardo Yopez, Dra. Maria Nieto. (2008). *Componente normativo materno*. Quito: msp.
- Frederickson, Helen. Louise Wilkins. (2010). *“Secretos de la Ginecoobstetricia”*. Mexico: McGraw Hill Interamericana.
- J. Mena, M.L. López-Hidalgo, E. López-Herrero, A. Rodríguez y L. Córdor. (2005). Abruptio placentae 2001-2003. *Clin Invest Gin Obst* ., 138-144.
- J., Carreras. (2006). Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. *Elsevier*, 24-26.
- Licel Allagracia Adón Cordero, *Alfonsina Adam Suero, * Yuderca Aragonéz Pérez, * Omar Nelson Guerrero, ** Vinicio Dagoberlo Mejía Tapia. (2013). Factores de riesgo y características clínicas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en la maternidad nuestra señora de la Altagracia. *Medica Dominicana*, 111-115.
- LUISA MARÍA CERÓN SUCHINI. (2014). DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA CONSECUENCIAS MATERNO PERINATALES. *Universidad de San Carlos de Guatemala*, 1-44.

- María del Socorro Arnedillo Sánchez, Almudena Barroso Casamitjana, María Cecilia Ruiz Ferrón . (2008). Actuacion en un desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Estudio de un caso. *Matronas*, 24-26.
- María Labarca Acosta, Duly Torres Cepeda, Oswaldo Reyna Villasmil. (2013). Hematoma retroplacentario espontaneo y embarazo. *Elsevier* , 543-544.
- Maria Victoria Rodriguez, Jose Felix Garcia, M. Angeles Sanchez-Vegazo, Isabel Gimenez, Ana Estefania Roigb y Gregorio Manzanera. (2011). Doppler fetal y desprendimiento prematuro de placenta. *Prog Obstet Ginecol*, 423—427.
- Mongrut, Steane Andres. (2010). “*Complicaciones en el embarazo*”. . Mexico.
- Neilson JP. . (2007). Intervenciones para el tratamiento del desprendimiento placentario. *Biblioteca Cochrane Plus* .
- wikipedia. (12 de junio de 2015). *wikipedia*. Obtenido de wikipedia.org:
https://es.wikipedia.org/wiki/Desprendimiento_prematuro_de_placenta

ANEXOS