



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA

**INCIDENCIA DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
NORMOINSERTA, HOSPITAL MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE
HIDALGO DE PROCEL”. DE OCTUBRE 2013 A MARZO 2014**

**TRABAJO DE FIN DE CARRERA PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE OBSTETRA**

AUTORA:

DIANA ALEXANDRA HIDALGO PLACES

DIRECTOR DE TESIS

OBSTETRA JOHNNY DÁVILA FLORES

GUAYAQUIL- ECUADOR

2013 - 2014



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

Esta Tesis cuya autoría corresponde a la Srta. Diana Alexandra Hidalgo Places ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el tribunal examinador de grado nominado por la Escuela de Obstetricia como requisito parcial para optar al título de Obstetra.

Presidenta Del Tribunal

Miembro Del Tribunal

Miembro Del Tribunal

Secretaria

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR LA **SRTA. DIANA ALEXANDRA HIDALGO PLACES** CON **C.I 1206271594** CUYO TEMA DE TESIS ES **INCIDENCIA DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA, HOSPITAL MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL”**. DE OCTUBRE 2013 A MARZO 2014

REVISADA Y CORREGIDA LA TESIS, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD LO CERTIFICO:

OBSTETRA JOHNNY DÁVILA FLORES
DIRECTOR DE TESIS



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 TECNOLOGÍA | | |
| FICHA DE REGISTRO DE TESIS | | |
| TÍTULO Y SUBTÍTULO: Incidencia del Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Hospital materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” | | |
| AUTOR/ ES: Hidalgo Places Diana Alexandra | REVISORES: Obstetra Johnny Dávila Flores | |
| INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil | FACULTAD: de Ciencias Medicas | |
| CARRERA: Obstetricia | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | Nº DE PÁGS: | |
| ÁREAS TEMÁTICAS | | |
| PALABRAS CLAVE: Desprendimiento prematuro de placenta, morbilidad, Trastornos hipertensivos, traumatismos, Hábitos. | | |
| <p>RESUMEN: La placenta se encuentra unida a la pared del útero por numerosos vasos sanguíneos. El desprendimiento de placenta, también conocido por su nombre en latín abruptio placentae, consiste en la separación de la placenta de la pared uterina, parcial o totalmente, antes o durante el parto. Este fenómeno se produce, aproximadamente, en uno de cada 120 embarazos, y provoca una hemorragia debida a la rotura de los vasos sanguíneos que conectan placenta y útero. A pesar de los avances de la ciencia por el conocimiento de los factores de riesgo, el Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta continúa siendo una de las principales causas de morbilidad de pacientes obstétricas. Con el fin de lograr reducir el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, es necesario establecer parámetros que garanticen una atención de calidad, calidez y conocimiento apropiado, oportuno a la paciente. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y observacional, en 16 casos de pacientes diagnosticadas con Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, las cuales fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”, en la ciudad de Guayaquil, durante el período comprendido entre los meses de Octubre 2013 a Marzo del 2014. Las edades de las pacientes fluctuaron entre los 15 a 40 años, presentándose con mayor frecuencia en las pacientes de 20 a 24 años; que representan el 31% de los casos estudiados. El universo fue constituido por 16 pacientes, la misma que se utilizó como muestra, que reunían los criterios de inclusión de este estudio. En las causas tenemos con el 63% los trastornos hipertensivos. El 31% tuvo en Traumatismo y con un porcentaje del 6% por malos hábitos.</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: 0982265804 | E-mail: dianis1587@hotmail.com |
| CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN: | Nombre: Escuela de Obstetricia | |
| | Teléfono: 2288133 | |
| | E-mail: | |

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

AUTORÍA

DIANA ALEXANDRA HIDALGO PLACES, autora del presente proyecto **INCIDENCIA DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA, HOSPITAL MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL”. DE OCTUBRE 2013 A MARZO 2014** declaro que esta investigación es de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

DIANA ALEXANDRA HIDALGO PLACES

DEDICATORIA

Este trabajo fruto de mi esfuerzo y sacrificio lo dedico a Dios por darme la vida y a mis padres quienes en todos momentos me dieron el apoyo para llegar a esta parte de mi carrera profesional.

A mis hermanos por el incondicional abrazo que me motiva y recuerda que detrás de cada detalle existe el suficiente alivio para empezar nuevas búsquedas.y a mi querido hijo Alexander Ruiz Hidalgo por ser la razón de mí existir y el deseo de superación personal y profesional.

El éxito de mi trabajo me permitirá servir con orgullo y honestidad a quienes requieran de mis servicios profesionales.

DIANA HIDALGO PLACES

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida de aprendizajes experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres Bolívar y Bélgica, por apoyarme en todo momento y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación.

A mi Hijo por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más lo necesito.

A la Universidad Estatal de Guayaquil y su Escuela de Obstetricia, porque en sus aulas, recibí el conocimiento intelectual y humano.

También me gustaría agradecer a mis profesores que me han guiado durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

A mi tutor de tesis, Obstetra Johnny Dávila por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mi trabajo con éxito.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

DIANA HIDALGO PLACES

ÍNDICE

| | |
|---|-------------|
| CERTIFICADO DEL TUTOR | III |
| FICHA DE REGISTRO DE TESIS | IV |
| AUTORÍA | V |
| DEDICATORIA | VI |
| AGRADECIMIENTO | VII |
| ÍNDICE | VIII |
| RESUMEN | XII |
| ABSTRACT | XIII |
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.1.1 DETERMINACION DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACION..... | 4 |
| 1.1.3 JUSTIFICACION | 5 |
| 1.1.4 VIABILIDAD | 5 |
| 1.2 FORMULACION DE OBJETIVOS | 5 |
| 1.2.1 OBJETIVO GENERAL..... | 5 |
| 1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS..... | 6 |
| 1.2.3 HIPÓTESIS | 6 |
| 1.2.4 VARIABLES | 6 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 7 |
| 2.1 DEFINICIÓN | 7 |
| 2.2 CLASIFICACIÓN CLÍNICA..... | 7 |
| 2.3 CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO | 8 |
| 2.3.1 ENFERMEDAD VASCULAR MATERNA..... | 9 |
| 2.3.2 TRAUMATISMO..... | 12 |
| 2.3.3 HÁBITOS | 14 |
| 2.3.3 ENFERMEDAD CRÓNICA | 15 |
| 2.4 DIAGNOSTICO | 17 |
| 2.5 TRATAMIENTO..... | 17 |
| 3. MATERIALES Y MÉTODOS | 20 |
| 3.1 MATERIALES | 20 |
| 3.1.1 LOCALIZACION..... | 20 |
| 3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO | 20 |
| 3.1.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN..... | 20 |
| 3.1.4 RECURSOS A EMPLEAR | 20 |
| 3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA | 21 |
| 3.1.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN | 21 |
| 3.2 MÉTODO..... | 22 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 22 |
| 3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 22 |
| 3.2.3 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN | 22 |
| 3.2.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | 23 |
| 3.2.5 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES | 23 |
| 4. RESULTADO Y DISCUSIÓN..... | 24 |
| TABLA N° 1 | 24 |
| PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA DE ACUERDO A LOS MESES DE ESTUDIO | 24 |
| GRAFICO N° 1 | 24 |
| PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA DE ACUERDO A LOS MESES DE ESTUDIO | 24 |
| TABLA N° 2 | 25 |
| OBJETIVO 1.- IDENTIFICAR CUALES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA | 25 |
| GRAFICO N° 2 | 25 |
| OBJETIVO 1.- IDENTIFICAR CUALES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA | 25 |
| TABLA N° 3 | 26 |
| OBJETIVO 2.- DETERMINAR LA INCIDENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES EN EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA | 26 |
| GRAFICO N° 3 | 26 |
| OBJETIVO 2.- DETERMINAR LA INCIDENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES EN EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA | 26 |
| TABLA N° 4 | 27 |
| OBJETIVO 3.- DETERMINAR LA FRECUENCIA DE TRAUMATISMO QUE SE PRESENTA EN EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA | 27 |
| GRAFICO N° 4 | 27 |
| OBJETIVO 3.- DETERMINAR LA FRECUENCIA DE TRAUMATISMO QUE SE PRESENTA EN EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA | 27 |
| TABLA N° 5 | 28 |
| OBJETIVO 4.- IDENTIFICAR CUALES SON LOS HABITOS TOXICOS QUE INFLUYEN EN EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA | 28 |

| | |
|--|-----------|
| GRAFICO N° 5 | 28 |
| OBJETIVO 4.- IDENTIFICAR CUALES SON LOS HABITOS TOXICOS QUE INFLUYEN EN EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA..... | 28 |
| TABLA N° 6 | 29 |
| OBJETIVO 5.- DETERMINAR EL GRUPO ETARIO, EN DONDE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO NORMOINSERTA | 29 |
| GRAFICO N° 6 | 29 |
| OBJETIVO 5.- DETERMINAR EL GRUPO ETARIO, EN DONDE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO NORMOINSERTA | 29 |
| <i>DISCUSIÓN DE RESULTADOS</i> | 30 |
| <i>5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</i> | 31 |
| 5.1 CONCLUSIONES | 31 |
| 5.2 RECOMENDACIONES | 32 |
| <i>6. BIBLIOGRAFÍA</i> | 34 |
| <i>7. ANEXOS</i> | 36 |
| ANEXO 1..... | 36 |
| ANEXO 2..... | 37 |
| ANEXO 3..... | 38 |
| ANEXO 4..... | 39 |

RESUMEN

La placenta se encuentra unida a la pared del útero por numerosos vasos sanguíneos. El desprendimiento de placenta, también conocido por su nombre en latín *abruptio placentae*, consiste en la separación de la placenta de la pared uterina, parcial o totalmente, antes o durante el parto. Este fenómeno se produce, aproximadamente, en uno de cada 120 embarazos, y provoca una hemorragia debida a la rotura de los vasos sanguíneos que conectan placenta y útero. A pesar de los avances de la ciencia por el conocimiento de los factores de riesgo, el Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta continúa siendo una de las principales causas de morbilidad de pacientes obstétricas. Con el fin de lograr reducir el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, es necesario establecer parámetros que garanticen una atención de calidad, calidez y conocimiento apropiado, oportuno a la paciente. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y observacional, en 16 casos de pacientes diagnosticadas con Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, los cuales fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”, en la ciudad de Guayaquil, durante el período comprendido entre los meses de Octubre 2013 a Marzo del 2014. Las edades de las pacientes fluctuaron entre los 15 a 40 años, presentándose con mayor frecuencia en las pacientes de 20 a 24 años; que representan el 31% de los casos estudiados. El universo fue constituido por 16 pacientes, la misma que se utilizó como muestra, que reunían los criterios de inclusión de este estudio. En las causas tenemos con el 63% los trastornos hipertensivos. El 31% tuvo en Traumatismo y con un porcentaje del 6% por malos hábitos.

Palabras claves: Desprendimiento prematuro de placenta, morbilidad, Trastornos hipertensivos, traumatismos, Hábitos.

ABSTRACT

The placenta is attached to the uterine wall by numerous blood vessels. Placental abruption, also known by its Latin name in *abruptio placentae*, is the separation of the placenta from the uterine wall, partially or completely, before or during birth. This phenomenon occurs in approximately one in every 120 pregnancies, causing bleeding due to the rupture of blood vessels connecting placenta and uterus. Despite the advances of science knowledge of risk factors, the abruptio placenta remains a major cause of morbidity of obstetric patients. In order to achieve reduced abruptio placenta, it is necessary to establish parameters to ensure quality care, warmth and proper knowledge, appropriate to the patient. A descriptive, prospective, observational study in 16 cases of patients diagnosed with abruptio placenta, which was performed were treated in the Children's Hospital " Dr. Procel Matilde Hidalgo "in the city of Guayaquil, in the period between the months of October 2013 to March 2014. Las ages of the patients ranged from 15 to 40 years, appearing more frequently in patients 20 to 24; representing 31% of the cases studied. The universe was composed of 16 patients, the same that was used as a sample that met the inclusion criteria for this study. In the cases we have with 63% of hypertensive disorders. 31% was in trauma and a 6% share of bad habits.

Keywords: Premature separation of placenta, disease, hypertensive disorders, trauma, habits.

1. INTRODUCCIÓN

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) es una patología de alto riesgo se relaciona con altas tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal. Consiste en el desprendimiento total o parcial de la placenta correctamente inserta antes de la expulsión fetal en una gestación superior a 20 semanas.

En Ecuador los datos indicaron que entre los principales factores de riesgo tenemos: 18,6% corresponde a mujeres que han presentado desprendimientos placentarios en gestaciones anteriores, seguido por las que han presentado cuadros hipertensión 17,2% y aquellas que han sufrido traumatismos con el 17%. Los hábitos que poseían estas pacientes iban de: tabaquismo 76,8%, alcohol 73,6% y drogas 0,5%. (1)

Hace años atrás de estudio hubo 65.655 nacidos vivos en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, de los cuales 435 fueron desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, los cuales corresponden al 0,6% en el año 2009 está en 1,9%. (1)

Aproximadamente 1% de los partos. El 50% ocurre en embarazos con síndrome hipertensivo del embarazo (SHE). Existe un riesgo de recurrencia que va desde 5.5 hasta 30 veces. (7)

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. En un estudio de cohorte de población de US de 7, 508,655 embarazos se encontró una mortalidad perinatal de 119 por 1000 nacimientos entre embarazos complicados por abruptio, comparado con 8,2 por 1000 en otros nacimientos. Casi todas las complicaciones maternas graves del DPPNI son consecuencia de la hipovolemia, y de la patología de base asociada al DPPNI. (7)

La OMS presenta aproximadamente en el 1% de las gestaciones, con una mortalidad fetal de 1 en 500 a 750 nacimientos y una tasa de mortalidad perinatal de 119 por 1000 nacimientos especialmente por prematurez.(6)

Corresponde al 30% de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, asociado a una razón de mortalidad materna de 1%. Está asociado, pero no limitado, a un incremento en la incidencia de coagulación intravascular diseminada, falla renal, necesidad de transfusiones e histerectomía.

El propósito de este trabajo es disminuir la tasa de morbi-mortalidad materno-fetal, con charlas educativas y mayor control en aquellas mujeres gestantes con antecedentes de enfermedades hipertensivas y evitar el consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillos y sustancias psicotrópicas.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 DETERMINACION DEL PROBLEMA

El desprendimiento prematuro de la placenta es una grave complicación cuando esta se separa de la pared interna del útero antes de que nazca el bebe. Y hace que disminuya el suministro de oxígeno y nutrientes al feto, lo cual lo convierte en una de las principales causas que provocan la muerte fetal en el tercer trimestre.

En nuestro país una de las principales causas de Desprendimiento Prematuro de Placenta es la hipertensión arterial crónica, otros factores de riesgo incluyen la diabetes, tabaquismo, traumatismos, mayores de 40 años, consumo de alcohol y cocaína, en el sistema de salud de nuestro país se encuentra garantizado la atención de forma gratuita para llevar los controles adecuados y bajar las incidencias de morbi-mortalidad materno fetal.

En el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo De Procel se observa pacientes con sintomatología de Desprendimiento Prematuro de Placenta, sin que exista información estadística precisa de su prevalencia y sean identificadas las causas que motivan el incremento, es necesario plantear una propuesta de investigación que nos permita en forma documentada establecer su prevalencia e identificar los factores de riesgo relacionado con la misma.

1.1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

2. Cuál es la frecuencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta por hipertensión arterial crónica en embarazadas.
3. De qué forma influye la diabetes en el Desprendimiento Prematuro de Placenta.
4. Con que frecuencia se presenta el Desprendimiento Prematuro de Placenta por tabaquismo.
5. Cuál es la prevalencia en el Desprendimiento Prematuro de Placenta por consumo de alcohol y cocaína.
6. De qué forma influye ser mayor de 40 años de edad en el Desprendimiento Prematuro de Placenta
7. Cuál es la prevalencia por traumatismo en el Desprendimiento Prematuro de Placenta

1.1.3 JUSTIFICACION

Se realiza este trabajo con el fin de conocer cuando la placenta se desprende de manera prematura se producen dos consecuencias: una hemorragia en la madre y la limitación de oxigenación del feto, dos circunstancias que pueden provocar la muerte de ambos. Este tipo de problema puede ocurrir después de la semana 20 de embarazo, generalmente durante el tercer trimestre

En nuestro país como en todos los países es muy importante la investigación en salud y contar con indicadores estadísticos que nos determinen los problemas y así poder dar propuestas de solución.

Con la información generada en el presente estudio diseñaremos una propuesta de medidas de prevención para diseñar un proyecto de atención que permitirá reducir la incidencia, actuando sobre los factores de riesgo que más incide en la misma.

Es importante este estudio en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” durante el periodo Octubre 2013 a Marzo 2014 para conocer las causas principales de Desprendimiento Prematuro de Placenta normoinserta que presentan las mujeres embarazadas.

1.1.4 VIABILIDAD

El presente estudio es viable por ser es de interés en la institución y existen las autorizaciones correspondientes para su ejecución. Además, laboro en la institución como interna de obstetricia.

1.2 FORMULACION DE OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia en mujeres embarazadas que ingresaron con el diagnóstico de Desprendimiento Prematuro de Placenta normoinserta del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo De Procel” de Octubre 2013- Marzo 2014, que son tratadas evitando la mortalidad materna.

1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Identificar cuáles son las principales causas del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
2. Determinar la incidencia de Trastornos Hipertensivos Gestacionales en el Desprendimiento Prematuro de Placenta normoinserta.
3. Determinar la frecuencia de traumatismo que se presenta en el Desprendimiento Prematuro de Placenta normoinserta.
4. Identificar cuáles son los hábitos tóxicos que influyen en el Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
5. Determinar el grupo etario, en donde se presenta con mayor frecuencia el desprendimiento prematuro placenta normoinserta.

1.2.3 HIPÓTESIS

La mayor incidencia del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta se presentan en mujeres con Trastornos Hipertensivos Gestacionales

1.2.4 VARIABLES

1.2.4.1 DEPENDIENTES

Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normoinserta

1.2.4.2 INDEPENDIENTES

-  Edad
-  Paridad
-  Control prenatal
-  Ocupación
-  Procedencia

2. MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIÓN

El cuadro de DPPNI, o “Abruptio Placentae se define como la separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal, después de las 20 semanas y antes del nacimiento del feto. Puede ser Parcial o total. (1)

El desprendimiento prematuro de placenta normo inserta ocurre entre el 0,5% al 2% de todos los nacimientos (2)

Muchas veces es difícil prevenir y diagnosticar a tiempo esta patología, por eso es necesario conocer todas sus manifestaciones clínicas, tales como hemorragia vaginal, el cual ocurre en el 80% de los casos, ya que el 20% corresponde a hemorragia oculta, hay dolor abdominal en el 50% de los casos lo cual puede ser leve e intermitente y podría confundirse con un trabajo de parto prematuro, pero cuando este dolor es severo y continuo puede parecer a una peritonitis aguda, incluso cuando este abruptio ocurre en placenta de inserción posterior, el dolor no sería un síntoma prominente, porque este puede ser leve y localizarse en la región lumbosacra, también hay contracciones uterinas en la mayoría de los casos, estas tienden a aumentar en frecuencia y duración, y casi siempre están asociados con un aumento de tono uterino, mientras más severo es el abruptio, más intensas serán las contracciones. (2)

2.2 CLASIFICACIÓN CLÍNICA.

Grado 0: asintomático y generalmente se puede diagnosticar en periodo postparto.

Grado I: pacientes quienes presentan solo hemorragia vaginal

Grado II: pacientes que se presenta con hemorragia vaginal, hematoma retroplacentario, sensibilidad uterina (a veces sin hipertensión), y signos de sufrimiento fetal.

Grado III: paciente que presenta hemorragia vaginal, hematoma retroplacentario, sensibilidad uterina (con o sin hipertensión), Choque materno, muerte fetal y signos de coagulopatía de consumo.

La hemorragia materna, en cualquiera de los grados, puede ser marginal, oculta o ambas:

- Marginal o aparente: separación cerca del borde de la placenta; la sangre puede exteriorizarse.
- Central u oculta: separación en el centro de la placenta; la sangre queda retenida.
- Mixta o combinada: una parte de la separación ocurre cerca del borde y otra parte queda oculta en el área central (1).

2.3 CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

La causa exacta del desprendimiento prematuro de la placenta puede ser difícil de determinar. (3)

Entre los factores de riesgo se pueden mencionar:

- Hipertensión arterial crónica
- Diabetes
- Tabaquismo
- Consumo de cocaína
- Edad avanzada de la madre
- Traumatismos

Existen otros:

- Miomas uterinos
- Trastornos de la coagulación de la sangre (trombofilias)
- Antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta
- Aumento de la distensión uterina (puede ocurrir con embarazos múltiples o un volumen muy grande de líquido amniótico)
- Gran número de partos anteriores
- Ruptura prematura de membranas (la bolsa de agua se rompe antes de las 37 semanas en el embarazo)

El desprendimiento prematuro de la placenta, que incluye cualquier separación de la placenta previa al parto, ocurre en aproximadamente 1 de cada 150 partos. La forma grave, que puede provocar la muerte del bebé, se presenta únicamente en alrededor de 1 por cada 800 a 1,600 partos. (3)

2.3.1 ENFERMEDAD VASCULAR MATERNA

2.3.1.1 HIPERTENSION GESTACIONAL

Esta va a estar presente en el embarazo mayor a 20 semanas en mujer previamente normotensa. La tensión arterial sistólica va a ser igual o mayor de 140 mm Hg o la tensión arterial diastólica igual o mayor a 90 mm Hg. Además se va a encontrar Proteinuria en 24 horas menor a 300 mg y la tirilla reactiva será negativa. (14)

2.3.1.2 PREECLAMPSIA

La tensión arterial sistólica igual o mayor 140 mm Hg o TA diastólica igual o mayor 90 mm Hg en embarazo igual o mayor a 20 semanas en mujer previamente normotensa. Con proteinuria 300 mg en orina de 24 horas, proteinuria con tirilla reactiva con igual o mayor 2++ TA diastólica mayor 90 mm Hg En embarazo mayor 20 semanas. Proteinuria en 24 h igual o mayor a 300 mg, tirilla reactiva positiva ++. (14)

2.3.1.3 PREECLAMPSIA LEVE

La tensión arterial sistólica igual o mayor a 140 y menor a 160 mm Hg. La tensión arterial diastólica igual o mayor a 90 y menor a 110 mm Hg en embarazo mayor a 20 semanas. También presenta proteinuria en tirilla reactiva positiva ++. Proteinuria en 24 horas positiva. Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad. (14)

2.3.1.4 PREECLAMPSIA SEVERA (INCLUYE AL SINDROME DE HELLP)

La tensión sistólica igual o mayor a 160 mm Hg y la tensión diastólica igual o mayor a 110 mm Hg en embarazo mayor a 20 semanas. Acompañado de proteinuria mayor a 3g en 24 horas o Proteinuria en tirilla reactiva ++ / +++.

Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio:

- Vasomotores: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.
- Hemólisis.
- Plaquetas <100000 mm³.
- Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- Edema agudo de pulmón.
- Insuficiencia renal aguda. (14)

2.3.1.5 ECLAMPSIA

La tensión arterial igual o mayor a 140/90 mm Hg en embarazo mayor a 20 semanas. Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++, en 24 horas mayor a 300mg. Convulsiones tónico clónicas o coma. (14)

2.3.1.6 HIPERTENSION ARTERIAL CRÓNICA

La tensión arterial igual o mayor 140/90 mm Hg en embarazo menor a 20 semanas o previa al embarazo y que persiste luego de las 12 semanas post parto. Proteinuria en tirilla reactiva negativa. (14)

La enfermedad vascular Desde hace tiempo se reconoce que muchos pacientes con desprendimiento de la placenta también presentan hipertensión crónica o HIE. Aunque esto es cierto para el desprendimiento de la general, parece que los grados más graves o más que la asociación más fuerte con la hipertensión. La atención se ha centrado en el segmento arterial o aferente de la circulación placentaria para determinar si los cambios patológicos se pueden atribuir a la hipertensión. Williams ya había descrito los cambios degenerativos en la capa íntima de las arterias uterinas pequeñas y postula una relación de toxemia pre-existentes. El examen histológico de Mc Kelvey de placentas normales a término mostró lesiones degenerativas en la íntima de las arteriolas de la parte superior decidua basal. Hertig demostrado una arteriolitis aguda degenerativa con formación de ateromas y posterior deposición fibroplástica en la íntima de los vasos mismo Él cree que estos cambios eran patognomónicos de la separación de tóxicos, sino que se considerará más adelante para ser relacionados con

enfermedades preexistentes vascular. La investigación posterior ha demostrado que los cambios de la íntima de las arterias espirales son más severos con complicaciones hipertensivas del embarazo. (6)

Algunos estudios demuestran que un elevado riesgo de desprendimiento entre las personas con enfermedades hipertensivas, con odds ratios que van desde 1.8 hasta 4,5, mientras que otros muestran resultados no concluyentes. Esta discrepancia puede ser por lo menos en parte, causado por definiciones inconsistentes de la preeclampsia. Además, ninguno de los anteriores estudios separados hipertensión crónica y preeclampsia y otros tipos de hipertensión arterial para determinar el riesgo de desprendimiento. (6)

En resumen, la enfermedad vascular juega un papel predisponente en la interrupción de la cama de la placenta en algunos abruptos. Dado que la hipertensión se ha demostrado que causa la degeneración arteriolar, la oferta comprometida sangre aferente a la placenta se ha destacado. Además, el espasmo arteriolar superpuestas que tienden a agravar la isquemia. Tal vez toda la entidad puede ser una tensión progresiva o degeneración acelerada de una vasculatura ya defectuosa del lecho placentario. (5)

Como se dijo anteriormente, hemos introducido el concepto de la enfermedad de la placenta isquémica, en las que se incluyen las tres condiciones clínicas de la preeclampsia, pequeño para la edad gestacional nacidos, y desprendimiento de placenta. Estas afecciones comparten varias similitudes, como lo demuestran los estudios Doppler uterino y umbilical, la histología de la placenta, y los factores bioquímicos. Por ejemplo, lesiones características de la isquemia placentaria (por ejemplo, depósito de hemosiderina, necrosis y aterosclerosis) se encuentran comúnmente en las placentas de embarazos complicados por las 3 condiciones clínicas. Numerosos estudios también han demostrado que la preeclampsia y SGA, especialmente en prematuros de edad gestacional, están asociados con el fracaso de la invasión del trofoblasto y hallazgos anormales Doppler, tanto en el útero y las arterias umbilicales. Un mecanismo potencial para el desarrollo de la enfermedad de la placenta isquémica es la producción insuficiente o aberrante de los factores responsables de la angiogénesis en la interface materno-fetal. Este

aberración puede conducir a un retraso del desarrollo vascular y / o hipoxia fetal. Ejemplos de tales proteínas incluyen el VEGF (factor de crecimiento endotelial vascular), PlGF (factor de crecimiento placentario), sFlt-1 (soluble fms como la tirosina quinasa de los receptores 1), y la endoglina soluble. (5)

En lo que respecta a las tres condiciones de la preeclampsia, los pequeños de los nacimientos de gestación, y desprendimiento de la placenta, los puntos fuertes de las asociaciones con la histología de la placenta, hallazgos anormales Doppler, y los factores bioquímicos es mayor en las gestaciones pre término, y también cuando hay más de una condición presente. Por lo tanto, en conjunto, la enfermedad isquémica placenta en embarazos pre término puede ser etiológicamente diferentes de las que se producen en las gestaciones plazo, y esta observación es apoyada por estudios epidemiológicos, la placenta datos histológicos, y los hallazgos Doppler (10)

2.3.2 TRAUMATISMO

Trauma materno, ya sea sostenida durante un accidente automovilístico, de caídas, o de abuso físico, es una causa significativa de desprendimiento prematuro de placenta. La mayoría de los informes de la tensión de la literatura que es el desprendimiento prematuro de placenta importante complicación del embarazo después de un traumatismo abdominal cerrado y la principal causa de muerte fetal después de accidentes automovilísticos relacionados con la supervivencia materna. Cuentas de trauma materno de 1-2% de abruptions III severa o de grado. Del mismo modo, desprendimiento prematuro de placenta complica el 1-5% de lesiones menores y 40% al 50% de los mayores (potencialmente mortal). Los médicos deben seguir haciendo hincapié en la importancia de las restricciones de regazo y hombro a sus pacientes embarazadas que viajan en automóvil. La consideración cuidadosa de desprendimiento prematuro de placenta debe llevarse a cabo cuando la historia de un accidente automovilístico o trauma materno otros se observa. La presencia de desprendimiento no puede ser capaz de predecir sobre la base de la gravedad del traumatismo abdominal. Abruptions se han producido tras las lesiones de la madre aparentemente de menor

importancia. Por lo tanto, todos los pacientes el mantenimiento de un traumatismo abdominal, especialmente después de un accidente de vehículo de motor, debe ser vigilado estrechamente para detectar signos de desprendimiento de la clínica y la hemorragia feto-materna, incluso si la gravedad del trauma parece leve. Una cantidad mínima de trauma puede producir un desprendimiento leve que puede progresar a severo en el transcurso de 24 horas. Ciertamente, las mujeres embarazadas que participan en accidentes de alta velocidad también debe considerarse en alto riesgo de desprendimiento de la independencia de presentación y / o sistemas de retención y que requieren de una evaluación. Un reciente estudio caso-control encontró que las mujeres embarazadas que participan en accidentes automovilísticos graves, es decir, una velocidad más alta (> 30 mph) o una puntuación de gravedad de la lesión, fueron más propensos a tener desprendimiento prematuro de placenta. Debido a que la placenta no contiene tejido elástico, que no puede expandirse y contraerse. Por el contrario, ya que el útero contiene tejido elástico, que puede reaccionar a las fuerzas de aceleración y deceleración-cambiando su forma. Presiones muy altas pueden generar en el útero durante la desaceleración brusca, y la distorsión de alta presión y marcó crear un efecto de corte en la fijación de la placenta, lo que resulta en el desprendimiento. (9)

Un estudio completo se debe realizar en los casos sospechosos, incluido un período suficiente de observación de la madre y del feto, junto con el monitoreo de frecuencia cardíaca fetal. Las recomendaciones incluyen la monitorización continua de al menos 24 horas, y hasta un máximo de 48, debido a desprendimiento de retraso posible (ver hasta 5 días después del traumatismo). Las personas que deben recibir por lo menos 24 horas de monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca fetal incluyen los pacientes con seis o más contracciones por hora, dolor abdominal o del útero, sangrado vaginal, la evidencia de hipovolemia, o con alarmantes patrones de frecuencia cardíaca fetal. En ausencia de la actividad uterina, junto con un tranquilizador ritmo cardíaco fetal localización, la duración de la vigilancia puede ser menos. En una paciente de trauma embarazada, la admisión de leucocitos en la sangre (glóbulos

blancos) también puede ser útil en la evaluación de desprendimiento de la placenta.

Otras etiologías traumáticas de desprendimiento de incluir la separación de la placenta en un embarazo gemelar tras el parto del primer gemelo con la descompresión posterior, intentó la versión cefálica externa, y el drenaje de líquido amniótico asociado con poli hidramnios (en raras ocasiones después de la amniocentesis para estudios de madurez). En el caso de poli hidramnios, el desprendimiento puede ocurrir tanto a partir de la inserción de la aguja y de la pérdida de líquido y la descompresión del útero. Una rápida descompresión debe ser evitada. Un cordón umbilical corto (<20 cm) puede ser un factor en algunos abruptio. Tracción excesiva del feto en la placenta, ya sea antes o durante el parto también puede resultar en la separación prematura. (9)

2.3.3 HÁBITOS

2.3.3.1 ALCOHOL

Consumir alcohol o fumar durante el embarazo aumenta el riesgo para un desprendimiento prematuro de placenta. Ejemplos del alcohol incluyen cerveza, vino, whiskey, y vodka.

2.3.3.2 TABAQUISMO

Aunque el mecanismo que une el humo del tabaco para el desarrollo de desprendimiento de la placenta aún no está claro, varios estudios han encontrado que fumar es un factor de riesgo de desprendimiento de placenta, mientras que otros estudios muestran que la fuerza y la magnitud de la asociación entre fumar y el desprendimiento de la placenta no fueron consistentes. Un reciente meta-análisis, sin embargo, sobre la asociación entre fumar durante el embarazo y desprendimiento, sobre la base de 1.385.352 embarazos, indica que el tabaquismo se asoció con un aumento del 90% en las probabilidades de desprendimiento de desarrollo. (5)

Un estudio reciente también se examinó la relación entre el tabaquismo y la preeclampsia y entre el tabaquismo y preeclampsia superpuesta a hipertensión

crónica. En comparación con mujeres no fumadoras normotensas, los fumadores con preeclampsia grave se encontraban en 5,9 veces mayor riesgo de desprendimiento. Entre los fumadores con preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica, el riesgo relativo de desprendimiento fue de 7,8. (5)

Otros autores atribuyen una mayor frecuencia de desprendimiento de la placenta a la anemia o deficiencia de ácido fólico, vitamina A, o el calcio. Estas deficiencias reflejan probablemente la nutrición en general pobres en las mujeres de un grupo socioeconómico más bajo, que son más propensos a esta complicación. (5)

2.3.3.3 COCAÍNA

Es un alcaloide que se prepara con las hojas de la planta de coca. Se puede administrar por vía intranasal, inyecta por vía subcutánea, intramuscular o intravenosa; o administrados por vía oral, vaginal, por vía sublingual o rectal, en particular, una forma de cocaína de base libre llamado "roca" o "crack", por el sonido hecho estallar cuando el usuario se calienta, se ha vuelto extremadamente popular. La cocaína actúa bloqueando la recaptación presináptica de la de los neurotransmisores norepinefrina y dopamina. Por lo tanto, hay un exceso de transmisor en los receptores postsinápticos, taquicardia resulta en la activación del sistema nervioso simpático y produce vasoconstricción, un aumento brusco de la presión arterial, y una predisposición a las arritmias ventriculares y convulsiones. Vasoconstricción placentaria también se presenta, disminución del flujo sanguíneo a la unidad útero-placentaria-fetal. La hipertensión y la vasoconstricción probablemente son responsables de la abrupción de la placenta que se encuentran en las mujeres poco después de la ingesta de cocaína. Cabe señalar que el abuso de la cocaína puede ser un factor etiológico en abrupción grandes y principios inusual. (4)

2.3.3 ENFERMEDAD CRÓNICA

2.3.3.1 DIABETES

La diabetes generalmente es una enfermedad de por vida (crónica) en la cual hay niveles altos de azúcar en la sangre. (8)

Causas: La insulina es una hormona producida por el páncreas para controlar el azúcar en la sangre. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a ésta o ambas.(10)

Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal por medio del cual el alimento se descompone y es empleado por el cuerpo para obtener energía. Varias cosas suceden cuando se digiere el alimento:

- Un azúcar llamado glucosa, que es fuente de energía para el cuerpo, entra en el torrente sanguíneo.
- Un órgano llamado páncreas produce la insulina, cuyo papel es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, la grasa y las células hepáticas, donde puede utilizarse como energía.

Las personas con diabetes presentan hiperglicemia, debido a que su cuerpo no puede movilizar el azúcar hasta los adipocitos, hepatocitos y células musculares para que sea almacenado como energía. Esto se debe a que:

- El páncreas no produce suficiente insulina.
- Las células no responden de manera normal a la insulina.
- Ambas razones anteriores.

Hay dos tipos principales de diabetes. Las causas y los factores de riesgo son diferentes para cada tipo:

- Diabetes tipo 1: puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de esta hormona. La causa exacta se desconoce.
- Diabetes tipo 2: corresponde a la mayoría de los casos de diabetes. Generalmente se presenta en la edad adulta; sin embargo, ahora se está diagnosticando en adolescentes y adultos jóvenes debido a las altas tasas de

obesidad. Muchas personas con este tipo de diabetes no saben que padecen esta enfermedad.

La diabetes gestacional es el azúcar alto en la sangre que se presenta en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes. (8)

La diabetes afecta a más de 20 millones de estadounidenses, y alrededor de 40 millones tienen prediabetes (la cual a menudo aparece antes de la diabetes tipo 2). (8)

2.4 DIAGNOSTICO

El diagnostico de DPPNI es clínico y la condición se debe sospechar en toda gestante con embarazo mayor de 20 semanas que presenta sangrado por genitales o dolor abdominal o ambos, una historia de trauma o aquellas que presentan trabajo de parto pre término no explicado.

Síntomas de síndrome agudo: dolor abdominal y/o dolor pélvico (70%), hemorragia vaginal (que puede ser escasa color rojo y/o acre) (70%), parto prematuro idiopático (25%).

Signos útero hipertónico y sensible (35%) (Aunque a veces puede no haber hipertonía), hemorragia la cual puede ser abundante (80%) o estar atrapada y no ser visible pero puede aumentar y distender la cavidad uterina, sufrimiento fetal agudo (60%) o signos de muerte fetal (15%). (11)

2.5 TRATAMIENTO

1. Realice o complete la Historia Clínica Materno Perinatal y el Carnet Perinatal.
2. Evaluación clínica de la embarazada que incluya nivel de conciencia, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura cada 15 minutos y temperatura cada 15 minutos mientras dure el episodio.
3. Evaluación obstétrica de la embarazada que incluya altura de fondo uterino, actividad y tono uterino, Maniobras de Leopold y FCF

4. NO REALICE TACTO VAGINAL EN ESTE MOMENTO. Si dispone de quirófano verifique con especulo vaginal el sangrado genital y los cambios del cuello uterino.
5. Identificación o sospecha de Desprendimiento prematuro de placenta.
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir.
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares
8. Brinde apoyo emocional continuo
9. Canalice dos vías periféricas con Catlon 16 – 18. Tome muestras de sangre para las pruebas necesarias antes de la administración de líquidos intravenosos y/o medicación.
10. Manejo de shock hipovolémico (ver capítulo correspondiente)
11. Registre la existencia en Historia Clínica Materno Perinatal de exámenes de laboratorio: biometría hemática, TP TTP, plaquetas grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado.
12. Solicite aquellos exámenes que no consten en la Historia Clínica Materno Perinatal.
13. Con el diagnostico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa a la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables. Envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el Carné Perinatal.
14. Solicitar derivados sanguíneos (concentrados de glóbulos rojos y plasma fresco congelado) si $Hb < 7$ g/dl o condición hemodinámica es inestable.
15. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la posición de la placenta y la vitalidad fetal.
16. Finalización del embarazo por parto en Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta GII/III con producto muerto.
17. Finalización del embarazo por cesárea o laparotomía independientemente de la edad gestacional en Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta GII/III con producto vivo
18. Registre una nota explicativa con los hallazgos preparto o precesarea que justifique su intervención.

19. Comuníquese a Neonatología y Anestesiología
20. Continúe según protocolo de ATENCION PREQUIRURGICA Y QUIRURGICA DE CESAREA/LAPARATOMIA con incisión laparotómica media supra púbica para los casos de hemorragia severa:
- Extracción de placenta y producto, mas
 - Histerorrafia si la(s) lesión(es) no es extensa, ni afecta al parametrio.
 - Considerar la esterilización tubarica según paridad, o
 - Histerectomía si ruptura es irreparable, o la condición materna es inestable por sangrado incontrolable.
21. Manténgase alerta a los signos de gravedad si la llegada de la paciente es tardía o en el tratamiento no es oportuno se pueden presentar complicaciones como:
- Muerte fetal
 - Trastornos de la coagulación hasta CID
 - Insuficiencia renal
 - Histerectomía por apoplejía uterina
 - Shock hipovolémico y muerte materna.(14)

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 LOCALIZACION

El presente estudio se realizara en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo De Procel” ubicado en el Guasmo, en las calles Olfá de Bucarán y 29 de Mayo al sur de la ciudad de Guayaquil.

3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El Guasmo sur de nuestra ciudad es un barrio marginal, popular, de clase humilde, que como todo barrio de Guayaquil fue levantado sin ningún plan urbano, su extensión es de 19'761.287 metros cuadrados. Se estima que este sector guayaquileño vivan casi 500.000 habitantes que incluye los sub-sectores Guayaquileños de Río Guayas, Floresta, Los Esteros, Guasmo Oeste (Fertisa, Santa Mónica, Viernes Santo), Guasmo Este (Stella Maris, La Péndola, Reina del Quinche, Florida Sur, Miami Beach, etc) y Unión (De Bananeros)

3.1.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación comprende el octubre 2013- marzo 2014

3.1.4 RECURSOS A EMPLEAR

3.1.4.1 HUMANOS

- Estudiante
- Tutor

3.1.4.2 FISICOS

- Instrumento de recolección de datos
- Exámenes clínicos (reportes)
- Historias clínicas

- Computador/Internet
- Dispositivo USB
- Impresora
- Útiles de oficina: Pluma, Lápiz, Hojas
- Otros

3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.5.1 UNIVERSO

El universo son todas las 3869 pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo De Procel” Octubre 2013 – Marzo 2014, que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.1.5.2 MUESTRA

La población a investigarse en este estudio en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo De Procel” Octubre 2013 – Marzo 2014 está conformada por 16 pacientes que en estado de gestación, presentaron Desprendimiento Prematuro de Placenta normoinsera y fueron ingresadas por el área de emergencia.

3.1.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

3.1.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes atendidas con Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en el periodo octubre 2013 – marzo 2014.

Pacientes con historial clínico completo.

Todos los pacientes atendidos durante el periodo de estudio con diagnóstico de Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.

3.1.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes atendidos fuera del periodo de estudio

Pacientes sin problemas de Desprendimiento prematuro de Placenta normoinsera

Pacientes sin historial clínico completo

3.2 MÉTODO

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Constituye el plan general del investigador para obtener respuestas a sus interrogantes o comprobar la hipótesis de investigación. El diseño de investigación desglosa las estrategias básicas que el investigador adopta para generar información exacta e interpretable.

Para este proyecto se realizara un estudio prospectivo, descriptivo y analítico

3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental es cuando no se manipulan las variables y la investigación se realiza tal como suceden los hechos.

3.2.3 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

3.2.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS

Los instrumentos a utilizar en este trabajo serán las historias clínicas de las pacientes a estudiar las cuales previamente han sido elaboradas por médicos y obstetras capacitados en la atención de la casa de salud y que cubren los datos necesarios para el desarrollo de este estudio.

- Se registraran y evaluaran los datos obtenidos
- Cumplir con el desarrollo del cronograma establecido, con la inspección periódica por el tutor.
- Presentar informe estadístico para su revisión.
- Elaborar un informe final del estudio
- Sustentar este estudio.

3.2.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Este estudio se realizara utilizando la técnica de recolección de datos, que fue una encuesta conformada por diferentes etapas.

Para el procesamiento de la información se utilizó una base de datos, se procesó la información utilizando la hoja electrónica del programa Microsoft Excel 2010.

Para la presentación de los datos, estos fueron vertidos en tablas y gráficos donde se utilizaron fundamentalmente la frecuencia, y para análisis de la información se usaron los porcentajes.

3.2.5 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Para la realización de esta investigación contamos con la autorización de los directivos de la Universidad y de la Directora del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”. Respetando las normas y procedimientos del Hospital donde se realizara este estudio, se hará esta investigación para cooperar con la salud y el derecho a la asistencia médica de las pacientes, en conformidad con la constitución de la República del Ecuador aprobada en el 2008 que en su artículo siguiente manifiesta:

Art. 350.- El sistema de educación superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científico y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo.

4. RESULTADO Y DISCUSIÓN

DATOS ESTADÍSTICOS DE PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL” OCTUBRE 2013 – MARZO 2014

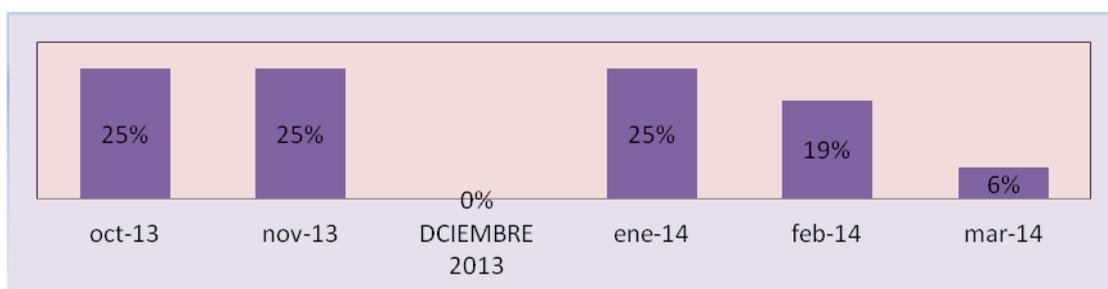
TABLA N° 1

PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA DE ACUERDO A LOS MESES DE ESTUDIO

| MESES DEL AÑO | CASOS | PORCENTAJE |
|----------------|-------|------------|
| OCTUBRE 2013 | 4 | 25 % |
| NOVIEMBRE 2013 | 4 | 25% |
| DICIEMBRE 2013 | 0 | 0 % |
| ENERO 2014 | 4 | 25 % |
| FEBRERO 2014 | 3 | 19 % |
| MARZO 2014 | 1 | 6 % |
| TOTAL | 16 | 100% |

GRAFICO N° 1

PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA DE ACUERDO A LOS MESES DE ESTUDIO



Fuente: Hospital “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”

Autora: Hidalgo Places Diana

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En este grafico observamos que las pacientes con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en el mes de octubre con el 25% es el que más predomina al igual, que el mes de noviembre con el 25%, el menor porcentaje, el mes de diciembre con el 0%, seguido el mes de marzo con el 6%

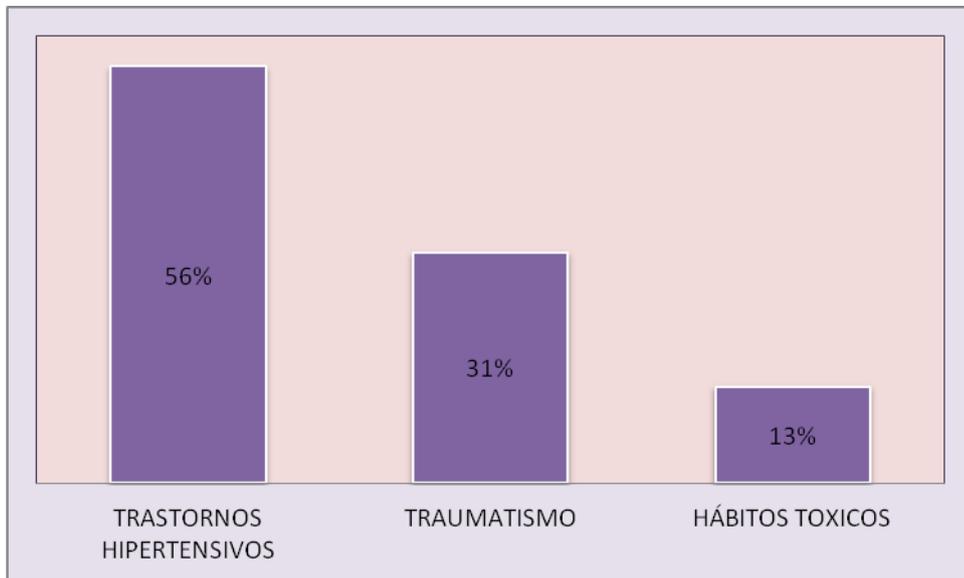
TABLA N° 2

OBJETIVO 1.- IDENTIFICAR CUALES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

| FACTORES DE RIESGOS | CASOS | PORCENTAJE |
|--------------------------|-------|------------|
| TRASTORNOS HIPERTENSIVOS | 9 | 56% |
| TRAUMATISMO | 5 | 31% |
| HÁBITOS TOXICOS | 2 | 13 % |
| TOTAL | 16 | 100% |

GRAFICO N° 2

OBJETIVO 1.- IDENTIFICAR CUALES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA



Fuente: Hospital "Dra. Matilde Hidalgo de Procel"

Autora: Hidalgo Places Diana

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los factor de riesgo las pacientes con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta que predominan son los Trastornos hipertensivos con el 56%, seguido Traumatismo que representa el 31% y el menor porcentaje por hábitos tóxicos con el 13%

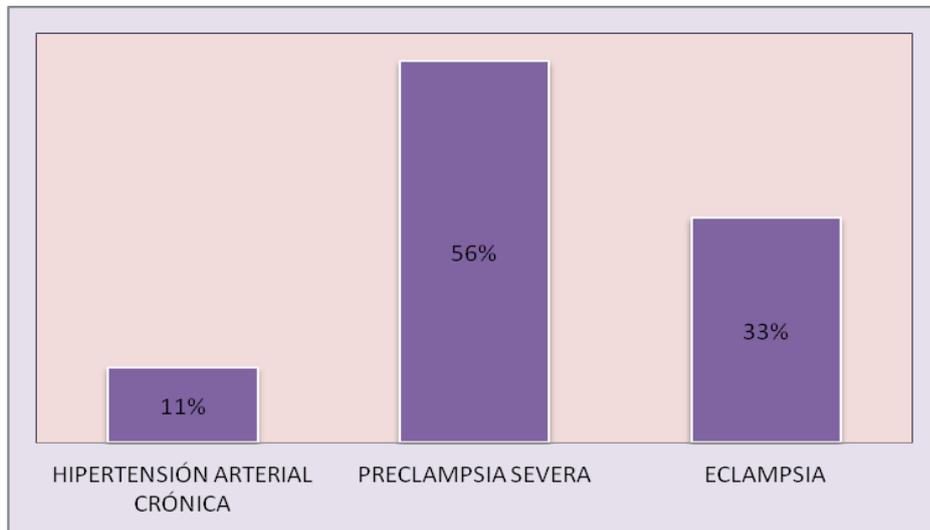
TABLA N° 3

OBJETIVO 2.- DETERMINAR LA INCIDENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES EN EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

| TRASTORNOS HIPERTENSIVOS | CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------------------|-------|------------|
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA | 1 | 11 % |
| PRECLAMPSIA SEVERA | 5 | 56 % |
| ECLAMPSIA | 3 | 33 % |
| TOTAL | 9 | 100% |

GRAFICO N° 3

ONJETIVO2.- DETERMINAR LA INCIDENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES EN EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA



Fuente: Hospital "Dra. Matilde Hidalgo de Procel"

Autora: Hidalgo Places Diana

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El grafico nos demuestra que las pacientes con Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, el grupo que más predominan esta la Preeclampsia severa con el 56%, seguido de pacientes con Eclampsia con el 33%, y con menor porcentaje Hipertensión Arterial Crónica con 11%.

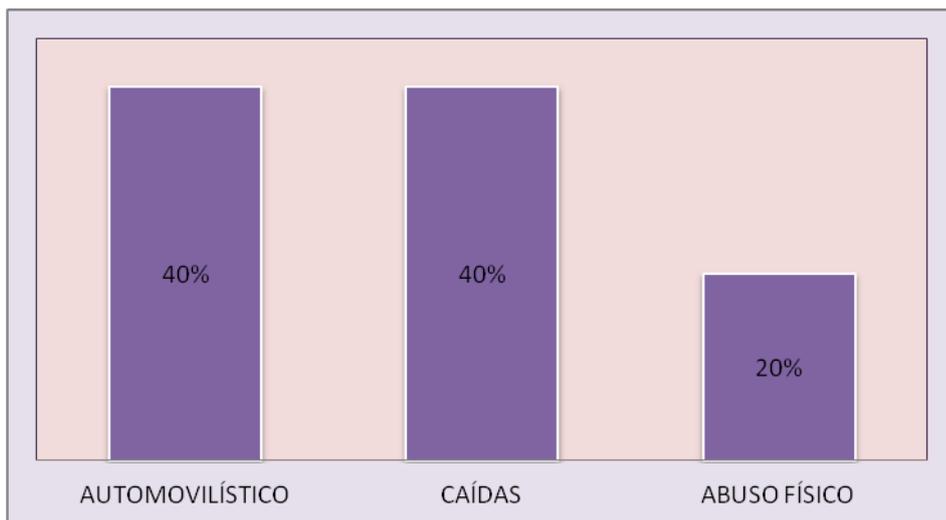
TABLA N° 4

OBJETIVO 3.- DETERMINAR LA FRECUENCIA DE TRAUMATISMO QUE SE PRESENTA EN EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

| TRAUMATISMO | CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------|-------|------------|
| AUTOMOVILÍSTICO | 2 | 40 % |
| CAÍDAS | 2 | 40% |
| ABUSO FÍSICO | 1 | 20% |
| TOTAL | 5 | 100% |

GRAFICO N° 4

OBJETIVO 3.- DETERMINAR LA FRECUENCIA DE TRAUMATISMO QUE SE PRESENTA EN EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA



Fuente: Hospital "Dra. Matilde Hidalgo de Procel"

Autora: Hidalgo Places Diana

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo al grafico las pacientes con Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta que más predomina es en Traumatismo por caídas con el 40%, al igual por traumatismo automovilístico con el 40%, y el menor porcentaje traumatismo por abuso físico que corresponde el 20%.

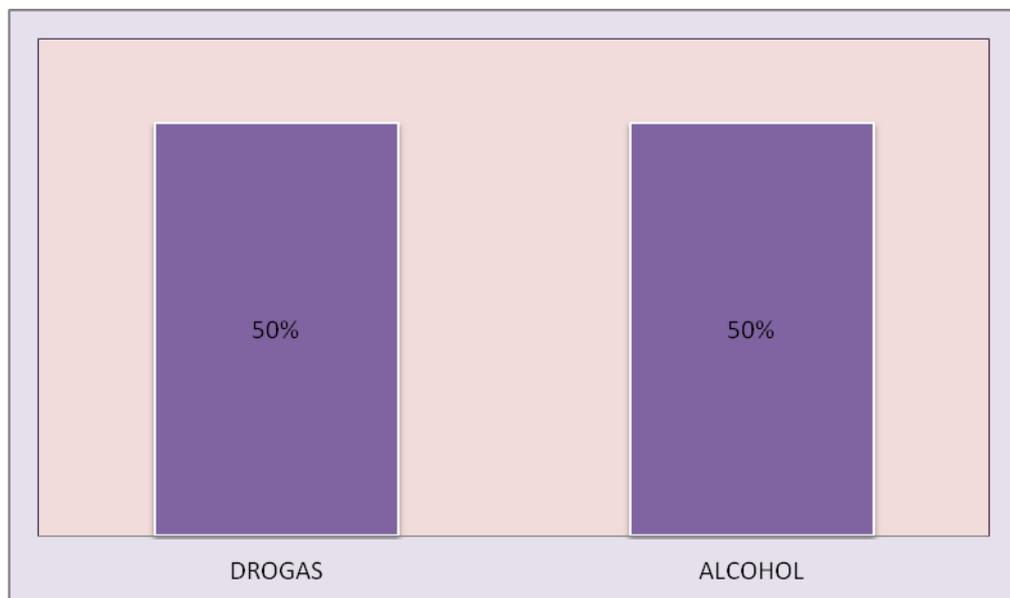
TABLA N° 5

OBJETIVO 4.- IDENTIFICAR CUALES SON LOS HABITOS TOXICOS QUE INFLUYEN EN EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

| HÁBITOS TÓXICOS | CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------|-------|------------|
| DROGAS | 1 | 50% |
| ALCOHOL | 1 | 50% |
| TOTAL | 1 | 100% |

GRAFICO N° 5

OBJETIVO 4.- IDENTIFICAR CUALES SON LOS HABITOS TOXICOS QUE INFLUYEN EN EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA



Fuente: Hospital "Dra. Matilde Hidalgo de Procel"

Autora: Hidalgo Places Diana

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El grafico nos demuestra que en las pacientes con Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta presenta el mismo porcentaje por consumir Droga que corresponde al 50% y alcohol con el 50%

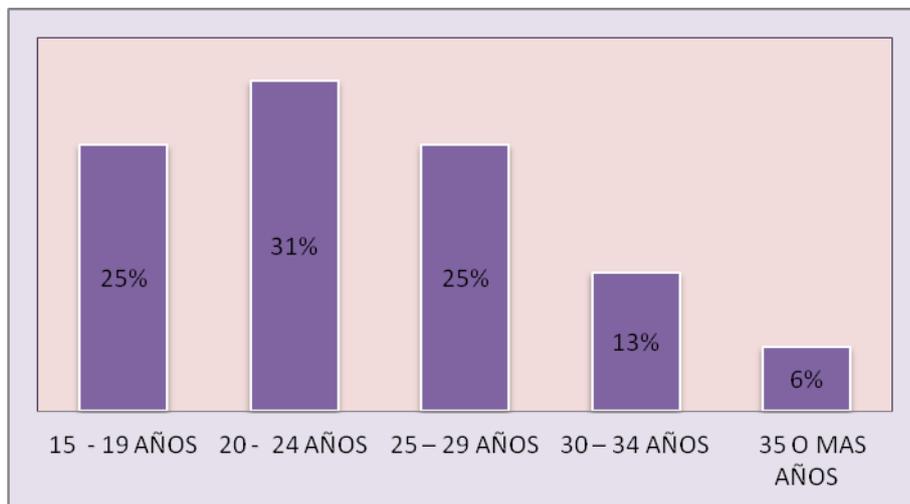
TABLA N° 6

OBJETIVO 5.- DETERMINAR EL GRUPO ETARIO, EN DONDE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO NORMOINSERTA

| EDADES | CASOS | PORCENTAJE |
|---------------|-------|------------|
| 15 - 19 AÑOS | 4 | 25 % |
| 20 - 24 AÑOS | 5 | 31 % |
| 25 – 29 AÑOS | 4 | 25 % |
| 30 – 34 AÑOS | 2 | 13 % |
| 35 O MAS AÑOS | 1 | 6 % |
| TOTAL | 16 | 100% |

GRAFICO N° 6

OBJETIVO 5.- DETERMINAR EL GRUPO ETARIO, EN DONDE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO NORMOINSERTA



Fuente: Hospital “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”

Autora: Hidalgo Places Diana

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo al grafico en el grupo etario que más predomina es entre los 20 – 24 años con un 31%, seguido de pacientes con 15 – 19 años que representa el 25%, el menor porcentaje las pacientes de 35 o más años con el 6%, seguido de 30 – 34 años con el 13%.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el Hospital Nacional Guillermo Almenara Lima – Perú 2007 – 2008. La Dra. Martínez Hernández Fabiola, realizo un estudio en la que presenta que el 40% de pacientes con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en trastornos hipertensivos, seguido con el 10% de pacientes con desprendimiento prematuro de placenta los cuales tuvieron antecedente de traumatismo durante la gestación., hábitos tóxicos con 12%

En el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia - Santo Domingo en el Periodo Julio 2008 - Septiembre 2009, se realizó un estudio en la que presenta el 57% de pacientes con Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con mayor incidencia en trastornos hipertensivos, seguido los hábitos tóxicos con el 3.8%, y por ultimo con el 0% de traumatismo durante la gestación,

En este estudio del Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en la maternidad Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” los resultados indicaron que hay mayor incidencia en los trastornos hipertensivos con un 63%, seguido de traumatismo con un 31 %, y por hábitos tenemos que corresponden al 6%

En el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia - Santo Domingo en el Periodo Julio 2008 - Septiembre 2009, realizo un estudio presentando los siguientes porcentajes de Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en pacientes con edades de 19 – 35 años con el 71.2 %, y en mi estudio de Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta unos de los porcentajes que predominan las pacientes de 20-24 años de edad con un porcentaje 31%, de 25-29 años con un 25%, 30-34 años con un 13% sumando da un 69% en pacientes entre 20 a 34 años de edad.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Uno de los principales factores predisponentes del Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta según este estudio el mayor porcentaje es del 56 % con Trastornos hipertensivos gestacionales por que se ha demostrado que causa la degeneración arteriolar,, con el 31% seguido de Traumatismo que es la principal causa de muerte fetal, y con el menor porcentaje por hábitos tóxicos con el 13 %, porque presenta disminución del flujo sanguíneo a la unidad útero-placentaria-fetal
2. En este trabajo nos demuestra que las pacientes con Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, el grupo que más predominan esta la Preeclampsia severa con el 56%, seguido de pacientes con Eclampsia con el 33%, y con menor porcentaje Hipertensión Arterial Crónica con 11%.
3. En este estudio las pacientes con Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta que más predomina es en Traumatismo por caídas con el 40%, al igual por traumatismo automovilístico con el 40%, y el menor porcentaje traumatismo por abuso físico que corresponde el 20%.
4. En este trabajo observamos que en las pacientes con Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta presenta el mismo porcentaje por consumir Droga que corresponde al 50% y alcohol con el 50%
5. En este estudio concluimos que las pacientes con Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con mayor porcentaje son de 20 – 24 años con el 31 % y con el menor porcentaje son las pacientes de 35 o más años con el 6%
6. Concluyo que el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta cuando diagnostica debe recibir tratamiento adecuado para evitar complicaciones maternas y perinatales.

5.2 RECOMENDACIONES

Se sugiere tener en cuenta los factores de riesgo como es nivel socioeconómico bajo, por lo que el personal de salud frente a estos da la importancia necesaria y no pase inadvertido para así disminuir la morbi-mortalidad materna.

La prevención juega un papel muy significativo, y debemos seguir los siguientes pasos.

Realizar una buena anamnesis al investigar a las pacientes con Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con el fin de determinar factores de riesgo.

Explicar la importancia de los controles prenatales a las mujeres embarazadas

Mayor control en aquellas mujeres gestantes con antecedentes de enfermedades hipertensivas, como es el caso de las pacientes con preeclamsia y/o hipertensión arterial crónica.

Se recomienda a las futuras madres que durante el periodo de gestación eviten el consumo de bebidas alcohólicas, drogas, y cigarrillos por que puede producir disminución del flujo sanguíneo a la unidad útero – placentaria fetal.

Realizar charlas educativas por parte del personal de la salud, para concientizar a las mujeres embarazadas sobre los riesgos que presenta el Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Apoyar y promover políticas de salud para la adquisición de equipos de ultrasonidos con capacitación del personal médico hospitalario.

Realizar estudios como el presente trabajo con la finalidad de actualizar y determinar las variaciones en cuanto a la incidencia y los factores de riesgo entorno al Desprendimiento Prematuro de Placenta normoinserta.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Abruptio Placentae, Author: Shad H Deering, MD staff Physician, Division of Maternal Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gyneco, MadiganArmy Medical Center, Enero 11 2007
2. Abruptio placentae. Diagnosis, management and maternal-fetal prognosis: a retrospective study of 100 cases].Boisramé T, Sananès N, Fritz G, Boudier E, Viville B, Aissi G, Favre R, Langer B. 2011.
3. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, admin, 15 Marzo, 2009. <http://www.salud.es/desprendimiento-prematuro-de-placenta-normalmente-inserta>
4. Diemert A, Hercher K. Severely flow abnormal patterns in the ductus venous in the presence of otherwise fetal Doppler parameters in two cases of severe intrauterine growth restriction. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;34:605-7
5. Francois KE, Foley MR. Antepartum and postpartum hemorrhage. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2012:chap 19.
6. *GynecolObstetFertil.* 2014 Feb;42(2):78-83. doi: 10.1016/j.gyobfe.2013.06.012. Epub 2013 Dec 3. FrenchCIFUENTES, Rodrigo: “Obstetricia de Alto Riesgo”. 4ta ed. Pág: 569 – 580. Ed. XYZ impresores Ltda. Colombia. 1.994.
7. GABBE, Steven. Jennifer Niebyl: “Obstetricia. Normalidad y Complicaciones en el embarazo”. 3era ed. Pág: 227 – 231. Ed. Marbán. Madrid. España, 2.010.7.

8. Libro. mujeres med,. (ISSN: 1756-2.228) de 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10122
9. Manual Merck de Información Médica para el Hogar (2005-2008). «Capítulo 245: Complicaciones del embarazo» (en español). Consultado el 16 de mayo de 2009.
10. Neilson JP. Intervenciones para el tratamiento del desprendimiento placentario (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus 2008
11. PÉREZ, Alfredo. Enrique Donoso: “Obstetricia”. 2da ed. Pág: 525 – 530. Ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Santiago, Chile. 2009.
12. Protocolo de Desprendimiento Prematuro de La Placenta Normoinserta. Clinica de Maternidad Rafael Calvo. Diciembre 2009
13. Yeo L, Ananth C, Vintzileos A. Placenta Abruption. In: Sciarra J, editor. Gynecology and obstetrics. Hagerstown (MD): Lippincott, Williams & Wilkins; 2009.
14. Trastornos hipertensivos del embarazo Guía de Práctica Clínica. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013. Esta Guía puede ser descargada de internet en: www.salud.gob.ec

7. ANEXOS

ANEXO 1

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA:

HISTORIA CLÍNICA:

-EDAD:

-ESTADO CIVIL:

Soltera ____ Casada ____ Unión libre ____ Otro ____

-ETNIAS:

Blanca ____ Indígena ____ Mestiza ____ Negra ____ Otra ____

-INSTRUCCIÓN:

Ninguno ____ Primaria ____ Secundaria ____ Superior ____

-NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

Bajo ____ Medio ____ Alto ____

-ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICO

G: ____ **P:** ____ **A:** ____ **C:** ____

FUM:

-Nº DE CONTROLES PRENATALES: _____

-DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____

-TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES

H.A.Crónica ____ H. Gestacional ____ Preeclampsia Leve ____

Preeclampsia Severa ____ Eclampsia ____ Ninguno ____

- HÁBITOS EN EL EMBARAZO

Alcohol ____ Droga ____ Tabaquismos ____ Otros ____

-TRAUMATISMOS

Automovilístico ____ Caídas ____ Abuso físico ____ Ninguno ____

-HOSPITALIZADA EN EL EMBARAZO

SI ____ No ____

-COMPLICACIONES

-TRATAMIENTO

-DIAGNOSTICO DE EGRESO: _____

ANEXO 2

BASE DE DATOS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL” OCTUBRE 2013 – MARZO 2014.

NÚMEROS DE HISTORIAS CLÍNICAS

| OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | ENERO | FEBRERO | MARZO |
|---------|-----------|-----------|--------|---------|--------|
| 170369 | 19553 | | 173243 | 166281 | 174432 |
| 170949 | 19670 | | 172944 | 123376 | |
| 171183 | 171549 | | 20264 | 173075 | |
| 136487 | 19635 | | 173220 | | |

ANEXO 3

CRONOGRAMA

| ACTIVIDADES | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBTE | OCTUBRE |
|--|------|-------|-------|--------|------------|---------|
| Presentación y aprobación del tema y tutor | | | | | | |
| Revisión bibliográfica | | | | | | |
| Presentación del anteproyecto al tutor | | | | | | |
| Elaboración de instrumentos | | | | | | |
| Recolección de datos | | | | | | |
| Procesamiento y análisis de datos | | | | | | |
| Elaboración del examen final | | | | | | |
| Entrega del informe final | | | | | | |
| Sustentación | | | | | | |

ANEXO 4

PRESUPUESTO

| | |
|-----------------------|-----|
| TRANSPORTE DE SALIDA | 50 |
| TRANSPORTE DE REGRESO | 50 |
| CALCULADORA | 15 |
| BOLÍGRAFOS | 5 |
| LÁPICES | 5 |
| BORRADOR | 2 |
| LIBRETA | 3 |
| VISITAS AL INTERNET | 50 |
| COPIAS DE TEXTO | 35 |
| IMPRESIONES | 70 |
| ANILLADO | 20 |
| TOTAL | 305 |