

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A E L A L U M N O:

DRA. AMANDA MARGARITA GARCÍA MORALES





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. ANTONIO GUERRERO HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DRA. ROCÍO GUERRERO BUSTOS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE POSGRADO
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. ARTURO ORTIZ PAVON
TUTOR DE LA TESIS
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE PERINATOLOGÍA

DRA. AMANDA MARGARITA GARCÍA MORALES
AUTOR DE LA TESIS

**“La constancia es la virtud
por la que todas las cosas
dan su fruto”**

Arturo Graf

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme cumplir esta meta tan importante para mí.

A mis padres, por brindarme siempre todo su apoyo, pero sobre todo, por haberme dado la vida.

A mi hijo, Fernando Adrián, eres lo mejor que me ha pasado en la vida y el motor que me impulsa a seguir adelante y hacer las cosas cada día mejor.

A mis hermanos, Juan Manuel y José Ángel, por su cariño, apoyo, comprensión y porque siempre han sido mi ejemplo a seguir; los admiro.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Hospital General de México, lugares en los que me forme como profesionista.

Al Dr. Antonio Guerrero Hernández, por sus enseñanzas en el aula y quirófano.

A la Dra. Rocío Guerrero Bustos, por guiarme siempre por el mejor camino.

Al Dr. Arturo Ortiz Pavón, por sus enseñanzas, su ayuda y apoyo en la realización de ésta tesis.

A los médicos de base que contribuyeron con mi enseñanza y siempre estuvieron pendientes de mi aprendizaje, los doctores: Manuel Borges, Guillermo Oropeza, Gregorio Magaña, Eduardo Goyri, Guadalupe Rojo, Fausto Coronel, Jesus Hernández, Isacc Vega, Miguel Villa, Lidia Santana, Ricardo Axtle, Erick García y Benjamín Orozco.

A Beatriz Santos, mi compañera y hermana en esta travesía tan difícil y satisfactoria al mismo tiempo.

A mis compañeros de generación: Rafael Rodríguez, Dolores Almaguer, Edgar Samper, Pilar Arroyo, Bruno Grifaldo, Jessica Valdés; por todo su apoyo.

A mis compañeros residentes, los que siempre mostraron disposición para enseñarme y de los que obtuve, además, cariño, apoyo y amistad: Oscar Martínez, Ana Delgado, Carlos Ortega, Abigail Camacho, Alberto Crespo, Rosalba Fragoso, Alfredo González, Ingrid Aguilar, Gerardo Ochoa, Renata Madrid, Victor Carmona y Reyna López. Gracias por ser mi segunda familia.

INDICE

INTRODUCCIÓN

MATERIAL Y MÉTODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RESUMEN

ANEXO

BIBLIOGRAFÍA

Palabras clave: desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, morbimortalidad perinatal, enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, control prenatal, hemorragia transvaginal.

MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

INTRODUCCION

DEFINICIÓN

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta es la separación parcial o total de la placenta de su sitio de implantación normal a partir de las 20 semanas de gestación hasta antes del nacimiento del feto. Se conoce también como *abruptio placentae* (1).

Este cuadro causa hemorragia que puede ser externa, cuando la sangre se insinúa entre las membranas y el útero, e interna, es decir, cuando se retiene entre la placenta desprendida y el útero.

Constituye aproximadamente un tercio de las causas de hemorragia en la segunda mitad del embarazo (3).

FRECUENCIA

La frecuencia puede variar de acuerdo a los criterios empleados para su diagnóstico. La intensidad del desprendimiento varía de acuerdo a la rapidez con la que la paciente busque y reciba atención médica.

Es la segunda causa de hemorragia en la segunda mitad del embarazo (30% de los casos), la frecuencia aproximada es de 1 de cada 100 a 300 partos; la mitad de los casos ocurren antes de que se inicie el trabajo de parto (4). La tasa de muerte fetal varía según la extensión del desprendimiento, es cerca de 300 por 1000 casos de abruptio, la mitad de los casos ocurre antes de que la paciente ingrese al hospital. Cuando el feto sobrevive, presenta al nacimiento apgar bajo, distress respiratorio y un riesgo aumentado de presentar secuelas neurológicas. La mortalidad materna es infrecuente, pero la morbilidad es común y puede ser severa.

ETIOLOGÍA

La causa exacta es desconocida, sin embargo existen factores que predisponen y precipitan este cuadro. La incidencia aumenta con la edad y con la paridad. Es más común en mujeres afroamericanas que en latinas y blancas. Tiene tendencia a recurrir en embarazos posteriores, en 17% de los casos con antecedente de un abruptio y en 25% con dos (5).

La enfermedad hipertensiva asociada al embarazo es la causa más comunmente asociada al abruptio placentae, se ha encontrado en un 40-60% de los casos de desprendimiento (7,11,15,22). Olivar y cols. realizaron un estudio en donde se analizaron las placentas desprendidas de 7 pacientes hipertensas y de 3 que no presentaron dicha entidad; concluyeron que la hipertensión acelera la madurez de los cotiledones placentarios, haciendo a la placenta más susceptible de desprenderse (20).

La ruptura prematura de membranas se ha asociado con desprendimiento prematuro de la placenta, esto se relaciona con la descompresión súbita del útero y ocurre en 5% de los casos.

Otras causas de descompresión uterina, como en embarazo gemelar y polihidramnios se han asociado también al abruptio placentae (6).

Los traumatismos externos pueden desprender la placenta, aunque no siempre hay evidencias clínicas inmediatas, por lo que se mantendría a la paciente en monitorización para excluir un desprendimiento subclínico en evolución.

El tabaquismo y alcoholismo predisponen al desprendimiento de la placenta. En mujeres que consumen cocaína durante el embarazo se ha visto una separación de la placenta en 2-13% de casos.

Un mioma retroplacentario es capaz de producir desprendimiento de la placenta.

Otras causas menos frecuentes son primiparidad, presentaciones viciosas, placenta circunvalata, cordón umbilical corto, diabetes, enfermedades de la colágena, desnutrición, corioamnionitis y endometritis.

Recientemente se ha visto que la trombofilia, una condición que predispone a la trombosis venosa profunda, se ha asociado a complicaciones obstétricas severas. Las placentas de mujeres con trombofilia son caracterizadas por incremento en el daño vascular, múltiples infartos y necrosis fibrinoide (8).

Otras causas que se han encontrado son anomalías uterinas y compresión de la vena cava inferior (10).

Según Alvarez y Caldeiro la hipertensión es la causa de todos los procesos de desprendimiento, aunque puede aparecer secundariamente. Durante el desprendimiento hay aumento del tono y presión intramiométrica, el miometrio comprime los vasos, colapsa las venas, pero no las arterias que tienen una presión superior a la intramuscular. La sangre entra al útero, pero haya dificultades para salir, entonces la presión sanguínea en capilares, venas y lagos sanguíneos aumenta hasta que se rompen y dan origen al hematoma y al desprendimiento. Al desprenderse los cotiledones, la sangre materna de los espacios intervillosos se acumula entre útero y placenta constituyendo el hematoma cuyo volumen se relaciona directamente con el grado de desprendimiento (5).

CLASIFICACIÓN SEGÚN GRAVEDAD

Formas asintomáticas: el desprendimiento es menor a 1/6 de la superficie placentaria, corresponde al grado 0 según Page. El feto está vivo y con latidos cardíacos normales sin evidencia de sufrimiento. Al nacimiento se observa en la superficie materna una depresión circunscripta cubierta por un coágulo oscuro.

Formas leves: en este caso el desprendimiento es menor a 30% de la superficie, corresponde al grado I; la sintomatología es mínima con sangrado escaso, oscuro; dolor abdominal leve, útero no hipertónico, feto vivo. El hematoma retroplacentario rara vez supera los 500mL.

Formas de gravedad moderada: abarcan 30-50% de la superficie placentaria, corresponde al grado II. Existe dolor abdominal, hemorragia externa escasa oscura, útero hipertónico, no se palpan partes fetales; el producto presenta sufrimiento fetal agudo con cambios en la frecuencia cardíaca que sugiere hipoxia, y puede morir. El hematoma es entre 150 y 500mL, pero puede superar esta cantidad. El fibrinógeno está disminuido en niveles inferiores a 150-250mg.

Formas graves: el desprendimiento es mayor al 50% de la superficie placentaria, corresponde al grado III; su inicio es brusco con dolor abdominal intenso, choque, anemia aguda, útero leñoso, trastornos de la coagulación manifestados por fibrinógeno bajo, trombocitopenia, disminución de los factores de la coagulación y aumento de los productos de degradación del fibrinógeno; el feto muerto en 100% de los casos.

ANATOMIA PATOLOGICA

Hemorragia oculta: esta existe cuando hay un derrame por detrás de la placenta y sus márgenes están adheridos, la placenta está desprendida pero las membranas conservan su adherencia, la sangre accede a la cavidad amniótica o la cabeza fetal está tan adosada al segmento que la sangre no puede pasar.

Desprendimiento placentario crónico: algunas veces la hemorragia con formación de hematoma se detiene sin parto.

Hemorragia feto materna: se asocia más con un traumatismo como causa del desprendimiento, es muy rara.

CUADRO CLÍNICO

La sintomatología puede variar dependiendo del grado de desprendimiento y de que la hemorragia sea externa o interna.

Las manifestaciones clínicas dependen del sitio y de la extensión del desprendimiento del sitio placentario, pero el dolor abdominal casi siempre está presente.

Cuando la separación involucra solo los márgenes placentarios, la salida de sangre puede parecer un sangrado vaginal; sin embargo, un gran volumen de sangre puede permanecer oculto en el útero. La pérdida sanguínea severa del desprendimiento, se manifiesta como hipotensión, irritabilidad uterina e hipertensión más sufrimiento fetal.

Se presenta en la mayoría de las veces como un trabajo de parto pretérmino, sufrimiento fetal con alteración de los latidos cardíacos fetales; la hemorragia no es muy abundante siempre oscura y con coágulos, dorsalgia, dolor a nivel del útero de inicio súbito y muy intenso, contracciones uterinas rápidas o hipertensión uterina; choque que no corresponde necesariamente con la magnitud de la hemorragia genital visible (23).

Se agrega además la sintomatología de las complicaciones del abrupcio placentae.

COMPLICACIONES

Coagulopatía por consumo: ocurre hipofibrinogenemia (menos de 150mg/dL en plasma) con niveles elevados de productos de degradación de la fibrina en casos severos de desprendimiento de placenta con feto muerto.

El mecanismo es la inducción de la coagulación intravascular. Se activa el plasminógeno en plasmina lo que lisa los microémbolos de fibrina.

Insuficiencia renal aguda: se observa en casos graves de desprendimiento, en los que se retrasa el tratamiento de la hipovolemia; ocurre necrosis tubular, que afortunadamente la mayoría de las veces es reversible. La causa del daño renal no es clara, pero se asocia una perfusión renal disminuida, vasoespasmo intrarrenal por hemorragia masiva y la presencia de trastornos hipertensivos.

Apoplejía uteroplacentaria (útero de Couvelaire): en casos severos se halla extravasación de la sangre hacia la musculatura uterina y por debajo de la serosa del útero.

La extravasación puede abarcar trompas, ligamentos anchos, parénquima de los ovarios. A causa de esto, el útero pierde su propiedad contractil.

Choque hipovolémico: causado por la hemorragia brusca y masiva.

Necrosis de la hipófisis (síndrome de Sheehan): ocurre por trombos o espasmo del sistema porta; se manifiesta por insuficiencia hipofisiaria; el primer síntoma es agalactia durante el puerperio.

DIAGNÓSTICO

Se realiza por clínica, a pesar de que la sintomatología es variable. No hay pruebas de laboratorio ni métodos diagnósticos que detecten en forma exacta grados menores de desprendimiento de la placenta. Se menciona el antígeno Ca 125 en suero materno como un marcador del desprendimiento de la placenta, el cual se produce por la decidua. La trombomodulina, que es un marcador de células endoteliales, se ha encontrado aumentada en pacientes con desprendimiento. El ultrasonido tiene utilidad limitada, pues pueden observarse lagos venosos normales e interpretarse como un desprendimiento; o pueden ser negativos los hallazgos para desprendimiento estando éste presente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cuando un embarazo viable es complicado por una hemorragia se debe descartar una placenta previa como primera opción, en ésta entidad la hemorragia es abundante, roja, rutilante, sin dolor ni hipertonia uterina y el feto esta vivo(24).

Cuando existe el antecedente de cirugías en útero, pensar en una ruptura uterina, en este caso se presenta como cuadro de abdomen agudo, choque, útero pequeño y el feto se palpa por "debajo de la piel" (10).

Se debe pensar también en causas de hemorragia no obstétrica como sería el caso de neoplasias en cervix, cervicitis, ectopias y pólipos cervicales. Otras causas de dolor abdominal que deben descartarse son colecistitis aguda y apendicitis; en estos casos no hay hemorragia ni hipertoniá uterina.

TRATAMIENTO

Varía de acuerdo con la edad gestacional y la condición de la madre y el feto. Se debe hospitalizar a la paciente, colocar una vía periférica para perfusión de expansores del plasma, colocar sonda vesical, realizar laboratorios (hemoglobina, hematocrito, grupo y Rh, tiempo de trombina y protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, productos de la degradación del fibrinógeno), solicitar sangre para transfusión, determinar fibrinógeno plasmático. Hay que monitorizar a la paciente: volumen urinario, PVC. Monitorizar al feto si está vivo (13).

En casos de trastornos de la coagulación transfundir sangre, plaquetas si la cuenta es menor a 50 000, no usar heparina.

Cuando la hemorragia es masiva se debe evacuar el útero de inmediato para mejorar el pronóstico de la madre y, es de esperarse, también del feto (16). Cuando la hemorragia es lenta sin datos de hipovolemia o anemia, el feto está vivo y es inmaduro, se puede recurrir a la observación con el riesgo de que la placenta continúe desprendiéndose.

Cuando ha ocurrido un desprendimiento menor, asociado con prematuridad extrema, se puede utilizar sulfato de magnesio como tocolítico, aunque en la mayor parte de los casos la separación de la placenta se debe considerar una contraindicación para este tratamiento.

Si el desprendimiento fue tan severo para causar la muerte fetal, se prefiere el parto por vía vaginal, pues los defectos de la coagulación pueden causar una hemorragia excesiva durante una cesárea; además, posterior al parto se estimula al miometrio con fármacos y masaje para que ocurra hemostasia en el sitio de la implantación placentaria.

La cesárea se prefiere en casos de feto vivo con sufrimiento, cuando ello no es posible, habrá que monitorizarlo. Cuanto mayor es el intervalo transcurrido entre internación y parto, mayor es la mortalidad.

PRONÓSTICO

El pronóstico materno ha mejorado en los últimos tiempos, el fetal es muy grave, sobre todo en casos de desprendimiento extenso.

HIPÓTESIS

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta causa una mayor morbimortalidad perinatal y ésta es directamente proporcional al porcentaje de desprendimiento.

Si conocemos los principales factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta entonces podremos prevenir dicha entidad.

OBJETIVOS

Conocer si existe relación entre la morbimortalidad perinatal y el porcentaje de desprendimiento de la placenta.

Conocer los principales factores de riesgo asociados a desprendimiento prematuro de placenta normoinserta para evitar que se presente esta entidad en las pacientes que acuden a control prenatal.

DISEÑO Y DURACIÓN

El estudio es longitudinal retrospectivo, cuya duración será de 2 años: de enero de 2004 a diciembre de 2005.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizarán los expedientes clínicos de las pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta de enero de 2004 a diciembre de 2005.

Criterios de inclusión:

Pacientes de cualquier edad y paridad que hayan presentado desprendimiento prematuro de placenta normoinserta sin importar la vía de resolución del embarazo.

Criterios de exclusión:

Pacientes que hayan tenido alguna otra alteración a nivel placentario, como placenta previa.

Variables a estudiar:

Edad de las pacientes, número de embazos y vía de resolución de los mismos, número de veces que acudieron a control prenatal, datos de sangrado previos al diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, características del embarazo actual (edad gestacional al momento del diagnóstico, si es único o múltiple, patologías agregadas, etc.) antecedentes de mayor importancia de la paciente.

ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados se vaciarán en tablas que contengan cada una de las variables antes mencionadas, el porcentaje de desprendimiento de placenta y las complicaciones causantes de la morbimortalidad perinatal.

RESULTADOS

Se analizaron los expedientes de las pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta normoinserta de enero de 2004 a diciembre de 2005.

Fueron un total de 82 casos de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, con un total de 85 recién nacidos (tomando en cuenta que se presentaron 4 casos de embarazo gemelar); la incidencia aproximada fue de 0.682% para el 2004, de 0.421% para el 2005, con una incidencia total de 0.556% . La siguiente tabla muestra los casos.

TABLA I
INCIDENCIA DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
NORMOINSERTA POR AÑO

AÑO	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE NACIMIENTOS	INCIDENCIA
2004	52	7622	0.682
2005	30	7115	0.421
TOTAL	82	14737	0.556

Teniendo en cuenta que la incidencia del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta aumenta con la edad, se dividen los casos por grupo etareo, de acuerdo con la siguiente tabla.

TABLA II
EDAD MATERNA

GRUPO ETAREO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
< 15 AÑOS	1	1.21%
15-19 AÑOS	13	15.85%
20-24 AÑOS	24	29.26%
25-29 AÑOS	19	23.17%
30-34 AÑOS	13	15.85%
> 35 AÑOS	12	14.63%
TOTAL	82	100%

De acuerdo con la literatura, se ha visto que el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta se presenta con mayor frecuencia en embarazos pretérmino, por lo que se analiza la edad gestacional en la que mayormente se presentó esta patología.

TABLA III
EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
< 20 SEMANAS	0	0%
20 A 27 SEMANAS	8	9.75%
28 A 36 SEMANAS	39	47.56%
37 A 41 SEMANAS	34	41.46%
>41 SEMANAS	1	1.21%
TOTAL	82	100%

El control prenatal es importante para detectar a las pacientes de alto riesgo para presentar patologías asociadas al desprendimiento prematuro de placenta. En la siguiente tabla se especifica el número de pacientes que no tuvieron control prenatal, aquellas cuyo control fue deficiente (menos de 5 consultas) y aquellas en el que fue adecuado (5 o más consultas).

TABLA IV
CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL	CASOS	PORCENTAJE
NULO	27	31.76%
DEFICIENTE	37	45.12%
ADECUADO	18	21.95%
TOTAL	82	100%

Se ha visto, de acuerdo a la literatura, que la paridad es un importante factor de riesgo para presentar desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Las pacientes estudiadas en este análisis, presentaron los siguientes datos.

TABLA V
PARIDAD

PARIDAD	CASOS	PORCENTAJE
CERO	27	32.92
1 A 2 PARTOS	46	56.09
3 A 4 PARTOS	8	9.75
5 O MAS PARTOS	1	1.21
TOTAL	82	100

La patología asociada al desprendimiento prematuro de placenta normoinserata, fue principalmente la enfermedad hipertensiva, aunque hubo otras también asociadas y que se mencionan en la literatura. La siguiente tabla muestra las principales patologías que las pacientes estudiadas presentaron.

TABLA VI
PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

PATOLOGÍA	CASOS	PORCENTAJE
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	20	24.39
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA	1	1.21
PRESENTACIÓN PÉLVICA O SITUACIÓN TRANSVERSA	13	15.85
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	10	12.19
CESAREA ITERATIVA	5	6.09
EMBARAZO GEMELAR	4	4.87
RCIU	4	4.87
OLIGOHIDRAMNIOS	4	4.87
DIABETES GESTACIONAL	3	3.65
POLIHIDRAMNIOS	2	2.43
TABAQUISMO	2	2.43
DESPRENDIMIENTO EN EMBARAZO PREVIO	2	2.43
LEUCEMIA MM3	1	1.21
SIN PATOLOGÍA	26	31.70

La sintomatología que presentan las pacientes varía de acuerdo al sitio y extensión del desprendimiento. Las pacientes estudiadas no presentaron, en su mayoría, ninguna sintomatología, solo fue un hallazgo durante la atención del parto o pudo sospecharse por los antecedentes antes comentados. De las que presentaron síntomas que pudieran hacer sospechar la presencia de desprendimiento de placenta, el sangrado transvaginal fue el más importante.

TABLA VII
SINTOMATOLOGÍA PRESENTADA EN DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA

SÍNTOMA	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
SANGRADO TRANSVAGINAL	28	34.56%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	18	22.22%
CHOQUE HIPOVOLEMICO	11	13.58%
HIPERTONÍA UTERINA	5	6.17%

El grado de desprendimiento placentario, se correlaciona con la morbi-mortalidad materno-fetal; es importante por lo tanto, evaluar los grados de desprendimiento placentario que presentaron las pacientes incluidas en este estudio.

TABLA VIII
GRADOS DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO

GRADO DE DPPNI	CASOS	PORCENTAJE
GRADO I (<30%)	33	40.24%
GRADO II (30 A 50%)	40	48.78%
GRADO III (>50%)	9	10.97%
TOTAL	82	100%

El sexo y peso de los productos fue variado. En cuanto al sexo, el masculino predominó y en relación al peso estuvo relacionado con la edad gestacional y la restricción en el crecimiento intrauterino, siendo mayor el porcentaje de productos de bajo peso con un 56.46%, contra 43.51% de productos con peso adecuado. Las siguientes tablas muestran las variables antes mencionadas.

TABLA IX
SEXO DE LOS RECIÉN NACIDOS

PRODUCTO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
FEMENINO	33	38.37%
MASCULINO	53	61.62%
TOTAL	86	100%

TABLA X
PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS

PESO DEL PRODUCTO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
500 A 999g	7	8.13%
1000 A 1499g	16	18.60%
1500 A 1999g	11	12.79%
2000 A 2499g	14	16.27%
2500 A 2999g	14	16.27%
3000 A 3499g	16	18.60%
≥ 3500g	8	9.30%
TOTAL	86	100%

El APGAR de los recién nacidos es una forma de evaluar la morbilidad y mortalidad perinatal que se presentó en este estudio. Se analiza inicialmente de forma individual y posteriormente relacionado con el grado de desprendimiento placentario.

TABLA XI
INDICE DE APGAR DE LOS RECIÉN NACIDOS

APGAR	AL MINUTO	PORCENTAJE	A LOS 5 MINUTOS	PORCENTAJE
> 8	39	45.34%	59	68.60%
3-7	33	38.37%	14	16.27%
< 3	13	15.11%	12	13.95%
NO VALORABLE	1	1.16%	1	1.16%
TOTAL	86	100%	86	100%

TABLA XII
INDICE DE APGAR DE ACUERDO CON EL GRADO DE DESPRENDIMIENTO
PLACENTARIO AL MINUTO Y A LOS 5 MINUTOS

DPPNI APGAR 1 MIN	GRADO I		GRADO II		GRADO III		TOTAL
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	
> 8	20	57.1	18	42.8	1	11.1	39
3 - 7	12	34.2	16	38.09	5	55.5	33
< 3	3	8.57	7	16.6	3	33.3	13
NO VALORABLE	0	0	1	2.38	0	0	1
TOTAL	35	100	42	100	9	100	86

DPPNI APGAR 5 MIN	GRADO I		GRADO II		GRADO III		TOTAL
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	
> 8	29	82.8	27	64.2	3	33.3	59
3 - 7	3	8.57	9	21.4	2	22.2	14
< 3	3	8,57	5	11.9	4	44.4	12
NO VALORABLE	0	0	1	2.38	0	0	1
TOTAL	35	100	42	100	9	100	86

De acuerdo a lo anterior, se puede observar que el porcentaje de desprendimiento placentario, se relaciona de manera directa con un APGAR bajo, así como con la mortalidad fetal. La siguiente tabla muestra el número de productos vivos y muertos al momento del nacimiento.

TABLA XIII
MORTALIDAD FETAL AL PARTO

PRODUCTO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
VIVO AL NACER	75	87.20%
MUERTO AL NACER	11	12.79%
TOTAL	86	100%

Si dividimos los mortinatos por edad gestacional, 7 fueron productos inmaduros comprendidos entre las 20 y 27 semanas de gestación, 3 se trataban de productos pretérmino comprendidos entre las 28 y 36 semanas y solo un producto fue de término de 38 semanas.

La vía de resolución del embarazo fue en su mayoría mediante cesárea, siendo las principales indicaciones: sangrado transvaginal abundante, hipertoniá uterina, sufrimiento fetal agudo, enfermedad hipertensiva asociada al embarazo con deterioro materno, presentaciones anormales, cesárea iterativa, embarazo gemelar, oligohidramnios y restricción en el crecimiento intrauterino.

De los 82 casos estudiados, la resolución fue mediante cesárea en 76 de ellos, 74 de tipo Kerr y dos clásicas por tratarse de productos inmaduros; hubo 2 partos pélvicos, un parto eutócico y 3 aplicaciones de forceps.

DISCUSIÓN

Entre el 2 y 5% de las embarazadas sufre de hemorragia en algún momento de la segunda mitad del embarazo (12). Las causas pueden ser ginecológicas u obstétricas; de estas últimas, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta representa una tercera parte de las causas, con una frecuencia de 1 de cada 100 a 300 partos (16) y en los casos de desprendimiento grave, la frecuencia es de 1 en 500 a 750 partos (18).

El presente estudio, analiza los casos de desprendimiento de placenta normoinserta que se presentaron en el Hospital General de México de enero de 2004 a diciembre de 2005; encontrándose lo siguiente.

La incidencia total encontrada fue de 0.556%, lo cual coincide con la literatura, en la que varía de 0.52 a 1.29% (14).

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta fue más frecuente en pacientes de 20 a 24 años, con un porcentaje de 29.2%, seguido de pacientes de 25 a 29 años, con un porcentaje de 23.17% y fue menos frecuente en pacientes menores de 20 años con un porcentaje de 17.05%. Lo anterior coincide con la literatura que indica que la incidencia del padecimiento en estudio, aumenta con la edad materna (figura 1).

Se ha visto que el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta es más frecuente en embarazos pretérmino, lo cual se corrobora en el presente estudio, en el que se observa que el 47.56% de los casos, ocurrió en embarazos de las 28 a 36 semanas de gestación.

El control prenatal es parte fundamental para llevar una gestación a término de la forma más adecuada (21). Las pacientes estudiadas tuvieron en su mayoría, un control prenatal inadecuado o incluso nulo, aún teniendo factores de riesgo para presentar desprendimiento de placenta o cualquier otra patología durante la gestación (Figura 2).

La revisión bibliográfica reporta un aumento en la frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en pacientes con alta paridad. En el actual estudio se vio un mayor número de casos en pacientes con antecedente de uno o dos partos, con una frecuencia de 56.09%.

La principal patología asociada al desprendimiento prematuro de placenta fue la enfermedad hipertensiva, reportándose 21 casos que representan un 25.6% del total, seguido de la presentación pélvica y/o situación transversa con un porcentaje de 15.8% y de la ruptura prematura de membranas con un total de 12.1%.

De acuerdo a publicaciones, la ruptura prematura de membranas se asocia a un alto índice de casos de desprendimiento prematuro de placenta, sobre todo, cuando la ruptura es prolongada, asociándose incluso, un mayor riesgo en casos de corioamnionitis, situación que se presentó solamente en dos de las pacientes (14). Aunque se reporta como causa importante de desprendimiento placentario a los traumatismos, en el presente estudio no hubo ninguna paciente con tal situación, debido probablemente, a que el Hospital General de México no cuenta con Ministerio Público, con lo que las pacientes embarazadas que presentan algún traumatismo, suelen ser enviadas a otro hospital y no al nuestro (Figura 3).

En cuanto a la sintomatología que tuvieron las pacientes estudiadas, se observa que las principales fueron sangrado transvaginal (34.5%), sufrimiento fetal agudo (22.2%), choque hipovolémico (13.58%) e hipertensión uterina (6.16%). Aproximadamente 24% de las pacientes no tuvieron sintomatología que hiciera sospechar la presencia de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. La bibliografía reporta como principal síntoma al sangrado transvaginal, desde un 50 hasta un 90% (13).

El choque hipovolémico se presenta, de acuerdo a la literatura hasta en un 6% (14), en nuestro estudio se presentó en 13.5% de los casos.

El 48.7% de los casos presentados corresponden a un desprendimiento prematuro de placenta normoinserta moderado, es decir de 30 a 50% de la superficie placentaria, siendo los casos severos los menos frecuentes.

Los productos obtenidos de los embarazos estudiados fueron predominantemente del sexo masculino (61.6%) y con un peso de 1000 a 1499g, seguido de productos con un peso de 3000 a 3499g.

El APGAR de los productos varió de acuerdo al grado de desprendimiento placentario, siendo más alto en las formas leves y más bajo en las formas severas. Se observa también que hay recuperación a los 5 minutos de nacido el producto, sobre todo en las formas leves de desprendimiento placentario. Para el grado I de desprendimiento el APGAR que predominó fue igual o mayor de ocho al minuto (57.1%) y 5 minutos (82.8%); para el grado II de desprendimiento, los productos presentaron mayormente APGAR igual o mayor de 8 al minuto (42.8%) y a los 5 minutos (64.2%) y finalmente para productos con desprendimiento grado III, el APGAR más alto fue 3 a 7 al minuto (55.5%) y menor de 3 a los 5 minutos (44.4%). Con todo lo anterior, se concluye que de los 86 recién nacidos, el 75.5% presentó un APGAR normal.

Finalmente, de los 86 recién nacidos, 11 de ellos nacieron muertos, 5 fallecimientos se asociaron a desprendimiento moderado, 3 a desprendimiento severo y 3 a desprendimiento leve. El resto de los productos (87%) nacieron vivos, de los cuales, el 86.2% fue con APGAR adecuado y el 32.1% fue con APGAR bajo.

De las 82 pacientes estudiadas, falleció solamente una por complicación de coagulación intravascular diseminada, secundaria a choque hipovolémico grave por dehiscencia de histerorrafia previa con realización de histerectomía subtotal abdominal.

Otras dos pacientes presentaron choque hipovolémico severo y a una de ellas se le realizó histerectomía abdominal por complicación de útero de Crouveliere con atonía. El resto de las pacientes no tuvo otras complicaciones fuera de las patologías presentes antes del desprendimiento placentario.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la hipótesis planteada, es correcto afirmar que el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta causa morbimortalidad materno-fetal, directamente proporcional al grado de desprendimiento placentario.

Lo anterior se asocia mayormente a casos de pacientes que presentan enfermedad hipertensiva asociada al embarazo y que no llevan un adecuado control prenatal.

La mortalidad fetal total fue de 12.79% y la mortalidad materna fue de 1.21%.

Conociendo los factores de riesgo principalmente involucrados en la génesis del desprendimiento placentario, es posible prevenir dicha entidad, mediante la educación de la mujer embarazada para mantener un control prenatal adecuado durante su gestación y para reconocer los principales datos de alarma relacionados con la patología en estudio y otras que puedan poner en riesgo su vida y la del producto.

Las pacientes con patologías tales como enfermedad hipertensiva asociada al embarazo o con factores de riesgo para presentarla (19), diabetes gestacional, madres fumadoras o con alguna otra toxicomanía, deben ser vistas en el servicio de perinatología, para que su control sea más estrecho, y de esa forma se puedan detectar de manera temprana, datos que nos indiquen la posibilidad de que exista un desprendimiento prematuro de placenta normoinserta; asimismo, dado que la patología en estudio se presenta más frecuentemente en pacientes con embarazo pretérmino, sería adecuada la administración de inductores de madurez pulmonar en pacientes con alto riesgo de presentarla.

RESUMEN

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta es la separación parcial o total de la placenta de su sitio de implantación normal a partir de la semana 20 de gestación hasta antes del nacimiento del feto. Representa un tercio de las causas de hemorragia durante la segunda mitad del embarazo. La frecuencia varía de 1 de cada 100 a 300 partos y la mitad de los casos ocurre antes de que se presente el trabajo de parto.

La causa no se conoce, pero existen factores de riesgo que se asocian, principalmente enfermedad hipertensiva, alta paridad, edad materna avanzada, ruptura prematura de membranas y la descompresión brusca del útero, entre otras.

El desprendimiento placentario se clasifica por gravedad de acuerdo a la superficie que se separa antes del nacimiento del producto en leve (<30%), moderada (30 a 50%) y severa (>50%).

El cuadro clínico varía de acuerdo al grado de desprendimiento, siendo las manifestaciones principales sangrado transvaginal, hipertoniá uterina, sufrimiento fetal agudo, dolor de inicio súbito e intenso y en algunas ocasiones, choque hipovolémico.

Las principales complicaciones maternas son coagulación intravascular diseminada, choque hipovolémico, insuficiencia renal aguda y síndrome de Sheehan, todos relacionados con hemorragia. Otra complicación es la apoplejía placentaria o útero de Couveliere.

El diagnóstico es totalmente clínico y se debe diferenciar de otras causas de hemorragia durante la segunda mitad del embarazo.

El tratamiento depende del grado de desprendimiento placentario y de las condiciones materno-fetales; en caso de hemorragia intensa, siempre debe evacuarse el útero, independientemente de la edad gestacional, para mejorar el pronóstico materno e incluso, el fetal.

Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo, con expedientes de pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en el Hospital General de México, de enero de 2004 a diciembre de 2005. Se incluyeron un total de 81 pacientes, excluyendo a aquellas que tenían alguna otra patología placentaria.

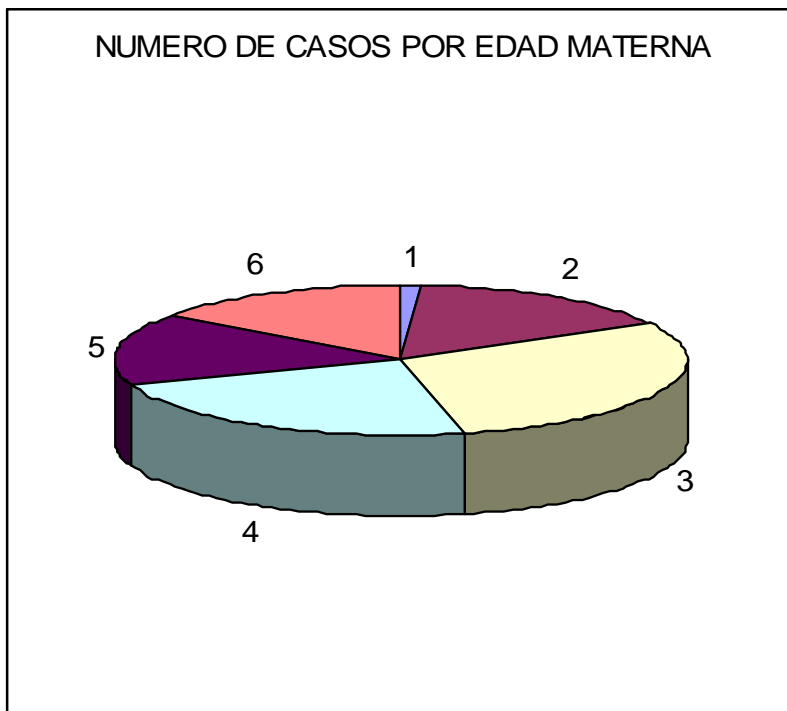
Los datos arrojaron que el desprendimiento prematuro de placenta fue mayor en mujeres con inadecuado o nulo control prenatal, predominaron edades de 20 a 30 años, con antecedente de uno o más partos; asimismo fue más frecuente en embarazos con edades comprendidas entre las 28 y 36 semanas de gestación y siendo los principales factores de riesgo la enfermedad hipertensiva, la ruptura prematura de membranas, las presentaciones diferentes de la cefálica, el embarazo gemelar, el polihidramnios, la diabetes gestacional, el tabaquismo y el antecedente de desprendimiento placentario en embarazo previo.

El síntoma mayormente presentado en estas pacientes fue el sangrado transvaginal; el grado moderado de desprendimiento predominó sobre los grados leves y severos. Los productos de las pacientes estudiadas fueron principalmente del sexo masculino y de peso de 1000 a 1500g. El APGAR se relacionó en la mayoría de los casos, con el grado de desprendimiento placentario.

La mortalidad fetal fue de 12.79% y la materna fue de 1.21%.

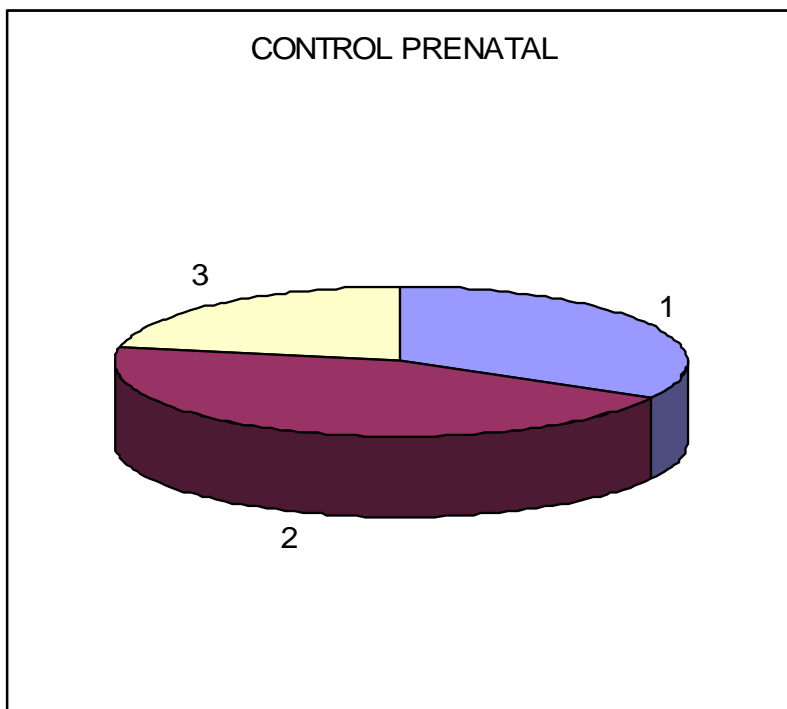
ANEXO

Figura 1



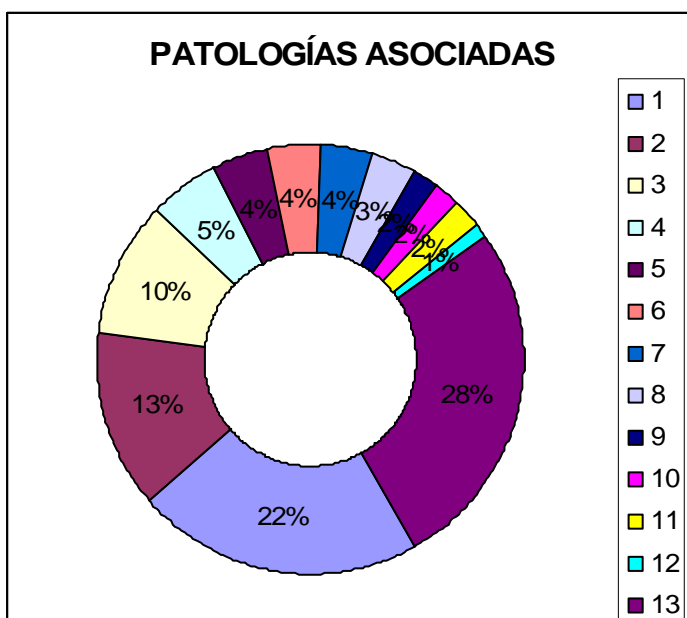
1	< 15 años
2	15 a 19 años
3	20 a 24 años
4	25 a 29 años
5	30 a 34 años
6	> 35 años

Figura 2



1	ADECUADO
2	DEFICIENTE
3	NULO

Figura 3



- 1 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA
- 2 PRESENTACIÓN PÉLVICA O SITUACIÓN TRANSVERSA
- 3 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
- 4 CESÁREA ITERATIVA
- 5 EMBARAZO GEMELAR
- 6 RCIU
- 7 OLIGOHIDRAMNIOS
- 8 DIABETES GESTACIONAL
- 9 POLIHIDRAMNIOS
- 10 TABAQUISMO
- 11 DPPNI EN EMBARAZO PREVIO
- 12 LEUCEMIA MM3
- 13 SIN PATOLOGÍA

BIBLIOGRAFIA

1. Cunningham FG. et- al Obstetricia de Williams 20a edición Editorial médica panamericana. Buenos Aires, 1998; pags:694-702.
2. INPER. Normas y procedimientos de obstetricia y ginecología 1998; pags: 35-36.
3. Ahued JR. Ginecología y obstetricia aplicadas 2ª edición. Manual Moderno. México, 2003; pags: 365-370.
4. Burrow GN, Ferris TF. Complicaciones médicas durante el embarazo 4ª edición. Editorial médica panamericana. México, 1998; pags: 78-79.
5. Schwarcz RL. et-al Obstetricia Editorial el ateneo. Buenos Aires, 2002: 195-199.
6. Vispo SN, Casal JP, Waisblatt L, Karatanasópuloz CM. Abruptio placantae: revisión Revista de posgrado de la Cátedra Vía Medicina, octubre 2001; pp 18-21.
7. Castejón OC, Molinaro MP. Cambios degenerativos corionicos y su relación con desórdenes hipertensivos en casos de desprendimiento prematuro grave de placenta normoinserta Gac Med Caracas 2003; 11 (2): 117-122.
8. Facchinetti F. Thrombophilic mutations are a main risk factor for placental abruption Journal of hematology, july 2003; 88(07):785-788.
9. Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage Bailliere´s clinical obstetrics and gynaecology. 2000 14(1); 1-18.
10. Abbrescia K, Sheridan B. Complications of second and third trimester pregnancies Emergency medicine clinics of North America. August 2003, 21(3).
11. Alvarez N, Marin R. Complicaciones maternas graves asociadas a la preeclampsia: una patología casi olvidada Nefrología, 2001; 21(6):565-73.
12. www.drscope.com/pac/anestesia
13. Corral J. Conducta en el desprendimiento de la placenta normalmente insertada Revista de Ginecología.
14. Castilla F, Montoya A, Fernández A. Desprendimiento prematuro de placenta Ginecología y obstetricia, agosto 1997; 43(2):125-31.
15. Vargas HV. Hipertensión crónica durante el embarazo Rev Hosp Jua Mex 1996; 63(2): 34-36.
16. Gómez R, Carstens R. Metrorragia de la segunda mitad de la gestación y del posparto inmediato Pontificia Universidad Católica de Chile.
17. Malaverry H. La emergencia ginecoobstétrica en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins del IPSS Ginecol Obstet 42(1): 28-33.
18. DeCherney A, Nathan L. Current Obstetric and Gynecologic Ninth edition. A Lange Medical Book, United States, 2003; pags: 357-362.
19. Dekker G. Factores de riesgo de preeclampsia. Clínicas obstétricas y ginecológicas. Volumen 42, Número 3. McGraw-Hill Interamericana; México, 1999; pags: 383-391.

20. Olivar C et-al. Madurez de las vellosidades coriales y su relación con desórdenes hipertensivos en casos de desprendimiento prematuro grave de placenta normoinserta Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Diciembre 2004; 8(3): 17-26.
21. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio
22. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial
23. Dyer I. Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta Ginecol Obstet, Méx 2004; 72(9):487-490.
24. www.cedip.cl. Metrorragias de la segunda mitad de la gestación.