

11217
23
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

**DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
NORMOINSERTA INCIDENCIA Y RESULTADO
PERINATAL EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A :
DRA. JUDITH GARNICA TOVAR**



IMSS

0276330

ASESOR: DR. GUILLERMO SANCHEZ HUERTA

MEXICO, D. F.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTÉTRICA
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

**DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA,
INCIDENCIA Y RESULTADO PERINATAL EN EL HOSPITAL DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"**

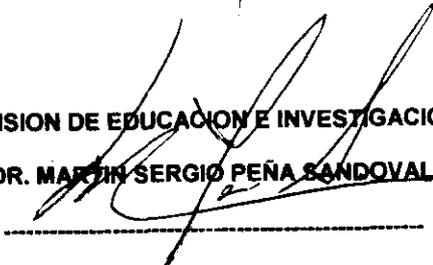
DIRECTOR DEL HOSPITAL:

DR. FERNANDO ALFONSO RIOS MONTIEL



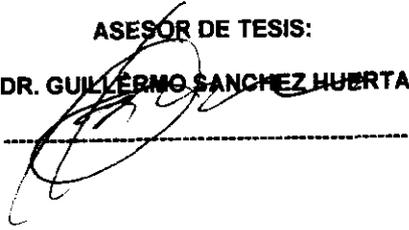
JEFE DE DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA:

DR. MARTIN SERGIO PEÑA SANDOVAL



ASESOR DE TESIS:

DR. GUILLERMO SANCHEZ HUERTA



**A DIOS POR DARME LA EXISTENCIA
E ILUMINAR MI CAMINO**

“El médico no es un mecánico que deba arreglar un organismo enfermo como se arregla una máquina descompuesta. Es un hombre que se asoma sobre otro hombre, en un afán de ayuda, ofreciendo un poco de ciencia y un mucho de comprensión y simpatía”.

**A MI ESPOSO: FRANCISCO JAVIER
POR SER MI COMPAÑERO, MI AMIGO,
POR SABER CON SU AMOR Y PACIENCIA
ESTIMULARME EN MOMENTOS DE DEBILIDAD
PARA LOGRAR MI FORMACION COMO
ESPECIALISTA.**

**A MI HIJO: JAVIER ARTURO
EL MEJOR REGALO DE LA
VIDA QUE DIOS ME HA DADO.**

:

**A LA MEMORIA DE MI MADRE:
MA. SOCORRO TOVAR
POR SER EL ANGEL QUE ME GUIA.**

**A MI PADRE: J. ROSARIO GARNICA T.
Y A MIS HERMANOS
MI ETERNO AGRADECIMIENTO POR
TODOS SUS CONSEJOS Y ESTIMULO
CONSTANTE PARA ALCANZAR ESTA META.**

**A MI SUEGRA: MARIA CRUZ NERI
POR SU APOYO Y AYUDA.**

INDICE

Contenido	pagina
Resumen	1
Introducción	2
Metodología	8
Resultados	9
Discusión	19
Conclusiones	22
Bibliografía	23
Anexo	25

RESUMEN

GARNICA T. J, SANCHEZ H. G. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera incidencia y resultado perinatal en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala".

Objetivos: conocer la incidencia del desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en nuestro hospital, describir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, así como los factores de riesgo asociados.

Diseño del estudio: descriptivo, prospectivo, observacional y transversal.

Material y métodos: se registraron las pacientes a quienes se les detectó desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) en el hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS, durante el periodo de abril de 1998 a marzo de 1999. Se obtuvo la información general de la madre, los factores de riesgo asociados al DPPNI, la vía de interrupción del embarazo, el grado de desprendimiento, el sangrado materno, así como las condiciones neonatales al nacimiento y las complicaciones de la madre y el recién nacido, estos datos se tomaron de los expedientes correspondientes. Se calcularon los porcentajes y las medidas de tendencia central y de dispersión de las variables y se calculó el OR y el RR para analizar la asociación entre factores de riesgo y el DPPNI.

Resultados: se captaron 72 pacientes que presentaron DPPNI, se obtuvo una incidencia de 4 por cada 1000 nacidos vivos. La edad promedio de las pacientes fue de 25.9 años, con una media de gestaciones de 1.86. El 76% de las pacientes (55) tuvieron algún factor de riesgo asociado al DPPNI. Los principales factores de riesgo encontrados fueron el uso de ocitócicos en el 38% (21) de las pacientes con algún factor de riesgo, la ruptura prematura de membranas en el 29% (16) y la hipertensión arterial asociada al embarazo en el 27% (15). La media del porcentaje de DPPNI fue de 38.9, con un rango del 10% al 100%. El sangrado promedio fue de 657.5 ml con un rango de 150 a 5,400 ml. Las principales complicaciones maternas fueron el útero de Couvelaire en 5 pacientes y el choque hipovolémico en otras 5 mujeres. Con relación a las condiciones de los neonatos al nacer, el 82% (61) nacieron vivos y el 18% (13) se obtuvieron muertos. El promedio del Apgar al minuto fue de 5.4 y a los cinco minutos fue de 6.5. La principal complicación fue la prematuridad con una edad gestacional promedio por Ballard de 35.8 semanas y un peso de 2,427.3 gr. Al calcular el riesgo relativo en las pacientes con algún factor de riesgo para DPPNI este fue de 5, con OR de 10.47 y un IC del 95%.

Conclusiones: los principales factores de riesgo para DPPNI son el uso de ocitócicos, la ruptura prematura de membranas y la hipertensión arterial asociada al embarazo. Las complicaciones maternas más frecuentes son el choque hipovolémico y el útero de Couvelaire. La principal complicación neonatal es la prematuridad. Se requieren de estudios más específicos para analizar los principales factores de riesgo por separado y determinar el riesgo relativo con relación a la población general de nuestro hospital.

Palabras clave: desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, útero de Couvelaire, resultado perinatal.

INTRODUCCION

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) es la principal causa de sangrado en el tercer trimestre del embarazo, Audrey y colaboradores durante el período de 1979 a 1986 encontraron que el 6% de las muertes maternas en Estados Unidos se debieron a este hecho. Se asocia una tasa de mortalidad perinatal del 20% al 40% con el DPPNI (1). La frecuencia del abruptio placentae (A.P.) es de 3-16 x 1000 nacimientos de acuerdo con Svein, y su proporción por 10,000 embarazos aumenta el riesgo a razón de 1.3% a las 28 semanas de gestación y puede llegar hasta un 14.1% en la semana 42 (2).

En otro reporte de Svein y colaboradores en 1987, encontraron que alrededor del 10% de las muertes perinatales en E.U. eran secundarias al desprendimiento placentario. En Suecia los mismos autores registraron un 8.6% de las muertes perinatales que ocurren en el tercer trimestre asociadas al DPPNI (3).

Entre las principales causas que producen la muerte de los fetos en el desprendimiento de placenta está la prematuridad y la asfixia. En los últimos 15 a 20 años, la frecuencia del desprendimiento prematuro de placenta que provoca letalidad de los fetos se reporta entre un 19 a un 30% (3).

En uno de los estudios más grandes realizados hasta el momento por Käregård y Gennser (1986), reportaron una frecuencia del abruptio placentae de 1 en cada 150 partos, y la tasa de mortalidad perinatal encontrada fue del 20%. En la Universidad de Tennessee, Abdela y colaboradores en 1984 investigaron la frecuencia del desprendimiento de

placenta y hallaron que se presenta en 1 de cada 90 partos, con una tasa de mortalidad perinatal del 35% en todos los casos, siendo esta en los fetos de 1,000 gr o más del 25% (4).

Saftlas y col. (1991) señalan que la incidencia del desprendimiento de placenta aumentó en el período de 1979 a 1987. En este estudio no se encontró la causa que ocasionaba este incremento y se cree que pudo ser debida a desventajas sociales (1).

En años recientes en el Hospital Parkland, la frecuencia del DPPNI en cualquiera de sus grados se reporta en 1 de cada 200 partos y la de la mortalidad fetal ha disminuido hasta 1 de cada 830 partos, se cree que la mejoría en el resultado perinatal es debido a la atención más rápida y oportuna de las pacientes (5).

Las muertes fetales que ocurrieron en el tercer trimestre en más de 40,000 partos atendidos en el Hospital Parkland durante 1992 y 1994, el 12% fueron consecuencia del desprendimiento de placenta; esta frecuencia es semejante a la descrita por Fretts y colaboradores (6).

El desprendimiento de placenta se ha convertido en la principal causa conocida del 15% de todos los decesos fetales. Es importante tener en cuenta que los fetos que sobreviven pueden presentar secuelas adversas, como las que encontraron Abdella y colaboradores, la de mayor importancia es el déficit neurológico significativo durante el primer año de vida (7).

La causa principal del desprendimiento de placenta no se conoce aún, sin embargo, se mencionan varios factores que lo pueden condicionar como son: hipertensión crónica o inducida por el embarazo, preeclampsia, eclampsia, amniotomía, ruptura prematura de membranas, ruptura prematura de membranas pretérmino, traumatismos abdominales externos, ingestión de drogas como la cocaína y el crack, tabaquismo, multiparidad, raza negra, polihidramnios, embarazo gemelar, bajo nivel socioeconómico, trabajo de parto precipitado así como la edad, entre otras (1,2,3,4,8, 9, 10, 11, 12) .

La hipertensión crónica o inducida por el embarazo se encontró en la mitad de las mujeres que presentaron desprendimiento de placenta de acuerdo al estudio realizado por Pritchard y col. (5). Ananth, Williams y Morgan en diferentes estudios hallaron que en las mujeres hipertensas es más probable un desprendimiento placentario con mayor severidad (10,13).

Es importante considerar que el antecedente de DPPNI en embarazos previos aumenta el riesgo de recurrencia para los siguientes embarazos en una proporción del 10-15%. Un mecanismo biológico para explicar esta causa consiste en que durante el embarazo el endometrio que se encuentra por debajo del sitio de implantación de la placenta queda lesionado y en embarazos siguientes, el área de mayor superficie que requiere de más aporte sanguíneo es el espacio intervelloso, quedando comprometida su circulación y en esta forma aumenta el riesgo de abruptio placentae (10).

La amniotomía puede provocar DPPNI por descompresión brusca de la cavidad uterina, razón por la cual se recomienda no realizarla en forma rutinaria durante el trabajo de parto para evitar este tipo de accidente iatrogénico, según lo mencionado por Pritchard (5).

La administración de sustancias ocitócicas también se ha relacionado con DPPNI, sobre todo cuando llegan a provocar hipertensión, polisistolia uterina, y secundario a lo anterior sobreviene el DPPNI, que también se considera como iatrogenia.

La ruptura prematura de membranas pretérmino (PPROM) es una complicación que se presenta en el 1% de los embarazos (9). Gonen y col. (1989) informaron una incidencia del 5.6% en embarazos menores a 34 semanas con ruptura de membranas durante más de 24 horas (4). Major y col., describieron una incidencia del 5% en embarazos entre las 20 y 36 semanas (14). Ananth y col., hallaron un riesgo tres veces mayor de desprendimiento de placenta en casos de ruptura de membranas (10).

Se ha encontrado que en los casos de ruptura prematura de membranas pretérmino entre las 20 y 36 semanas de gestación que se les dio tratamiento en forma conservadora con manejo expectante, tuvieron un incremento en la incidencia de DPPNI hasta un 5% más que en la población no expuesta. En este mismo estudio se reporta que las pacientes que durante su embarazo presentaron algún episodio de sangrado fue más frecuente la RPM y el DPPNI predispuso a distress fetal intraparto (9).

Los traumatismos abdominales externos pueden ocasionar DPPNI, pero cuando son leves pueden causar un riesgo fetal que no siempre se observa en la clínica por lo que es conveniente la realización de un monitoreo fetal prolongado para descartar DPPNI que se presente en forma subclínica (4). De un 20 a un 50% de las embarazadas presentan traumatismos abdominales y solo del 1 al 5% de estas presentan DPPNI (8).

El tabaquismo es causa de DPPNI en un 40% según Voigt y colaboradores (15). En el estudio de mortalidad perinatal realizado en Ontario se reporta que el tabaquismo aumenta la mortalidad perinatal hasta un 50% en mujeres fumadoras durante el embarazo. Naeye publicó un estudio en el que las mujeres que fumaron menos de 10 cigarrillos por día durante 13 años tenían una incidencia de abrupcio placentae de 36 por 1,000 nacimientos, en las mujeres que nunca habían fumado fue de 17 por 1000 nacimientos; y en aquellas mujeres fumadoras que suspendieron el tabaquismo durante el embarazo su incidencia era semejante a las no fumadoras; 19 por 1000 recién nacidos (11).

El mecanismo que produce el abrupcio placentae secundario al tabaquismo se explica por la producción de necrosis periférica, microcalcificaciones, ateromas, o cambios fibrosos en la placenta, así como, hipovascularidad y atrofia de las vellosidades. Los cambios anteriores ocurren por una disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario-fetal.

El consumo de cocaína como informa Dombrowski y colaboradores se vinculó con la separación de la placenta en un 2% en 592 mujeres que usaron la droga durante el embarazo (16). Hoskins y colaboradores encontraron un 13% de abrupcio placentae en 112 mujeres que continuaron con el consumo de cocaína durante la gestación (17).

En estudios recientes realizado por Hauth y colaboradores donde se investigó si la administración de aspirina como profiláctico en los casos de preeclampsia o hipertensión asociada al embarazo aún a dosis mínimas podía ocasionar DPPNI, no encontraron alguna relación.

Las principales complicaciones asociadas al desprendimiento placentario en la madre fueron: el shock, la coagulopatía por consumo y la insuficiencia renal y el útero de Couvelaire (4).

La calificación de Apgar a los 5 minutos de vida fue menor a 7 en un 13 % de los casos y menor en un 1.1% en comparación con la población general, el riesgo relativo en el DPPNI para que el neonato presente un apgar menor a 7 en los 5 minutos es de 11.8 y ajustado a la edad gestacional fue de 7.8 comparado con la población general que no presentó DPPNI (2).

El DPPNI de placenta normoinsera aún es considerado la primer causa de sangrado en el tercer trimestre del embarazo. La mortalidad materna y neonatal asociadas, hacen necesario el conocimiento de su incidencia y los factores de riesgo que se asocian con mayor frecuencia en las pacientes embarazadas que presentan el DPPNI del Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala". Así podremos poner en práctica conductas preventivas para detección oportuna en pacientes con alto riesgo de presentar el DPPNI e incidir en la morbi-mortalidad de las complicaciones maternas y neonatales. El objetivo de nuestro estudio es conocer la incidencia del desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", describir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal asociadas, así como los factores relacionados a tal evento.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio de investigación descriptivo, prospectivo, observacional y transversal en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social "Luis Castelazo Ayala" en la ciudad de México D.F. Se incluyeron a 72 pacientes que se les detectó desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y que se confirmó en el momento del alumbramiento, durante el periodo de abril de 1998 a marzo de 1999. Se excluyeron del estudio a 14 pacientes, de las cuales 2 se descartó el desprendimiento y 12 no contaron con los datos completos.

Se obtuvieron los datos de las pacientes y sus recién nacidos de los expedientes correspondientes, registrando los datos generales de la madre, los factores de riesgo asociados al DPPNI, la vía de interrupción del embarazo, el grado de desprendimiento placentario, el sangrado materno, las condiciones del neonato al nacimiento y las complicaciones maternas y neonatales, en la hoja de recolección de datos, la cual se muestra en el anexo.

El presente estudio no tiene implicaciones éticas, por tratarse de una investigación descriptiva que no tuvo ningún riesgo para la salud. Sólo requirió de la información y aceptación de la madre para recolectar los datos de ella misma y del neonato. Se presentó al Comité de Investigación local.

De las variables estudiadas se analizaron porcentajes, así como las medidas de tendencia central y de dispersión y se obtuvo la incidencia del DPPNI. Se calculó la prueba OR y RR para analizar la asociación entre los factores de riesgo y el desprendimiento placentario.

RESULTADOS

La incidencia del desprendimiento prematuro de placenta norminserta fue de 4 por cada 1000 nacimientos, y respecto al número de cesáreas su incidencia fue de 9.7 por cada 1000 cesáreas. En el cuadro 1 se muestran los datos generales de la madre, la edad promedio fue de 25.92 años, el número de embarazos de 1.86, los partos tuvieron una media de 0.57, los abortos de 0.18 y las cesáreas de 0.11, la edad gestacional de acuerdo con la fecha de la última menstruación promedió 35.92 semanas.

Cuadro 1

Datos maternos	Media	Desviación standard
Edad	25.92	+/- 5.27
Gestaciones	1.86	+/- 1.13
Partos	0.57	+/- 1.25
Abortos	0.18	+/- 0.45
Cesáreas	0.11	+/- 0.32
Edad gestacional	35.92	+/- 4.60

En la figura 1 observamos que 55 pacientes (76%) presentaron algún factor de riesgo relacionado con el DPPNI y 17 (24%) no tuvieron ninguno. De las pacientes con algún factor de riesgo, 42 contaron con un solo factor y 13 presentaron dos o más factores de riesgo (figura 2).

Figura 1

DPPNI PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO

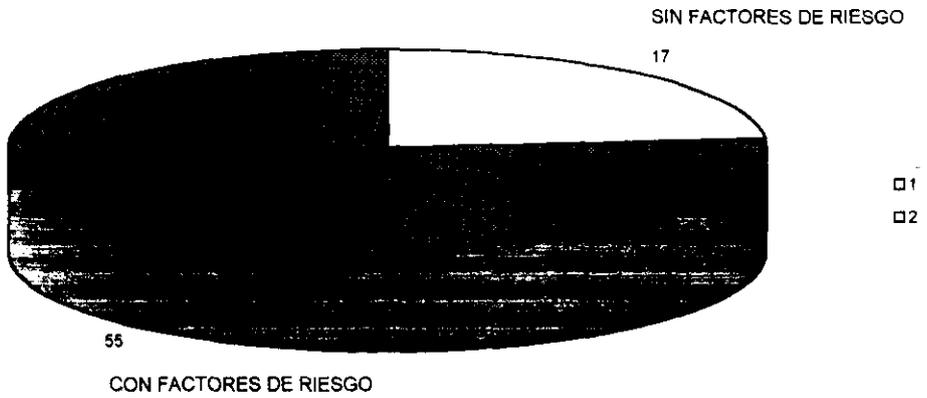
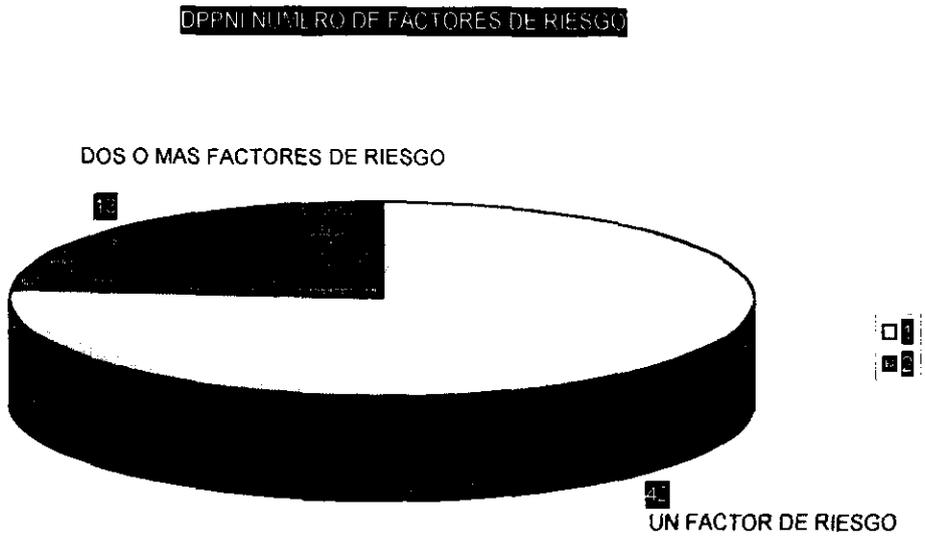


Figura 2



Los factores de riesgo para presentar DPPNI encontrados fueron: en 15 pacientes estaba complicado el embarazo con la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, 16 tuvieron ruptura prematura de membranas, el uso de ocitócicos se detectó en 21 pacientes, la polisistolia se reportó en 4 de las embarazadas y en 10 mujeres se hallaron otras causas (figura 3).

Las pacientes que presentaron hipertensión asociada al embarazo 4 clasificaron como preeclampsia leve, 9 pacientes tuvieron preeclampsia severa y 2 preeclampsia sobreagregada (cuadro 2).

Cuadro 2

DPPNI pacientes con enfermedad Hipertensiva asociada al embarazo	
Clasificación de la hipertensión	No. pacientes
Preeclampsia Leve	4
Preeclampsia severa	9
Preeclampsia sobreagregada	2

Las 10 pacientes con algún otro factor de riesgo asociado al DPPNI, encontramos que 3 fueron multiparas, hubo 2 embarazos gemelares, la trombocitopenia se reportó en 2 embarazadas, 1 paciente tuvo dehiscencia de histerorrafia, la placenta ácreta se presentó en 1 paciente y en otra se encontró placenta marginal.

En el cuadro 3 observamos las características del evento obstétrico. La cesárea Kerr se practicó en 64 embarazadas y la cesárea corporal se le realizó a 8 de las pacientes, no

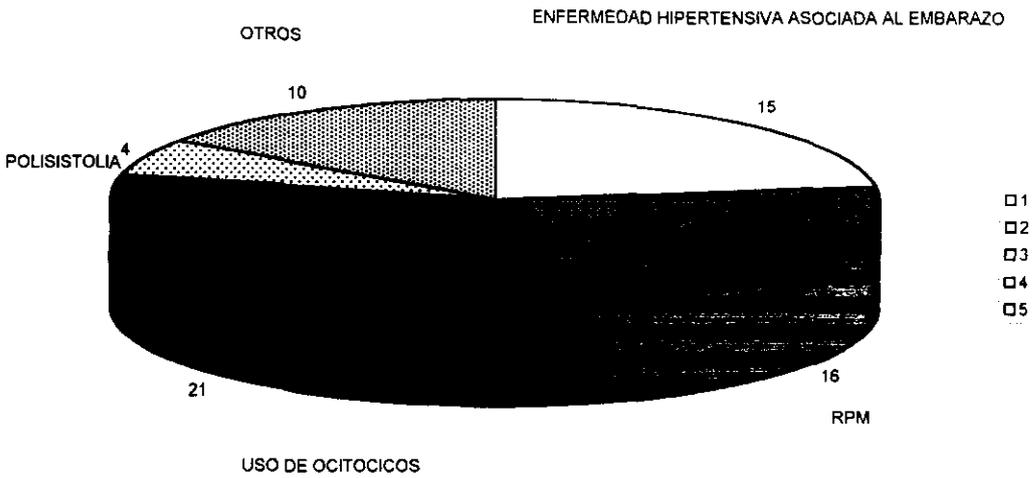
hubo ningún reporte de desprendimiento placentario en los partos. Con relación al tipo de anestesia a 40 mujeres de les aplicó bloqueo peridural y a 32 pacientes se les administró anestesia general. El promedio del porcentaje del desprendimiento placentario fue del 38.82%, con un rango mínimo de 10% y una máximo de 100%. La media del sangrado materno fue de 657.64 ml, el rango inferior fue de 150 ml y el superior de 5,400 ml.

Cuadro 3

Características del evento obstétrico		
Tipo de cesárea	Número	Porcentaje
Kerr	64	88.9
Corporal	8	11.1
Tipo de anestesia		
Bloqueo peridural	40	55.5
General	32	44.5
Porcentaje de DPPNI	Media	Desviación estándar
	38.92	23.78
Sangrado	657.64	721.73

Figura 3

DPPNI FACTORES DE RIESGO



Respecto a las condiciones de los neonatos al nacer (cuadro 4), el 82% (61) de los recién nacidos estuvieron vivos y el 18% (13) nacieron muertos. El 54% (40) fueron del sexo masculino y el 46% (34) del sexo femenino. La media del Apgar al minuto fue de 5.41 y a los 5 minutos de 6.54. El promedio del peso que se obtuvo fue de 2,427 gr, y la valoración de Ballard arrojó una media de 35.78 semanas.

Cuadro 4

Condiciones del neonato al nacer		
	Número	Porcentaje
Vivos	61	82
muerdos	13	18
Sexo		
Masculino	40	54
Femenino	34	46
Apgar	Media	Desviación estándar
Al minuto	5.41	3.05
A los 5 minutos	6.54	3.48
Ballard	35.78	4.44
Peso	2,427.23	918.49

Las complicaciones maternas (figura 4) se presentaron en 12 (17%) pacientes, 5 correspondieron al choque hipovolémico, otras 5 útero de Couvelaire, en 3 hubo infiltración de algún segmento uterino, y 1 paciente desarrolló insuficiencia renal aguda, cabe mencionar que dos pacientes tuvieron dos complicaciones simultaneas, en una se presentó útero de Couvelaire e insuficiencia renal y en la otra choque hipovolémico y útero de Couvelaire (cuadro 5).

Cuadro 5

COMPLICACIONES MATERNAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
CHOQUE HIPOVOLEMICO	5	36
UTERO DE COUVELIERE	5	36
INFILTRACION SEGMENTO UTERINO	3	20
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	1	8

Los recién nacidos de un total de 74, obtuvimos 35 con alguna complicación: 23 fueron prematuros, 6 tuvieron anemia, 5 se complicaron con asfixia, 2 desarrollaron síndrome de adaptación pulmonar, 1 presentó restricción del crecimiento intrauterino, otro presentó datos de fetopatía toxémica, y se reportó 1 con una malformación congénita (figura 5).

Con la presencia del factor de riesgo de DPPNI el riesgo relativo (RR) fue de 5 y el OR de 10.47 con un intervalo de confianza de 95%. De todos los factores de riesgo la hipertensión arterial asociada al embarazo representa un factor de riesgo de 1.5 comparados con los otros factores.

Figura 4

DPPNI COMPLICACIONES MATERNAS

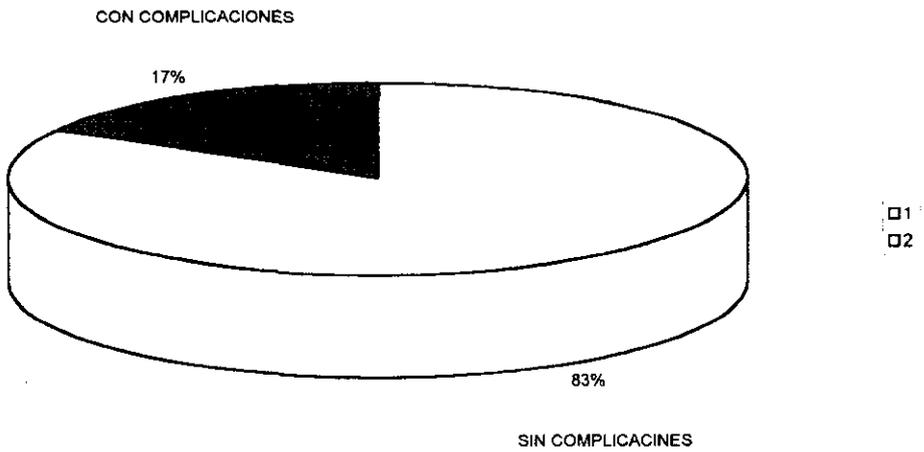
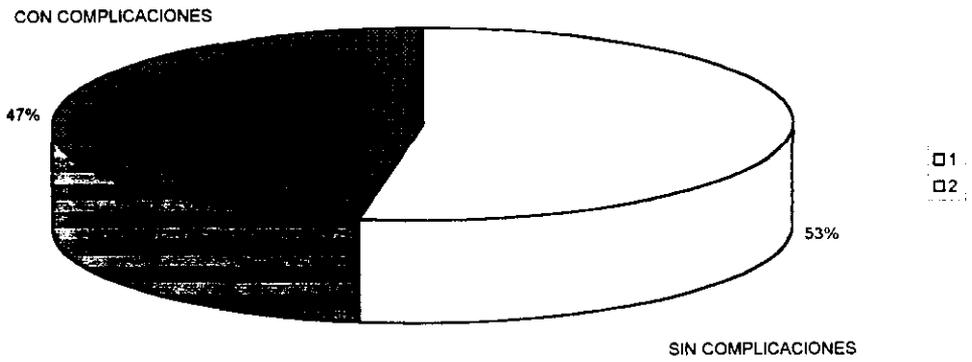


Figura 5

DPPNI COMPLICACIONES NEONATATALES



DISCUSION

Los hallazgos que hemos encontrado en relación con los factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta reportan resultados interesantes. La *incidencia obtenida de 4 x 1000 nacimientos es similar a la reportada en la literatura de los Estados Unidos (1)*. Cabe señalar que en los partos no hubo reporte de ningún caso de DPPNI, y esto no quiere decir que no se halla presentado, sino que este fenómeno no se detectó o no se consideró en las posibilidades diagnósticas de aquellos partos que presentaron polisistolia, sufrimiento fetal agudo o cualquier otro dato clínico de DPPNI, lo que sin duda hubiera elevado la incidencia del mismo.

Al describir los factores de riesgo mencionado en la literatura que se asocian con el DPPNI encontramos que el 76% de las pacientes que presentaron el desprendimiento tenían algún factor de riesgo y solo el 24% no se reportaba ninguno de estos factores. El uso de ocitócicos, la ruptura prematura de membranas y la hipertensión arterial asociada al embarazo fueron las principales causas que se asociaron al DPPNI y algunas otras como la multiparidad, el embarazo gemelar, la trombocitopenia y las anomalías en la inserción placentaria se presentaron en una mínima proporción, dichas causas están acorde con lo que se menciona en la literatura (1,2,3,4,8,9,10,11,12).

Pitchard y colaboradores reportan a la hipertensión asociada al embarazo como el principal factor encontrado hasta en la mitad de los desprendimientos (5) y en nuestro estudio se presentó en el 27% de las pacientes como factor de riesgo, la ruptura prematura de membranas la encontramos en el 29%, siendo también uno de los principales causas de desprendimiento que se reportan, Ananth y colaboradores encontraron que las pacientes con RPM tienen un riesgo 3 veces mas alto para presentar DPPNI (10). El uso de

**ESTA TESIS NO DEBE
CALIR DE LA BIBLIOTECA**

ocitócicos y las complicaciones resultantes como la polisistolia y la hipertonia uterina están reportadas entre las causas de DPPNI, sin embargo no se mencionan dentro de las más frecuentes y llama la atención que en nuestro estudio es el factor de riesgo más frecuentemente encontrado con una proporción del 38%. El tabaquismo no se encontró en ninguna paciente, sin embargo no en todos los expedientes se hizo hincapié si la paciente fumaba. Las complicaciones maternas se presentaron en el 15% de las pacientes, las principales fueron el útero de Couvelaire y el choque hipovolémico, ambas con una tasa del 45% cada una, sin lugar a duda la hemorragia sigue siendo la complicación más temida; una de nuestras pacientes tuvo un sangrado de 5,400 ml.

El 18% de los neonatos nacieron muertos, y aunque no se tiene el dato si alguno de los que nacieron vivos posteriormente tuvo un deceso fatal, es muy probable que sí se halla incrementado la tasa de mortalidad perinatal, Audrey y colaboradores reportan una tasa del 20 al 40% de mortalidad. La media del Apgar al minuto fue de 5.41 y a los cinco minutos de 6.54, Svein encontró un resultado similar a los cinco minutos con un Apgar promedio menor de 7 (2). El 47% de los nacidos vivos en nuestro estudio presentaron alguna complicación y la principal fue la prematurez que se obtuvo en el 65% de los complicados. La anemia fue la segunda complicación ocupando el 17% y después le siguió la asfixia con el 14%. Esvein y colaboradores reporta la prematurez y la asfixia como las principales complicaciones neonatales (3).

Al analizar el riesgo relativo para DPPNI encontramos que las pacientes que tienen presente el factor de riesgo, fue de 5, lo que representa un resultado considerablemente alto para las pacientes de presentar el desprendimiento. La hipertensión arterial asociada al embarazo representó 1.5 veces mayor riesgo con relación al resto de los otros factores

encontrados. Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en nuestro estudio, el uso de ocitócicos, la ruptura prematura de membranas y la hipertensión asociada al embarazo fueron los factores de riesgo mas frecuentes, presentes cada una aproximadamente en una tercera parte, nos obliga a tenerlos en mente como los factores de riesgo más importantes en las pacientes que manejamos en nuestro Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", y sobre todo si recordamos que la preeclampsia y la RPM son de las complicaciones mas frecuentes que se presentan en los embarazos en general y que el uso de ocitócicos principalmente en el servicio de labor y expulsión es frecuente. Por lo tanto la visión preventiva en dichas pacientes y sobre todo la detección oportuna debe ser tarea del médico que está en formación, y el dominio y manejo adecuado de la oxitocina además del uso si es indicado de estos medicamentos tiene que ser reconsiderado y recordado por el médico residente quién trata continuamente estas pacientes en nuestro Hospital.

También considero que se deben realizar estudios específicos de los principales factores de riesgo para DPPNI para obtener información mas precisa sobre el riesgo relativo en relación con la población general y con cada factor de riesgo en forma independiente para determinar la relevancia real que tienen sobre este problema obstétrico, además de considerar la posibilidad de la existencia de otras causas como el tabaquismo y el uso de otras drogas que en muchas ocasiones no las consideramos y por lo tanto no lo reportamos en los expedientes.

CONCLUSIONES

1. La incidencia del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) fue de 4 por cada 1000 nacimientos.
2. Los principales factores de riesgo relacionados con el DPPNI fueron el uso de ocitócicos (38%), la ruptura prematura de membranas (29%) y la hipertensión arterial asociada al embarazo (27%).
3. El riesgo relativo para presentar DPPNI fue de 5 en las pacientes que presentaron algún factor de riesgo.
4. La hipertensión arterial asociada al embarazo tuvo un riesgo relativo de 1.5 en relación con los demás factores de riesgo para DPPNI.
5. Las principales complicaciones maternas causada por el DPPNI fueron el útero de Couvelaire y el choque hipovolémico.
6. La principal complicación neonatal fue la prematurez.
7. Se requieren de estudios mas específicos para determinar el riesgo relativo de cada uno de los factores de riesgo para DPPNI en relación con la población general de nuestro hospital.

BIBLIOGRAFIA

1. Audrey F, Saftlas P, Olson D, Atrash, Rochat R, Rowley D. National trends in the Incidence of abruptio placentae, 1979-1987. *Obstet Gynecol* 1991; 78 (6): 1081-1086.
2. Svein R, Irgens L, Bergsjo P, Dalaker K. The occurrence of placental abruption in Norway 1967-1991, *Acta Obstet Gynecol Scand* , 1996; 75: 222-228.
3. Svein R, Irgens L, Bergsjo P, Dalaker K. Perinatal mortality and case fatality after placental abruption in Norway 1967-1991. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75: 229-234.
4. Cunningham G, Mac Donald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hankins G, Steven C. *Williams Obstetricia*. 20ª edición , Editorial Panamericana, cap 32 691-727 1998.
5. Pritchard J, Cunningham F, Pritchard S, Mason R. On reducing the frequency of severe abruptio placentae. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165:1345-1350.
6. Fretts C, Boyd M, Usher R, Usher H. The changing pattern of fetal death, 1961-1988. *Obstet Gynecol*. 1992; 79:25-40.
7. Abdella T, Sibai B, Hys J Jr, Anderson G. Perinatal outcome in abruption placentae. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 365-372.
8. Spinillo A, Capuzzo E, Colonna L, Solerte L, Nicola S Guaschino S. Factors associated with abruptio placentae in preterm deliveries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 307-312.
9. Major C, Veciana M, Morgan M. Preterm premature rupture of membranes and abruptio placentae: Is there an association between these pregnancy complications?. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 672-6.

10. Ananth Ph, Cande V, Savitz D, Williams M. Placental abruption and its association with hypertension and prolonged rupture of membranes: A methodologic review meta-analysis. *Obstet & Gynecol* 1996; 88: 309-318.
11. Robert L. The association of cigarette smoking with placenta previa and abruptio placentae. *Sem Perinatol* 1996; 20 (2): 154- 159.
12. Mahon TR, Chazotte C, Wayne R, Cohen. Short Labor: Characteristics and Outcome, *Obstet & Gynecol* 1994; 82,1 : 47-51.
13. Morgan, M, Berkowitz K, Thomas S, Reibold P, Quilligan E. Abruptio placentae: Perinatal outcome in normotensive and hipertensive patients. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1595-1599.
14. Major C, de Veneciana M, Lewis D, Morgan M. Preterm premature rupture of membranes and abruptio placentae: Is there an association between these pregnancy complications?. *Am. J Obstet Gynecol* 1995; 172:672-679.
15. Voight LF, Hollenbach KA, Kronh MA, Dailing JR, Hichok DE. The relationship of abruptio placentae with maternal smoking and small for gestational age infants. *Obstet Gynecol* 1990; 75:771-774.
16. Dombrowski M, Wolfe R, Evans M. Cocaine abuse is associated with abruptio placentae and decreased birth weight, but not shorter labor. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 139.
17. Hoskins I, Friedaman D, Frieden F, Ordorica S, Young B. Relationship between antepartum cocaine abuse, abnormal umbilical artery Doppler velocimetry, and placental abruption. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 279-286.

ANEXO

HOJA DE CAPTACION DE DATOS

NOMBRE _____ NO. AFILIACION _____
EDAD _____ FECHA INGRESO _____
G ___ P ___ A ___ C ___ FUM _____ CONFIABLE (si=1 no=2) _____
SEMANAS DE GESTACION _____

FACTORES DE RIESGO

1. HIPERTENSION ASOCIADA AL EMBARAZO
 - a) preeclampsia leve
 - b) preeclampsia severa
 - c) preeclampsia sobreagregada
 - d) hipertensión crónica
2. TABAQUISMO
3. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
4. USO DE OCITOCICOS
5. POLISISTOLIA
6. OTROS: _____

VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO:

1 CESAREA KERR 2 CESAREA CORPORAL 3 PARTO VAGINAL

ANESTESIA: 1 BPD 2 GENERAL

FECHA Y HORA DE NACIMIENTO: _____

PORCENTAJE DEL DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO: _____

SANGRADO TOTAL APROXIMADO DE LA MADRE: _____

CONDICIONES DEL NEONATO AL NACER: 1 VIVO 2 MUERTO

SEXO: 1 MASCULINO 2 FEMENINO APGAR _____

PESO: _____ VALORACION DE BALLARD _____

COMPLICACIONES MATERNAS:

1. CHOQUE HIPOVOLEMICO
2. COAGULACION VASCULAR DISEMINADO
3. UTERO DE COUVELAIERE
4. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
5. OTRAS: _____

DIAGNOSTICO DEL RN

- 1 ASFIXIA
- 2 PREMATUREZ
- 3 OTROS: _____