

República Dominicana  
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina

FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE  
PLACENTA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DOCENTE  
UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA  
JUNIO, 2022–NOVIEMBRE, 2022



Trabajo de grado presentado por Cyriel M. López Ángeles y Kristel P. Alexis Valoy  
para optar por el título de:  
**DOCTOR EN MEDICINA**

Distrito Nacional: 2022

## CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	9
I.1. Antecedentes	10
I.2. Justificación	15
II. Planteamiento del problema	16
III. Objetivos	17
III.1. General	17
III.2. Específicos	17
IV. Marco teórico	18
IV.1. Desprendimiento prematuro de placenta	18
IV.1.1. Historia	18
IV.1.2. Definición	18
IV.1.3. Etiología	19
IV.1.4. Clasificación	22
IV.1.5. Fisiopatología	23
IV.1.6. Epidemiología	25
IV.1.7. Diagnóstico	25
IV.1.7.1. Clínico	25
IV.1.7.2. Laboratorio	26
IV.1.7.3. Imágenes	27
IV.1.8. Diagnóstico diferencial	28
IV.1.9. Tratamiento	29

IV.1.10. Complicaciones	31
IV.1.11. Pronóstico y evolución	34
IV.1.13. Prevención	35
V. Operacionalización de las variables	36
VI. Material y métodos	38
VI.1. Tipo de estudio	38
VI.2. Área de estudio	38
VI.3. Universo	38
VI.4. Muestra	38
VI.5. Criterio	39
VI.5.1. De inclusión	39
VI.5.2. De exclusión	39
VI. 6. Instrumento de recolección de datos	39
VI. 7. Procedimiento	39
VI.8. Tabulación	40
VI.9. Análisis	40
VI.10. Aspectos éticos	40
VII. Resultados	42
VIII. Discusión	53
IX. Conclusiones	56
X. Recomendaciones	58
XI. Referencias	59
XII. Anexos	63
XIII.1. Cronograma	63
XII.2. Instrumento de recolección de datos	64
XII.3. Costos y recursos	65

XII.4. Consentimiento informado	66
XII.5. Evaluación	67

## **AGRADECIMIENTOS**

Es preciso iniciar estas líneas dando gracias en primer lugar a Dios, por darnos la fortaleza, amor y sabiduría para culminar este proyecto con éxito, por ser nuestra roca y soporte durante este trayecto y demostrarnos una vez más que con el todo es posible.

A nuestros familiares por servirnos de guía, por sus consejos, por estar siempre presentes para nosotras, por creer en nosotras y sobre todo por su amor incondicional, sin duda cada uno de ustedes son piezas fundamentales para que hoy este sueño sea una realidad materializada.

A nuestra alma mater Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), formada por un conjunto de excelentes profesionales que nos brindaron día a día los medios y oportunidades para que este logro hoy sea una realidad, le agradecemos además ser intermediarios entre los hospitales que nos formaron, instituciones de las cuales nos llevamos un gran recuerdo en el corazón.

A nuestros asesores Dr. Rubén Darío Pimentel y Dra. Sabrina Marte quienes con mucha disposición y entrega siempre estuvieron atentos a cualquier inquietud y sobre todo brindar sus conocimientos, apegados siempre a lograr los altos estándares de una investigación científica, atentos a los detalles que nos permitieron realizar una mejor labor, distinguiendo de manera especial al Dr. Michael Trinidad quien desde el inicio tuvo una actitud de ayuda y servicio para con nosotras.

Finalmente, gracias a cada amigo y compañero que se convierten en colegas, que durante este trayecto estuvieron ahí, esperamos ver algún día sus sueños materializados.

Kristel Pamela Alexis Valoy  
y Cyriel Marie López Ángeles

## DEDICATORIAS

El presente trabajo de investigación lo dedico en primer lugar a Dios por ser mi guía en este largo trayecto, por darme la sabiduría para elegir esta carrera a través de la cual tendré la virtud de servir al prójimo, por ser mi fortaleza y refugio, por darme la oportunidad de culminar con éxito este arduo camino y sobre todo por no abandonarme en los momentos de dificultad.

A mi familia por su amor, ayuda, trabajo y sacrificios gracias a ustedes por ser mi motor de impulso, especialmente a mis padres Ramón López y Ana Ángeles por ser ejemplo para mí, por su amor, constancia y dedicación a lo largo de mi carrera, gracias por su apoyo incondicional. A mis hermanas Ana y Johanna que siempre estuvieron para mí y dispuestas en todo momento, gracias por disfrutar mis logros como si fueran suyos. A mis abuelitas Milagros y Fidian quienes anhelaban ver este sueño materializado. Silvia gracias por siempre estar presente en cada peldaño de mi vida.

A mis amigas que son hermana Ileen, Yadel, María N, Ana y Katherine gracias por acompañarme y por darme sus palabras de aliento en los momentos más difíciles.

A mis amigos que me han acogido a lo largo de este trayecto Yaneiry, María, Pablo y Carlos, estoy segura que este es solo el inicio de un mundo de éxito que nos espera.

A mi compañera de tesis Kristel Alexis, una hermana que me regaló la universidad, mi corazón estará eternamente agradecido de poder contar con una persona como tú en mi vida, la palabra gracias se queda pequeña.

Por último, a mí quien pasó a ser la Dra. Cyriel López Ángeles por ser una persona resiliente, porque lograste vencer todos los obstáculos que se presentaron en el camino, por dedicarte a cumplir este gran sueño y demostrarte que no es solo tener el deseo de cumplir las metas sino trabajar arduamente y esforzarte por lograrlas.

Cyriel M. López Ángeles

La presente tesis va dedicada primero a Dios, por haberme permitido culminar este punto de mi carrera, por acompañarme y ser mi guía en los momentos que más lo necesitaba, pero sobre todo ser mi amor incondicional y ser un padre para mí.

A mis Padres, Dr. Pierre Yvan Alexis gracias por ser mi sustento, mi motivación y mi ejemplo a seguir, espero seguir tus pasos y ser la mejor versión de ti, eres mi más grande orgullo. A mi madre Dra. Ruth Valoy por apoyarme, confiar en mis conocimientos y nunca rendirte conmigo, sin ti no podría haber culminado esta parte de mi vida, eres mi sustento, mi orgullo y motivación. Gracias a ambos por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, Los amo por siempre.

A mi Hermano Pierre Yvan Alexis Valoy y mi cuñada Estefanía Schenk, gracias por estar para mí en mis momentos de dificultad, por siempre alentarme a dar lo mejor, a retarme a ser una mejor versión de mí.

A mis abuelos Ana Ramona Batista y Eulogio Valoy simplemente gracias por orientarme con los mejores valores que un ser humano pueda tener, por aconsejarme cada vez que lo necesitaba, por darme su amor incondicional y su alegría, estoy orgullosa de ser su nieta.

A mi madrina Altigracia Valoy, eternamente agradecida de tener una tía tan preocupada por los demás, amorosa y amena, gracias por ser un pilar de mi carrera, todo mi amor para usted.

A mis queridas tías por su amor y apoyo incondicional en los buenos y malos momentos de mi vida.

A mis Amigas que son más que mis hermanas, Dacely Lara y Ana Rivas que son lo mejor y más valioso que Dios me ha dado, Las amo.

A mis amigos Alejandro, Yaneiry, Pablo, Carlos, gracias por su amistad y que sin esperar nada a cambio han compartido sus conocimientos, alegrías y anhelos conmigo, les deseo perseverancia para que sean exitosos médicos en el futuro.

A mi compañera de tesis Cyriel López, que más que mi mano derecha es una hermana más que Dios me regaló, confío en que serás una gran profesional y que nuestra amistad perdurará por siempre, eternamente agradecida de tenerte en mi vida.

Kristel P. Alexis Valoy

## RESUMEN

**Introducción:** El Desprendimiento Prematuro de Placenta Normalmente Inserta (DPPNI), no es más que la separación de la placenta después de las 20 semanas de gestación y antes del parto, secundaria a una hemorragia en la decidua basal; constituye una de las principales causas de hemorragia en el tercer trimestre del embarazo en todo el mundo. El estado de gravedad del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta dependerá del tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la atención recibida. Si esta se retrasa, aumenta la probabilidad de separación extensa que cause la muerte del feto.

**Objetivos:** Determinar los factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta en gestantes que acuden al hospital docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio - noviembre 2022.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

**Resultados:** En los factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta, se determinó que los trastornos hipertensivos obtuvieron un 46 por ciento y el trastorno hipertensivo gestacional predominó en un 91 por ciento de la muestra estudiada.

**Conclusión:** El factor de riesgo asociado a desprendimiento prematuro de placenta en gestantes que acuden al hospital docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio-noviembre 2022 se determinó que es el trastorno hipertensivo, donde predomina el trastorno hipertensivo gestacional en mujeres de 20-24 años y edad gestacional menor de 37 semanas.

**Palabras clave:** desprendimiento, factores riesgo, trastorno hipertensivo, trastorno hipertensivo gestacional, gestante.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The Premature Abrupton of Normally Inserted Placenta (DPPNI), is nothing more than the separation of the placenta after 20 weeks of gestation and before delivery, secondary to a hemorrhage in the decidua basal; It is one of the main causes of bleeding in the third trimester of pregnancy worldwide. If this is delayed, the probability of extensive separation causing the death of the fetus increases.

**Objectives:** Determine the risk factors associated with premature placental abrupton in pregnant women who attend the Nuestra Señora de la Altagracia Maternity University Hospital, June-November 2022.

**Material and methods:** A descriptive, observational, prospective and cross-sectional study was carried out.

**Results:** In the risk factors associated with placental abrupton, it was determined that hypertensive disorders obtained 46 percent and gestational hypertensive disorder predominated in 91 percent of the sample studied.

**Conclusion:** The risk factor associated with placental abrupton in pregnant women attending the Nuestra Señora de la Altagracia Maternity University Hospital, June-November 2022, was determined to be hypertensive disorder, where gestational hypertensive disorder predominates in women aged 20-24 years. and gestational age less than 37 weeks.

**Keyword:** abrupton, risk factors, hypertensive disorders, gestational hypertensive disorder, gestation.

## I. INTRODUCCIÓN

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, constituye una de las principales causas de morbilidad materna, fetal y neonatal; hallazgos epidemiológicos señalan que es una complicación relativamente frecuente. Es una de las manifestaciones de enfermedad vascular en el embarazo, ya que ocurre por rotura de la arteria espiral del útero, lo que permite que la placenta se separe total o parcialmente de la pared del útero antes del segundo periodo del parto.<sup>1</sup>

En el pasado, el desprendimiento de la placenta fue más común en mujeres mayores de nivel socioeconómico más bajo, en las mujeres que fueron mal alimentadas, y en aquellos con cinco o más embarazos anteriores. Se considera una complicación obstétrica recurrente, el riesgo de desprendimiento placentario se eleva diez veces en embarazos posteriores, entre cuatro y cinco por ciento.

Hay muchas posibles complicaciones fetales y neonatales de desprendimiento prematuro de placenta. La morbilidad perinatal y la tasa de mortalidad asociada con el desprendimiento son tan alta como 20 por ciento a 40 por ciento, que representan el 15 por ciento de las muertes perinatales.

El Desprendimiento Prematuro de Placenta Normalmente Inserta (DPPNI), no es más que la separación de la placenta después de las 20 semanas de gestación y antes del parto, secundaria a una hemorragia en la decidua basal; constituye una de las principales causas de hemorragia en el tercer trimestre del embarazo en todo el mundo.

El estado de gravedad del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta dependerá del tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la atención recibida. Si esta se retrasa, aumenta la probabilidad de separación extensa que cause la muerte del feto.

Desde la antigüedad se identificó al cuadro clínico caracterizado con la tríada sintomática de hipertensión, metrorragia y muerte fetal, con pronóstico materno comprometido. En 1775, Ricci diferenció la separación prematura de una placenta de inserción normal, de aquella de inserción baja; a la primera llamó hemorragia accidental y a la segunda hemorragia imprevisible. Couvelaire introdujo el término de desprendimiento prematuro de placenta y describió la aparición de la apoplejía uterina.<sup>2</sup>

## I.1. Antecedentes

Cerón Suchini Luisa María en su tema de investigación sobre “Desprendimiento Prematuro De Placenta Consecuencias Materno Perinatales”, Universidad De San Carlos De Guatemala. El presente estudio fue realizado en el departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, durante el periodo comprendido de enero 2010 a diciembre del 2012, en el cual se incluyeron a todas las pacientes con diagnóstico confirmado de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

La información se obtuvo mediante una fuente indirecta, analizando los expedientes clínicos de las pacientes. Objetivo: determinar la morbilidad y mortalidad materna perinatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Resultados: La morbilidad y mortalidad materna perinatal se encontró en el 3.44 por ciento presentando una patología asociada, siendo la hipertensión inducida al embarazo, eclampsia, tres pacientes (5.17 %) con traumatismo; no encontrando ningún caso de mortalidad materna.

La edad más frecuente se encuentra entre 16-25 años (51.72 %) con un promedio de edad de 20.5 años, siendo el valor máximo 47 años y el valor mínimo de 12 años. La edad gestacional encontrada fue durante el tercer trimestre correspondiendo al 96.5 por ciento, este entre las 28 y 40 semanas. La paridad es del 39.65 por ciento correspondiendo a primigestas y 22.43 por ciento trigestas. La patología materna asociadas al embarazo el 3.44 por ciento presentaban hipertensión inducida al embarazo, eclampsia.

En el control prenatal de las pacientes el 55.17 por ciento si obtuvieron el mismo, encontrándose 26 pacientes que no llevaron. Del total de recién nacidos producto de cesárea obtenidos en el estudio, el 87.93 por ciento no presentaron patología, obteniéndose tres casos (5.16 %) de prematuridad, dos casos de asfixia perinatal y como complicación de desprendimiento, dos casos correspondiendo a mortinato y óbito fetal.<sup>3</sup>

Torres Moore Cinthia Débora en su estudio de investigación sobre Patologías Maternas Asociadas al Desprendimiento Prematuro de 18 Placenta Normo Inserta en Gestantes Atendidas en el Hospital Santa Rosa Durante el Periodo de enero 2008-

Julio 2018. Objetivo: Determinar las patologías maternas asociadas al DPPNI en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo enero 2008 - Julio 2018.

Materiales y métodos: es un estudio de tipo observacional, retrospectivo, analítico tipo caso control. Se recolecta la información de la historia clínica materno perinatal, se utilizó una ficha de recolección de la información.

Resultados: Se observó un total de 185 casos confirmados con DPPNI. Se estudiaron 517 gestantes de las cuales 149 son casos y 368 controles. Las gestantes con DPPNI tuvieron una edad promedio de  $28,3 \pm 7,0$  años. Estado civil la unión establecida (o convivencia) tiene un predominio de 42,4 por ciento.

Dentro de las gestantes con DPPNI se encuentran solteras en un 43 por ciento, un 38.3 por ciento son convivientes (unión establecida). El nivel secundario en los casos es 61.1 por ciento en comparación de los controles que es 72.8 por ciento.

En el grupo de casos predomina el no adecuado control prenatal con 63.1 por ciento y también en el grupo control con 51.9 por ciento. Se observó asociación entre Trastorno Hipertensivo del Embarazo diagnóstico DPPNI con asociación estadísticamente significativa ( $p=0.000$ ) un OR de 5,266 e IC al 95 por ciento: 3,2-8,5, al evaluar a asociación de ruptura prematura de membranas se encontró Chi dos = 9,693;  $p = 0,002$ ; OR= 2,448; IC95=1,375-4,360.

Conclusiones y recomendaciones: Las características maternas de mayor frecuencia en la población de estudio son edad materna menor de 35 años, el estado civil unión establecida conviviente, un predominio de población nulípara y un control prenatal no adecuado. La patología materna más importante fue la presencia de Trastorno hipertensivo del embarazo seguida de la ruptura prematura de membranas. No se halló asociación estadísticamente significativa en el análisis para antecedente de DPPNI, gestación múltiple, anemia materna traumatismo abdominal.<sup>4</sup>

Celedonio Salvador Magnolia Yovana en su estudio de investigación sobre Factores asociados y complicaciones Materno Perinatales del Desprendimiento Prematuro de Placenta, Lima – Perú, objetivos: Es determinar los principales factores asociados al desprendimiento prematuro de placenta y sus complicaciones materno perinatales en el Instituto Materno Perinatal de Lima – Perú durante el período comprendido entre enero

y diciembre del 2013.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional analítico de tipo casos y controles comparando 110 gestantes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta con 110 pacientes quienes no lo presentaron. Resultados: La tasa de desprendimiento prematuro de placenta fue de 0,6 por 100. El antecedente de haber tenido un recién nacido muerto ( $P < 0,0001$ ) y el diagnóstico de hipertensión ( $P < 0,0001$ ), el sangrado vía vaginal ( $P < 0,0001$ ) y la disminución de movimientos fetales ( $P=0,002$ ) durante la gestación actual se asociaron significativamente con desprendimiento prematuro de placenta.

Los principales signos y síntomas al ingreso hospitalario fueron: sangrado vía vaginal, sensibilidad uterina, hipertonia uterina y presencia de coágulos retroplacentarios. La muerte perinatal ocurrió en el 28,1 por ciento de casos de desprendimiento prematuro de placenta, y su principal componente fue la muerte fetal intraútero.

La rotura prematura de membranas ( $P=0,003$ ), preeclampsia/eclampsia ( $P=0,004$ ) y parto pretérmino ( $P=0,006$ ) fueron las intercorrelaciones asociadas a desprendimiento prematuro de placenta, mientras que las principales complicaciones maternas y fetales fueron: histerectomía de emergencia ( $P = 0,02$ ), necesidad de transfusión de hemoderivados ( $P = 0,001$ ), atonía uterina postparto ( $P = 0,03$ ) y distress fetal ( $P < 0,0001$ ).<sup>5</sup>

Nanie (2020) en su tema de investigación sobre características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el hospital II huamanga carlostuppiagarcía godos. Objetivo. Determinar las características sociales y biomédicas de las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos en el año 2018. Método.

La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las gestantes con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos, en el año 2018; según registros estadísticos del hospital fueron 24 gestantes. La muestra fue censal.

La técnica fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos. Resultados. Del total de gestantes con hemorragia del tercer trimestre atendidas en el Hospital II Huamanga Carlos Tupppia García Godos.

El 95.8 por ciento tuvieron como lugar de procedencia la zona urbana, el 66.7 por ciento fueron profesoras, el 8.3 por ciento fueron obstetras, el 8.3 por ciento fueron técnicas en enfermería, el 4.2 por ciento fueron amas de casa, el 4.2 por ciento fueron contadoras, el 4.2 por ciento fueron enfermeras y el 4.2 por ciento fueron trabajadoras sociales. El 45.8 por ciento fueron convivientes, el 33.3 por ciento fueron casadas y el 20.8 por ciento fueron solteras.

El 95.8 por ciento tuvieron nivel de instrucción superior completa y el 4.2 por ciento tuvieron nivel de instrucción secundaria completa. La edad gestacional promedio en la primera atención prenatal fue de 11.17 semanas, el 75 por ciento en su primera atención prenatal tuvieron una edad gestacional menor o igual a 13.75 semanas.

El número de atenciones prenatales al presentarse la hemorragia en promedio fue de 5.46 atenciones, el 50 por ciento tuvieron más de 6 atenciones prenatales al presentarse la hemorragia del tercer trimestre.

La edad promedio de la gestante con hemorragia del tercer trimestre fue de 30.83 años, el 50 por ciento tuvieron una edad mayor a 31.5 años, el 75 por ciento de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron más de 26 años. El 50 por ciento tuvieron antecedentes de aborto. El 42 por ciento fueron nulíparas, el 21 por ciento fueron primíparas y el 38 por ciento fueron multíparas.

El valor promedio de hemoglobina fue de 10.9 g/dl, el 50 por ciento de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre tuvieron un valor de hemoglobina mayor a 11.2 g/dl. El peso pre gestacional promedio fue de 59.208 kilogramos, la talla promedio de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre fue de 1.55 metros.

El 71 por ciento de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron un índice de masa corporal pregestacional normal, el 21 por ciento de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron sobrepeso según el índice de masa corporal pregestacional y el 8 por ciento de las gestantes con hemorragia del tercer trimestre tuvieron obesidad según el índice de masa corporal pregestacional. Conclusiones.

Las características sociales que predominaron fueron; procedencia urbana,

profesionales, convivientes, nivel de instrucción superior completa, primera atención prenatal antes de las 14 semanas, más de seis atenciones prenatales. Las características biomédicas que predominaron fueron que la mayoría tuvieron más de 26 años, antecedentes de aborto, nulíparas o multíparas, índice de masa corporal pregestacional normal. <sup>6</sup>

Mendoza en su tesis "Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el Hospital de ginecología y obstetricia IMIEM; en México, tuvo como objetivo: Determinar la morbilidad y mortalidad de Hemorragia obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, Método: En el estudio se ingresó a pacientes que presentaron hemorragia obstétrica durante el evento obstétrico, ya sea resolución vía vaginal o cesárea, Valorando edad materna, factores de riesgo, edad gestacional y cantidad de sangrado, entre otros, se diseñó una hoja específica recolectora de datos para el estudio, con respuestas codificadas para la posterior captura en la base de datos,

Resultados: Se encontró un total de 100 pacientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia, IMIEM que presentaron como complicación Hemorragia obstétrica, siendo los principales factores de riesgo factores maternos como la multiparidad (16 %) cesárea previa (9 %) preeclampsia (8 %) ruptura prematura de membranas (4 %) y el grupo de edad de mayor presentación fue entre 20 y 29 años (53 %).

Entre los resultados obtenidos se encontró que los factores de riesgo asociados a hemorragia obstétrica fueron principalmente multiparidad, preeclampsia, ruptura prematura de membranas. No obstante, un porcentaje importante de hemorragias postparto ocurren en mujeres que no presentan factores de riesgo que puedan identificarse.

## I.2 Justificación

El desprendimiento prematuro de placenta, constituye una de la principales causas de morbilidad materna, fetal y neonatal; hallazgos epidemiológicos señalan que es una complicación relativamente frecuente y ocurre en aproximadamente entre 6 a 8 por ciento de todos los embarazos.<sup>10</sup>

Esta patología es también una de las principales causas de Hemorragia sobre todo en el Tercer Trimestre de gestación constituyendo esta un accidente agudo de la gestación en el cual la placenta se desprende total o parcialmente de su lugar de implantación antes del alumbramiento provocando un síndrome hemorrágico cuyas consecuencias para la madre varía desde la formación de un simple coágulo retroplacentario hasta la aparición de cuadros de gran complejidad y riesgo que ponen en peligro la vida de la gestante y por ende al producto de la gestación, esto involucra un alto Riesgo que puede resultar en una gran morbilidad y hasta en la muerte de ambos.

La iniciativa del presente proyecto de investigación surge debido a que el desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es considerada una de las complicaciones que representa mayor riesgo tanto a la madre como al feto ya que la misma se asocia a un alto índice de morbilidad y mortalidad.

Este estudio tiene como intención conocer los factores maternos asociados a esta patología describiendo las características de la población, patologías obstétricas asociadas, estado y hábitos maternos con la finalidad de identificarlos de forma precoz y así implementar medidas preventivas, diseñar estrategias que contribuyan a disminuir la morbimortalidad asociada a esta entidad y finalmente brindar el manejo oportuno a la gestante con este diagnóstico.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) o *abruptioplacentae* es definida como la separación parcial o completa de una placenta normalmente adherida antes del parto o después de la semana 22 del embarazo.

Esta patología constituye una de las principales causas de morbilidad materna, fetal y neonatal; es una complicación que ocurren en el 0.5-2 por ciento de todos los nacimientos, y de estos, el 50 por ciento de los casos se acompaña de embarazos con síndrome hipertensivo, puede causar morbilidad grave, como coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal, transfusiones masivas e histerectomía.

Por lo general todas las complicaciones maternas graves son consecuencia de la hipovolemia y de la enfermedad de base asociada al desprendimiento. La tasa de mortalidad materna es aproximadamente del uno por ciento. La mayoría de las pérdidas fetales se deben a la muerte intrauterina antes del ingreso, mientras que las muertes neonatales están principalmente relacionadas con la prematuridad. La tasa de mortalidad perinatal es alarmante y ocurre en un 20-35 por ciento.

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta es más frecuente en mujeres mayores de nivel socioeconómico más bajo, en las mujeres que fueron mal alimentadas, y en aquellos con cinco o más embarazos anteriores. Se considera una complicación obstétrica recurrente, el riesgo de desprendimiento placentario se elevaba diez veces en embarazos posteriores.

De lo cual nos lleva a la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta en gestantes que acuden al hospital docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio, 2022 – noviembre, 2022?

### **III. OBJETIVOS**

#### III.1. General

1. Determinar los factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta en gestantes que acuden al hospital docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio - noviembre 2022.

#### III.2. Específicos:

Determinar los factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta en gestantes que acuden al hospital docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio- noviembre 2022.

1. Edad
2. Nacionalidad
3. Chequeos prenatales
4. Ocupación
5. Historia gestacional
6. Edad gestacional
7. Síntomas de ingreso
8. Vía de finalización del embarazo

## IV. MARCO TEÓRICO

### IV.1. Desprendimiento prematuro de placenta

#### IV.1.1. Historia

El *abruptioplacentae* es un accidente de la gestación de curso agudo, en el que la placenta se desprende total o parcialmente de su lugar de implantación antes del alumbramiento, provocando un síndrome hemorrágico.

Como consecuencia de la diversidad de cuadros clínicos que pueden producirse, existe una abundante sinonimia para designar la enfermedad. Las más empleadas en la actualidad son «*abruptioplacentae*», «*ablatioplacentae*», «desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI)», junto con el término abreviado «desprendimiento prematuro de placenta (DPP)».

Los autores franceses suelen emplear la expresión «hematoma retroplacentario» y los autores anglosajones la denominación «hemorragia accidental». Para los casos graves suelen emplearse nombres como «apoplejía uterina» o «apoplejía uteroplacentaria»

Las primeras referencias bibliográficas se deben a Guillemeau y Mauriceau (siglo XVII) Con motivo de la muerte de la princesa Carlota de Gales (1818) por DPPNI, la Academia Francesa propone una investigación sobre la enfermedad, advirtiendo que llevará un premio asociado al mejor trabajo. Éste es realizado por Jean Louis Baudelocque, quien hizo una descripción magistral, lo que motivó que durante mucho tiempo se denominase también al DPPNI como “accidente de Baudelocque”.

En 1892, De Lee denomina a esta enfermedad *abruptioplacentae* y finalmente en 1901 HOLMES la describe como *ablatioplacentae*.<sup>8</sup>

#### IV.1.2. Definición

El desprendimiento prematuro de placentase refiere a la separación prematura de una placenta normalmente implantada en el útero antes del parto o después de la semana 22 del embarazo.

Por lo general, los vasos maternos defectuosos en la decidua basal se rompen y provocan la separación, en raras ocasiones esta puede ser causada por una interrupción de los vasos fetoplacentarios. Estos vasos dañados causan un sangrado, que resulta en un hematoma decidual lo que conduce a la separación de la placenta, destrucción del tejido placentario, y una pérdida del área de superficie materno-fetal para el paso de nutrientes y el intercambio gaseoso.<sup>9</sup>

La hemorragia propia del desprendimiento prematuro de placenta se filtra entre las membranas y el útero, y luego escapa por el cuello uterino y causa hemorragia externa. Con menor frecuencia, la sangre no sale al exterior, sino que queda retenida entre la placenta desprendida y el útero, lo que da pie a hemorragia oculta. El desprendimiento prematuro de placenta puede ser total o parcial.<sup>4</sup>

### V.1.3. Etiología

El desprendimiento prematuro de placenta proviene del término del latín «abruptioplacentae» que significa desgarro de la placenta a pedazos, y denota un accidente repentino, una característica clínica de la mayor parte de los casos de esta complicación. El término más largo separación prematura de la placenta normoinserta es más descriptivo. Distingue entre la placenta que se separa de manera prematura pero está implantada a una distancia que rebasa el orificio cérvico uterino interno y la que está implantada sobre dicho orificio (es decir, placenta previa).<sup>10</sup>

La causa exacta es desconocida, pero se asocia a cualquier injuria o patología que afecte los vasos de la decidua basal, generando por lo tanto un espasmo o constricción de un vaso, dando como resultado un área de hipoxia y por lo tanto aumento en la permeabilidad capilar, generando hemorragias capilares y arteriales; dando a lugar la formación de un coágulo y la disección de la placenta por este coágulo.<sup>1</sup>

Múltiples factores de riesgo se han descrito en relación con el DPP. Los principales son:

1. De etiología aguda:

- Traumatismos

Los accidentes de coche y la violencia de género ocupan la mayor parte de los casos, mientras que las caídas, quemaduras, homicidio, suicidio, traumatismo penetrante y la exposición tóxica constituyen el resto de causas menos frecuentes.<sup>8</sup>

Los traumatismos por accidente automovilístico (mecanismo de aceleración o desaceleración) Se produce un cizallamiento de la placenta inelástica debido a la contracción súbita de la pared uterina subyacente. El desprendimiento de la placenta en estos casos suele presentarse dentro de las primeras 24 horas tras el evento precipitante y tiende a ser grave.

- Cocaína y otras drogas de abuso

Producen vasoconstricción, isquemia y alteración de la integridad vascular. Hasta un 10 por ciento de las mujeres consumidoras de cocaína en el tercer trimestre tendrá un desprendimiento de placenta.

- Tabaco

Tiene también efectos vasoconstrictores que causan hipoperfusión placentaria, isquemia decidual, necrosis y hemorragia. Es uno de los pocos factores de riesgo modificables. Conlleva 2.5 veces más riesgo de desprendimiento y el riesgo aumenta en un 40 por ciento por cajetilla fumada al día. Además, la combinación de tabaquismo e hipertensión tiene un efecto sinérgico sobre el riesgo de desprendimiento.<sup>10</sup>

- Hidramnios y Gestación múltiple

Debido a descompresión uterina rápida tras rotura de membranas o parto del primer gemelo.

2. Obstétricos y médicos:

- Hipertensión crónica y trastornos hipertensivos del embarazo

El riesgo es cinco veces mayor de desprendimiento grave en comparación con las mujeres normotensas.

- Malformaciones uterinas

Como el útero bicorne, sinequias uterinas, leiomiomas, conforman sitios mecánica y biológicamente inestables para la implantación de la placenta; el desprendimiento en estos sitios puede ser debido a una decidualización insuficiente o a un cizallamiento excesivo.<sup>11</sup>

- Trastornos de la coagulación

Las trombofilias hereditarias aumentan el riesgo de trombosis venosa materna. Se ha planteado la hipótesis de que también aumentan el riesgo de trombosis en la interfase materno-placentaria que resulta en complicaciones mediadas por la placenta, como el aborto involuntario, muerte fetal, preeclampsia, retraso del crecimiento fetal y DPPNI.<sup>8</sup>

- Rotura prematura de membranas (RPM)

Las mujeres con RPM tienen mayor riesgo de desarrollar DPPNI si la latencia entre el momento de la rotura de membranas y parto supera las 24 horas.<sup>8</sup>

- Cesárea anterior.

Conlleva una implantación trofoblástica subóptima en esa zona.

- Isquemia placentaria en embarazo previo

Preeclampsia, CIR o antecedente de DPPNI

- Antecedente de desprendimiento de placenta en una gestación anterior

Aumentan el riesgo de 10 a 15 veces. Sin embargo, el 70 por ciento de los casos ocurren en gestaciones de bajo riesgo sin antecedentes previos.<sup>10</sup>

### 3. Sociodemográficos:

- Edad materna

Existe una fuerte asociación entre la edad materna y el DPPNI se dice que las mujeres menores de 20 años y mayores de 35 presentan un alto riesgo de presentar desprendimiento prematuro de placenta. La asociación entre el aumento de la edad materna y el desprendimiento está profundamente

arraigada en las bases biológicas: hipoperfusión placentaria e isquemia uteroplacentaria

- Multiparidad ( $\geq 3$  hijos)

#### IV.1.4. Clasificación

Se basa en la sintomatología y compromiso de la condición materna y perinatal. La más utilizada es la propuesta por Sher en 1978.

##### Clasificación de Sher

- Grado I: se caracteriza por sangrado vaginal escaso o nulo. Con hematoma retroplacentario generalmente pequeño sin compromiso materno-perinatal. El diagnóstico se hace usualmente en el post parto. La mortalidad perinatal no está aumentada.
- Grado II: hemorragia ante un parto de grado variable interna o externa, oscura, acompañada de alteración de la contractilidad uterina o del tono uterino. El feto está vivo o con signos de sufrimiento fetal agudo (SFA) sobre el 90 por ciento de los casos. El tamaño del coágulo retroplacentario está entre 150-500 ML. La mortalidad perinatal y la morbilidad materna dependen de las acciones tomadas para el control de la patología
- Grado III: se caracteriza por muerte fetal independiente de otras características clínicas. Habitualmente el tamaño del coágulo retroplacentario es superior a 500 Mililitros, con un grado de desprendimiento superior al 50 por ciento. Se asocia a coagulopatías secundarias, shock hipovolémico, compromiso renal, tetania uterina. La mayoría de las muertes maternas se asocian a este grado de desprendimiento.<sup>12</sup>

##### Clasificación de page

Se ha adoptado para el estudio de los casos de Desprendimiento Prematuro de la Placenta, la Clasificación de Page que comprende cuatro grados a saber :

- Grado 0 o Asintomática: diagnosticada al realizar el examen de la

placenta en el momento del alumbramiento.

- Grado I o Leve: metrorragia escasa y desprendimiento inferior al 30 por ciento de la placenta. Discreta hipertensión. No existen manifestaciones generales. Escasa o nula repercusión fetal.
- Grado II o Moderada: desprendimiento entre el 30 y el 50 por ciento de la placenta. No existen trastornos de la coagulación, puede haber sufrimiento o muerte fetal.
- Grado III o Grave: desprendimiento superior al 50 por ciento de la placenta. Hemorragia importante e hipertensión. Manifestación de shock, trastornos de la coagulación, complicaciones maternas graves y muerte fetal.<sup>12</sup>

#### IV.1.5. Fisiopatología

La fisiopatología del proceso se inicia con una hemorragia en la decidua basal. En muchos casos la fuente del sangrado es un pequeño vaso arterial de la decidua basal, que se rompe debido a una alteración patológica de éste, pero en otros casos, la hemorragia se inicia a partir de un vaso feto-placentario. El resultado es que la decidua se diseca progresivamente por el hematoma formado, quedando una fina capa de ésta en contacto con la cara materna de la placenta y el resto permanece unida al miometrio.

A medida que el hematoma aumenta y crece, la placenta se separa más y además se produce la compresión del espacio intervilloso vecino, disminuyendo de esta manera los intercambios.

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

Desde la introducción de los estudios ecográficos, se ha podido observar cómo en alguna ocasión, este proceso aparece de manera localizada, en gestaciones de menos de 22 semanas, que posteriormente evolucionaron

normalmente. Pero lo más frecuente es que el sangrado continúe y la sangre siga el camino que menor resistencia oponga.

Es así que, si el punto inicial está en el centro de la superficie de unión placentaria, ocasionalmente la separación, así como la extravasación sanguínea hacia el miometrio e incluso por él pueden hacerla llegar hasta el peritoneo, dando la imagen del útero con infiltración hemorrágica denominado de Couvelaire.<sup>13</sup>

La sangre puede llegar a exteriorizarse por la vagina o incluso atravesar las membranas y llegar al saco amniótico, dando una coloración característica al líquido amniótico, pero la cantidad de sangre que puede llegar a exteriorizarse puede ser una pequeña proporción de la que realmente se ha extravasado, lo que condiciona que no sea un buen indicador de la gravedad del proceso.

En el estudio microscópico, destaca la presencia de vellosidades edematosas, con roturas vasculares. En la decidua se objetivan zona de necrosis y fenómenos trombóticos, secundarias a lesiones degenerativas de la íntima de las arterias.

Un aspecto muy interesante es la alta tasa de sufrimiento fetal, aún a pesar de pequeños desprendimientos. La lesión de los vasos placentarios y deciduales, pueden poner en marcha la síntesis de sustancias, que aumentan la contracción uterina, en especial prostaglandinas, lo que condicionan un incremento de la actividad uterina con el aumento del número, intensidad y duración de las contracciones uterinas, así como del tono uterino, que cuando sobrepasa los 15 mmHg, provocaría una disminución del intercambio gaseoso y por ello sufrimiento fetal.<sup>13</sup>

Es así que cuando se lesiona la célula endotelial de los vasos placentarios y deciduales, se sintetiza endotelina 1, se ha demostrado la presencia de receptores en la placenta humana, lo que en situación de normalidad se interpreta como parte del mecanismo, que provoca vasoconstricción después del alumbramiento, para evitar de esta manera la hemorragia.

En el desprendimiento se reproduce una situación semejante, que daría como resultado la vasoconstricción secundaria de los vasos deciduales y placentarios,

disminuyendo el aporte de sangre al espacio intervelloso, disminuyendo de manera ostensible el intercambio y justificando el distrés fetal.

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

Otro mecanismo de desprendimiento placentario, sería debido a la elevación brusca de la presión venosa de los vasos uterinos, el cual es transmitido al espacio intervelloso, produciendo congestión del lecho venoso, ruptura vascular, hemorragia y finalmente separación placentaria.<sup>13</sup>

#### IV.1.6. Epidemiología

La incidencia comunicada por las diferentes estadísticas varía notablemente en función del tipo de población estudiada y del método empleado para recoger los datos.

En cuanto a la incidencia mundial, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera tiene una incidencia de 0,3- uno por ciento es decir entre un caso entre 100-300 partos y es causa de un 25 por ciento de la mortalidad perinatal. El desprendimiento prematuro de la placenta, ocurre aproximadamente entre un 0,4 y un 3,5 por ciento de todos los partos. La forma grave, que produce la muerte del feto, se presenta únicamente en alrededor de uno por cada 500 a 750 partos, según los datos de la Organización Mundial para la Salud (OMS, 2016).

Su incidencia podría estar aumentando, debido al incremento en la prevalencia de los factores de riesgo. Así del 40 al 60 por ciento de esos desprendimientos ocurren antes de cumplirse las 37 semanas de gestación y el 14 por ciento antes de cumplirse las 32 semanas.<sup>14</sup>

#### IV.1.7. Diagnóstico

#### IV.1.7.1. Clínico

El diagnóstico de DPPNI es clínico y la condición se debe sospechar en toda gestante con embarazo mayor de 20 semanas que presenta sangrado por genitales, dolor abdominal o ambos, una historia de trauma o aquellas que presentan trabajo de parto pre término no explicado.<sup>3</sup>

Se caracteriza por una tríada caracterizada por: dolor abdominal, hipertonía uterina y hemorragia genital la cual puede ser abundante o estar atrapada y no ser visible así mismo puede aumentar y distender la cavidad uterina.<sup>3</sup>

Las formas leves e incompletas suelen ser más difíciles de diagnosticar clínicamente, y son las que en general, plantean la necesidad de un diagnóstico diferencial. En estos casos, nos pueden ser de gran ayuda el empleo de la ecografía y marcadores bioquímicos.<sup>8</sup>

Durante la exploración, la palpación abdominal es muy dolorosa, y la hipertonía puede impedir la palpación de partes fetales. El tacto vaginal detecta frecuentemente un cuello uterino parcialmente dilatado y el polo inferior de la cavidad amniótica a gran tensión, si las membranas están íntegras. Tradicionalmente, se ha considerado que es mejor abstenerse de realizar tactos vaginales en casos de hemorragia para prevenir infecciones. Sin embargo, son necesarios para conocer la marcha del parto siempre que previamente hayamos descartado que se trate de una placenta previa.

La hipertonía uterina y la taquisistolia son frecuentes, las contracciones uterinas son generalmente de alta frecuencia y baja intensidad, aunque también pueden presentarse como un patrón típico de contracciones de parto y evolucionar a éste de manera rápida.<sup>8</sup>

#### IV.1.7.2. Laboratorio

Con respecto a los hallazgos de laboratorio, encontraremos:

- Hemograma

Hematocrito normal o disminuido, alteración en plaquetas, protrombina, tiempo de tromboplastina parcial y fibrinógeno; la elevación del dímero D tiene

una especificidad del 93 por ciento y un valor predictivo del 91 por ciento. la cual se ha usado como marcador temprano.<sup>4</sup>

- Estudio de fibrinógeno

El embarazo se asocia con hiperfibrinogenemia; por lo tanto, los niveles de fibrinógeno moderadamente reducidos pueden representar una coagulopatía significativa. Un nivel de fibrinógeno de menos de 200 mg/dl sugiere que el paciente tiene un desprendimiento grave.

- Tiempo de protrombina (PT)/tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa)

Algunas formas de coagulación intravascular diseminada (CID) está presente en hasta el 20 por ciento de los pacientes con desprendimiento severo. Debido a que muchas de estas pacientes requieren parto por cesárea, es imperativo conocer el estado de coagulación de la paciente.<sup>15</sup>

- Estudio de creatinina/nitrógeno ureico en sangre (BUN)

La condición hipovolémica provocada por un desprendimiento significativo también afecta la función renal.

- Tipificación sanguínea y Rh

La paciente debe tener su tipo de sangre y al menos 2 unidades de concentrados de glóbulos rojos cruzados en caso de que necesite una transfusión.<sup>15</sup>

#### IV.1.7.3. Imágenes

El estudio ecográfico para el diagnóstico del desprendimiento placentario presenta una baja sensibilidad (24-57 %), pero una alta especificidad (96-100 %).

Tiene utilidad clínica para descartar otras posibles causas de metrorragia del tercer trimestre y para evaluar la vitalidad fetal. Los hallazgos ecográficos van a depender del tamaño del desprendimiento, de su localización y del tiempo de evolución clínica.<sup>16</sup>

Los criterios ecográficos para el diagnóstico del desprendimiento placentario incluyen: aumento heterogéneo del espesor placentario, la presencia de

movimiento jelly-like de la placa coriónica con los movimientos fetales, la presencia de una colección retroplacentaria, el incremento del grosor placentario > cinco centímetros y la presencia de hematomas intraamnióticos. La presencia de hallazgos ecográficos se asocia a un aumento de la morbilidad materna, la necesidad de un manejo obstétrico más agresivo y peores resultados perinatales.

La realización de una monitorización fetal nos va a permitir identificar las alteraciones en la dinámica uterina y las alteraciones en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal.<sup>16</sup>

#### IV.1.8. Diagnóstico diferencial

- Trabajo de parto

Los signos y síntomas del trabajo de parto tienen un comienzo gradual, siendo en el desprendimiento más brusco. Las contracciones uterinas comienzan siendo leves e irregulares, y conforme transcurre el trabajo de parto se vuelven más dolorosas y regulares. Sin embargo, hay que valorar que no se haya producido una superposición de los síntomas con el desprendimiento y que sea lo que desencadene el trabajo de parto.

- Placenta previa

Esta patología presenta una clínica de sangrado vaginal indoloro. Sin embargo, en una quinta parte de los casos va asociado a dinámica uterina, por lo que puede confundirse con el desprendimiento. Por lo tanto, en toda embarazada con sangrado vaginal debemos realizar una ecografía para sacar la causa del sangrado.<sup>17</sup>

- Rotura uterina

Suponemos rotura uterina en mujeres con antecedentes de cicatriz uterina previa o malformaciones uterinas. Los signos y síntomas en la rotura son alteraciones bruscas en la FCF, sangrado vaginal, dolor abdominal constante, cese de contracciones uterinas, retroceso de la presentación fetal, hipotensión materna y taquicardia. Algunos de estos síntomas son similares a los producidos

en el desprendimiento, y con frecuencia la rotura uterina puede provocar el desprendimiento de placenta.

- Hematoma subcorial

Es el resultado del desprendimiento parcial de las membranas coriónicas de la pared uterina. Suelen ser pacientes asintomáticas o con leve sangrado vaginal, en pocos casos calambres o contracciones y generalmente se da antes de las 20 semanas de gestación. Las mujeres que sufren esta patología tienen más posibilidades de sufrir un desprendimiento de placenta y otras complicaciones asociadas.<sup>17</sup>

#### IV.1.9. Tratamiento

El desprendimiento prematuro de placenta se considera una urgencia obstétrica que puede requerir la finalización inmediata de la gestación. El grado de urgencia y la vía de finalización de la gestación siempre dependen del estado materno y fetal, como veremos a continuación.<sup>18</sup> Al ingreso se realizará:

1. Anamnesis + palpación abdominal para detectar la presencia de hipertoniá uterina.
2. Cardiotocografía en reposo (NST) para comprobación de bienestar fetal.
3. Analítica con hemograma + coagulación + fibrinógeno (para descartar la presencia de CID).

Si el estado fetal y materno lo permiten, se realizará una evaluación ecográfica, teniendo en cuenta que una ecografía normal no excluye el diagnóstico de DPPNI.<sup>17</sup>

Finalización de la gestación: la urgencia y vía dependerá principalmente del tipo de desprendimiento de placenta, que está influenciado por el estado fetal y materno:

- Hallazgo ecográfico de hematoma retro-placentario sin clínica de desprendimiento (ausencia de metrorragia, sin hipertoniá uterino y

cardiotocografía en reposo normal): Si no existe clínica de DPPNI, no hay indicación de finalización inmediata. Se puede optar por un manejo conservador con un control semanal del hematoma y quincenal del crecimiento fetal. Si la situación materno-fetal permanece estable se individualiza el momento de finalización de la gestación en función del tamaño del hematoma, la clínica y el bienestar fetal. La vía de finalización será mediante cesárea electiva. A pesar que la paciente está asintomática, tener en cuenta que el riesgo de DPPNI es mayor en caso de preeclampsia asociada.<sup>18</sup>

- Si cardiotocografía en reposo (NST) patológico o paciente hemodinámicamente inestable, se indicará la finalización activa mediante cesárea urgente/emergente. Se evitará el uso de tocolíticos antes de realizar la cesárea, ya que aumenta el riesgo de hemorragia postparto.
- Si se diagnostica éxitus fetal, existe un mayor riesgo de complicaciones como la CID y hemorragia postparto severa.
- Si la madre está hemodinámicamente estable, se optará generalmente por la vía vaginal del parto, teniendo en cuenta que, en aquellas pacientes con antecedente de cesárea anterior, el riesgo de rotura uterina es mayor (ya que el útero se puede contraer vigorosamente). Si la gestante está hemodinámicamente estable, pero presenta criterios analíticos de CID la urgencia y vía del parto dependerá de las condiciones cervicales. Si se prevé un parto rápido, puede optarse por la vía vaginal, pero, si las condiciones cervicales son desfavorables, se deberá optar por una cesárea urgente ya que la CID empeora mientras no se actúe sobre el origen, el DPPNI.<sup>17</sup>
- Si la madre está hemodinámicamente inestable, la vía de finalización será la cesárea urgente/emergente.

- En desprendimientos de placenta severos, la sangre puede extravasarse al miometrio. Es lo que se conoce como útero de Couvelaire. La atonía uterina en este contexto responde peor al tratamiento convencional de la hemorragia postparto, por lo que estas pacientes pueden acabar requiriendo la necesidad de realización de una histerectomía.
- En caso de metrorragia abundante, se administra la inmunoglobulina anti-D a las gestantes Rh- , si ésta no se ha administrado previamente o en las últimas 5 semanas.<sup>18</sup>

#### IV.1.10. Complicaciones

Para la madre, las posibles consecuencias de un DPPNI se relacionan principalmente con el grado de separación de la placenta, mientras que los riesgos para el feto están relacionados tanto con la gravedad de la separación como con la edad gestacional en la que se produce el episodio. Con una separación placentaria leve, puede no haber efectos adversos significativos. A medida que aumenta el grado de separación de la placenta, los riesgos maternos y perinatales también aumentan.<sup>8</sup>

- Complicaciones maternas:

El DPP puede producir dos tipos de complicaciones importantes: defectos de la coagulación sanguínea e insuficiencia renal aguda. Generalmente aparecen después terminado el parto, pero, no puede excluirse que aparezcan antes, en pleno curso del proceso, sobre todo en los casos de alteraciones de la coagulación.<sup>8</sup>

La repercusión hemodinámica materna es variable, desde una leve hipotensión hasta un cuadro de shock hipovolémico por pérdida sanguínea grave. Además, el DPPNI conlleva un aumento de la tasa de cesáreas urgentes por interés fetal o materno.

#### 1. Shock hemorrágico

Durante el embarazo, se produce una expansión del volumen plasmático y los factores de coagulación, como el fibrinógeno y los factores VII, VIII y X,

aumentan proporcionando protección contra la hemorragia fisiológica del parto, pero cuando la pérdida de sangre supera el 25 por ciento del volumen total, se produce un rápido deterioro hemodinámico.<sup>8</sup>

Si la hemorragia es abundante, puede desencadenar un shock con la consecuente hipoperfusión tisular. También el trastorno de la coagulación puede participar en la producción del shock. El punto final de la hipotensión persistente es la asfixia del feto y la madre. Por ello, el enfoque prudente es restaurar el volumen de sangre circulante eficaz para mejorar la perfusión tisular y evitar la necrosis isquémica de órganos diana.<sup>8</sup>

## 2. Coagulación Intravascular Diseminada (CID)

Un DPPNI extenso causa CID inmediata y con frecuencia profunda. Esto se explica porque la placenta alberga grandes cantidades de tromboplastina (factor tisular o factor III) y en el DPPNI se dan las condiciones excepcionales para que irrumpa en la circulación.

El hematoma retroplacentario va creciendo intradecidualmente creando separaciones en la zona basal y lesiones vasculares que comunican de esta forma los vasos placentarios con la circulación general. Por otra parte, el DPPNI cursa con una hipertensión que aumenta la presión intrauterina. Ésta, superando la presión venosa materna, favorece el paso de grandes cantidades de factor tisular derivados de la placenta y la decidua a la circulación general.

Esto motiva la activación de la coagulación (vía extrínseca), formándose monómeros de fibrina y microtrombos en los territorios vasculares terminales. La extensa conversión de fibrinógeno en fibrina conlleva un gasto masivo de fibrinógeno (factor I) que conduce a su agotamiento (afibrinogenemia), así como la disminución de otros muchos factores de la coagulación (sobre todo factores V, VIII y plaquetas). Como respuesta, se establece un proceso de fibrinólisis secundaria conduciendo a una fibrinogénolisis y formación de productos de degradación de fibrinógeno-fibrina.<sup>8</sup>

La intensidad de la coagulación y el agotamiento de fibrinógeno plasmático están relacionados con varios factores importantes. El primero de ellos es la

cantidad de tejido placentario involucrado y, por tanto, el desprendimiento total generalmente causa una CID más intensa que los desprendimientos parciales.

En concreto, un tercio de las mujeres con un desprendimiento lo suficientemente grave como para que el feto muera tendrán un fibrinógeno en plasma de menos de 150 mg/dL. En segundo lugar, es más probable que una mujer con un desprendimiento oculto, parcial o completo, presente CID porque la presión intrauterina es mayor que en las pacientes con hemorragia vaginal externa. El tercer factor importante es el nivel de fibrinógeno de línea de base.

Básicamente, el diagnóstico de CID se confirma con las pruebas de laboratorio este cursa con hipofibrinogenemia y plaquetopenia, prolongación del tiempo de protrombina (TP) y del tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA), y un aumento del dímero D. <sup>8</sup>

### 3. Insuficiencia renal aguda

En las formas graves de DPPNI puede desarrollarse una insuficiencia renal aguda.

Puede producirse una necrosis cortical bilateral, producto de la formación de trombos en el territorio renal por CID, por lo que estaría asociada a las alteraciones de la coagulación. Esta destrucción cortical aguda, histológicamente revela necrosis de coagulación isquémica de todos los elementos en la corteza, con amplia trombosis en las arterias interlobulares y la participación ocasional de las arteriolas aferentes glomerulares y capilares.

Así mismo puede producirse una necrosis tubular aguda proximal o distal. La isquemia producida por el shock hemorrágico, puede producir una disminución de la presión capilar glomerular que predispone a un flujo bajo con isquemia y necrosis de las paredes tubulares, cuyos detritus pueden obstruir la luz del túbulo. <sup>8</sup>

- Complicaciones fetales

Son muchas las posibles complicaciones fetales y neonatales de un DPPNI. Esta patología obstétrica se relaciona con un aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal relacionadas con la hipoxemia, la asfixia, el bajo peso al nacer y el parto prematuro. <sup>8</sup>

#### 1. Falta de crecimiento por no recibir los nutrientes suficientes

Trastorno en el que el feto tiene un tamaño menor al previsto para la cantidad de semanas de gestación. Un feto suele tener un peso fetal estimado menor al percentil diez. Esto significa que pesa menos que el 90 por ciento de los fetos de su misma edad gestacional.<sup>11</sup>

#### 2. Falta de oxígeno

Antes de nacer, el bebé depende de su mamá para alimentarse y respirar. Sin embargo, por diversos factores puede faltarle oxígeno, ocasionando una hipoxia fetal, la hipoxia es un estado patológico donde no llega suficiente oxígeno a los tejidos, en un feto o recién nacido las causas son diferentes. Esta condición se debe a factores maternos, fetales y placentarios, que se presentan en el embarazo, antes del trabajo de parto, durante el parto y después de nacer.

#### 3. Nacimiento prematuro

Se define como la presencia de contracciones uterinas asociadas a cambios en el cuello del útero antes de completar 37 semanas de embarazo. Los mecanismos que desencadenan este padecimiento no son bien conocidos, pero los factores de riesgo para esta complicación son edad menor de 17 o mayor de 35 años, bajo peso antes de embarazarse, antecedente de parto prematuro previo, embarazo gemelar, sangrado vaginal, infecciones en el tracto genital inferior, tabaquismo y trabajos excesivos durante el embarazo.<sup>11</sup>

#### 4. Muerte fetal intraútero

Se gestiona de la misma manera que un embarazo único para el aborto en el segundo trimestre, el aborto en el segundo trimestre a menudo se realiza para indicar una anomalía fetal o la muerte fetal, el manejo de la evacuación uterina es generalmente el mismo que el aborto inducido y la morbilidad es similar, excepto que el riesgo de transfusión puede ser mayor con la muerte fetal intrauterina.<sup>11</sup>

#### IV.1.11. Pronóstico y evolución

Las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal son considerablemente altas, el pronóstico del DPPNI depende fundamentalmente de la extensión del desprendimiento placentario, la gravedad de la hemorragia y la presencia o no

de complicaciones, así como del diagnóstico precoz y la terapia adecuada.<sup>8</sup>

- Maternas:

A pesar de que las tasas de mortalidad materna siguen siendo elevadas en muchas áreas, se estima que ha disminuido de manera considerable, también lo ha hecho la mortalidad causada por DPPNI gracias al diagnóstico precoz y a la mejora de la conducta obstétrica. Pero, en cualquier caso, la hemorragia y sus complicaciones continúan siendo una de las primeras causas de mortalidad materna en el mundo.<sup>8</sup>

La principal complicación a nivel materno, es la coagulación intravascular diseminada (CID). Existe más riesgo de CID si el desprendimiento supera el 50 por ciento de la superficie placentaria o si el desprendimiento se asocia a éxitus fetal (10-20 %).<sup>10</sup>

- Fetal

La mortalidad perinatal es elevada. Más del 50 por ciento de las muertes perinatales relacionadas con DPPNI son nacidos muertos por asfixia intrauterina, que por lo general se produce cuando más del 50 por ciento de la placenta se desprende.<sup>8</sup>

Además, el DPPNI está implicado en hasta un 10 por ciento de los nacimientos prematuros y la muerte perinatal está relacionada con el parto prematuro en al menos el 30 por ciento de los casos. Este puede ser iatrogénico por peligro de la vida fetal o materna, o puede estar relacionada con el parto prematuro o la ruptura prematura de membranas. Se encontró que la alta mortalidad asociada a DPPNI es causada, en parte, por su fuerte asociación con el parto pretérmino; 55 por ciento muertes perinatales se relacionan con DPPNI por la edad gestacional temprana.<sup>8</sup>

#### IV.1.13. Prevención

Aunque no se ha mostrado que ninguna intervención previene el desprendimiento placentario, los factores de riesgo conocidos incluyen hipertensión materna mal controlada, tabaquismo y consumo de cocaína; La

orientación de las pacientes contra el tabaquismo y la adicción a la cocaína, y ayudarles a encontrar programas apropiados para abandonar el hábito, pueden reducir el riesgo de desprendimiento, al igual que la administración de antihipertensivos para las mujeres con control deficiente de la hipertensión.<sup>6</sup>

## V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Desprendimiento prematuro de placenta	El Desprendimiento Prematuro de Placenta es la separación de la placenta después de las 20 semanas de gestación y antes del parto	Si No	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Años cumplidos	Numérica
Nacionalidad	País de procedencia	Dominicana Haitiana Venezolana	Nominal
Chequeos prenatales	El chequeo prenatal es el conjunto de citas programadas de forma periódica y continua, durante el embarazo.	Número de visitas al médico durante la gestación.	Numérica
Ocupación	Clase o tipo de trabajo desarrollado	Estudiante Ama de casa Comerciante	Nominal
Historia g	Hechos del pasado relacionados con la vida ginecológica y obstétrica.	Primigestas Multigestas	Nominal
Edad gestacional	Número de semanas transcurridas desde la fecha de la última menstruación el parto	Semanas de embarazo	Numérica

Factores de riesgos	Serie de rasgos características o exposiciones que aumentan la probabilidad de un individuo de padecer una enfermedad	Trastornos hipertensivos Hábitos tóxicos Antecedentes de DPP Sufrimiento de traumas Negados	Nominal
Manifestaciones clínicas al ingreso	Signos y síntomas que son las causas de asistir a emergencia	Sangrado transvaginal Dolor obstétrico Hipertonía uterina Triada clásica de DPP Asintomático	Nominal
Vía de finalización del embarazo	Forma de parto de acuerdo a las características del producto	Parto Cesárea	Nominal

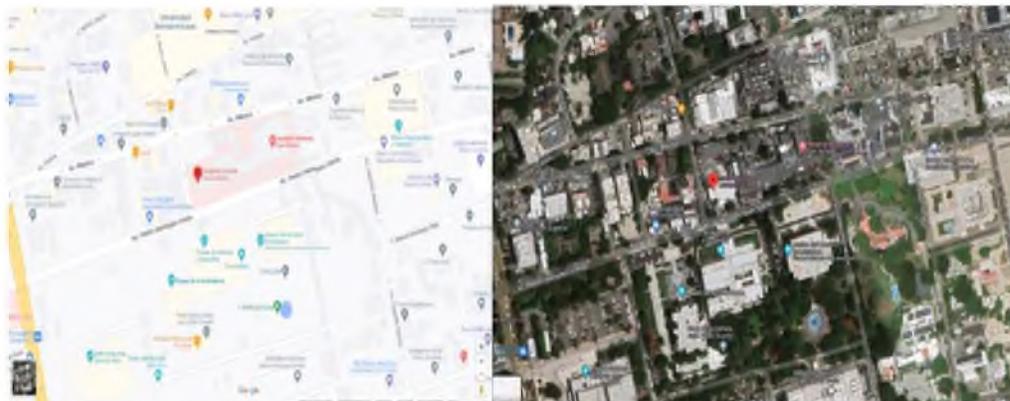
## VI. MATERIAL Y MÉTODOS

### VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal con el objetivo de determinar los factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta en gestantes que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora De La Altagracia, junio, 2022-noviembre, 2022. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

### VI.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, ubicado en la avenida Pedro Henríquez Ureña no. 49, Gazcue, Distrito Nacional, República Dominicana, Delimitado, al este, por la calle Félix María Del Monte; al oeste, por la calle Benito Juárez, al norte, por la avenida México; al sur, por la avenida Pedro Henríquez Ureña (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico

Vista aérea

### VI.3. Universo

El universo estuvo constituido por 10,148 gestantes que acudieron vía emergencia en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio, 2022- noviembre, 2022.

#### VI.4. Muestra

La muestra estuvo compuesta por 55 gestantes que acudieron vía emergencia con síntomas asociados a desprendimiento prematuro en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio, 2022-noviembre, 2022.

#### VI.5. Criterios

##### VI.5.1. De inclusión

Desprendimiento de placenta.

1. No se discrimino edad.
2. Desprendimiento prematuro de placenta.

##### VI.5.2. De exclusión

1. Negarse a participar en el estudio
2. Barrera del idioma
3. Negarse a firmar el consentimiento

#### VI.6. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó un instrumento que consta de 10 preguntas, 3 preguntas abiertas y 7 cerradas, contienen datos socio-demográficos tales como la edad, nacionalidad, ocupación, chequeos prenatales y datos asociados con desprendimiento prematuro de placenta e historia gineco obstetra. (Ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de datos).

#### VI.7. Procedimiento

Se sometió el anteproyecto a la Unidad de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU). Luego de su aprobación, se presentará al comité de investigación del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia para su revisión y aprobación.

Una vez obtenidos los permisos correspondientes, identificamos y abordamos aquellas gestantes que acudieron vía emergencia que cumplieron con los criterios de inclusión antes mencionados. Asistimos al centro de 1:00-6:00 PM y procedimos a recolectar los datos a través una encuesta tipo entrevista, esta fase será ejecutada por las sustentantes durante junio - noviembre, 2022. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

#### VI.8. Tabulación

Las operaciones de tabulación de la información fueron ejecutadas a través de los programas Microsoft Word y Excel para el diseño y manejo de datos.

#### VI.9. Análisis

El análisis de los datos fue analizado en frecuencia simple.

#### VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki <sup>18</sup> y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).<sup>19</sup> El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante

esta etapa serán abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejando los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente trabajo de grado, tomada por otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

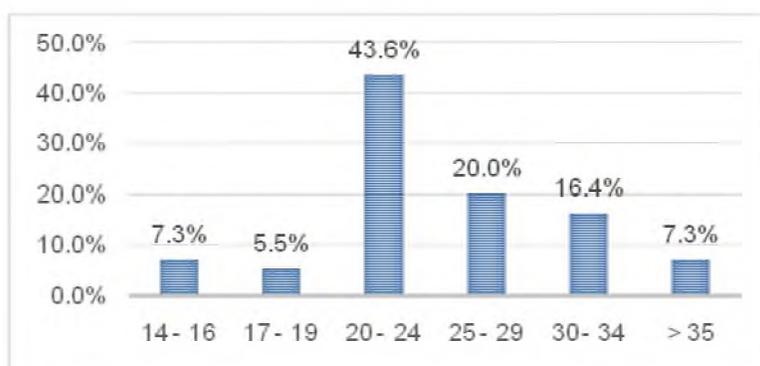
## VII.RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de edad de las gestantes con factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.

Edad	Frecuencia	%
14 - 16	4	7.3
17 - 19	3	5.5
20 - 24	24	43.6
25 - 29	11	20.0
30 - 34	9	16.4
>35	4	7.3
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 1. Distribución de edad de las gestantes con factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.



Fuente: Tabla1

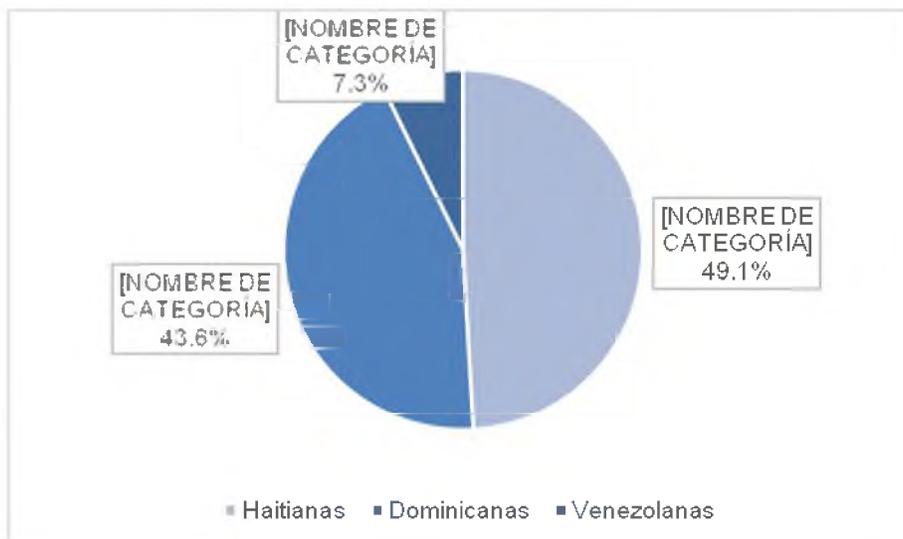
La edad que predominó en la muestra fueron las de 20-24 años representando un 43.6 por ciento del total. (Ver tabla 1)

Tabla 2. Distribución de la nacionalidad de las gestantes con factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.

Nacionalidad	Frecuencia	%
Haitianas	27	49.1
Dominicanas	24	43.6
Venezolanas	4	7.3
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 2. Distribución de la nacionalidad de las gestantes con factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.



Fuente: Tabla2

La nacionalidad que predominó fue la haitiana con un 49.1 por ciento de la muestra estudiada. (Ver tabla 2)

Tabla 3. Distribución de la ocupación de las gestantes con factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.

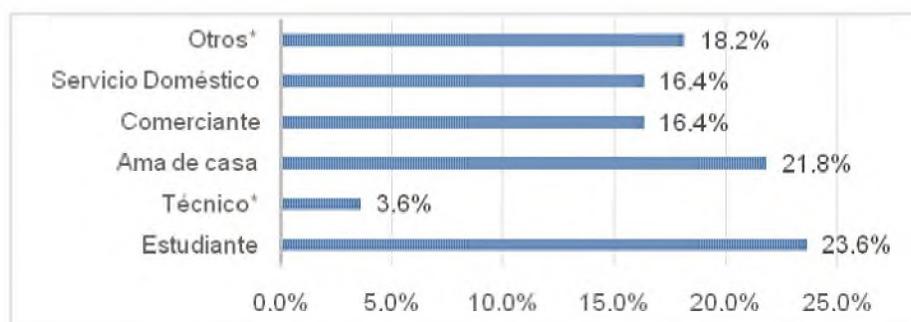
Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	13	23.6
Técnico*	2	3.6
Ama de casa	12	21.8
Comerciante	9	16.4
Servicio Doméstico	9	16.4
Otros*	10	18.2
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

\*Técnico: En uñas acrílicas, farmacia, computación.

\*Otros: Peluqueras, servicio al cliente, banqueras.

Gráfico3. Distribución de la ocupación de las gestantes con factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.



Fuente: Tabla 3

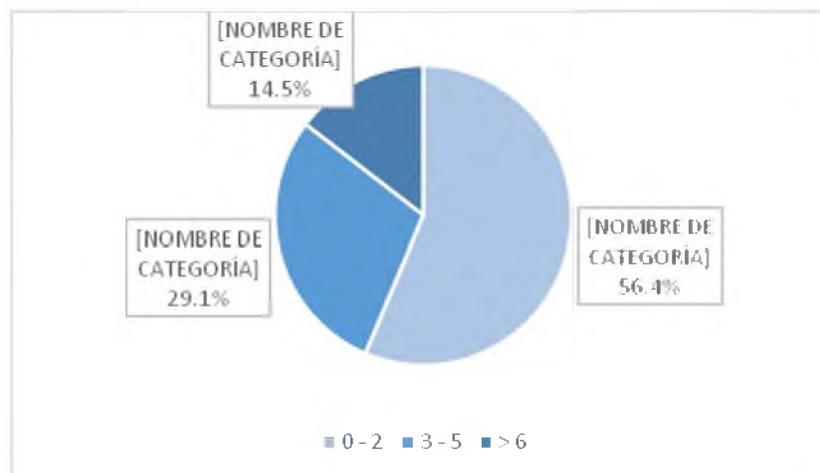
La ocupación que predominó fue estudiante con un 23.6 por ciento de la muestra estudiada. (Ver tabla 3).

Tabla 4. Distribución del número de chequeos prenatales de las gestantes con factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.

Número de chequeos prenatales	Frecuencia	%
0 - 2	31	56.4
3 - 5	16	29.1
> 6	8	14.5
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 4. Distribución del número de chequeos prenatales de las gestantes con factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.



Fuente: Tabla.4

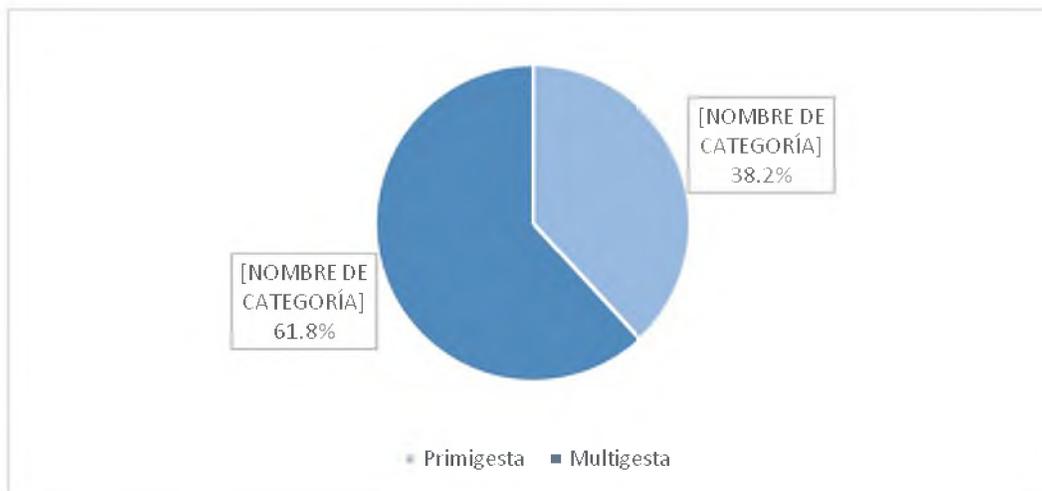
El número de chequeos prenatales que predominó fue la de 0-2 con un 56.4 por ciento de la muestra estudiada. (Ver tabla 4).

Tabla5. Distribución de gestas de las gestantes con factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.

Gestas	Frecuencia	%
Primigesta	21	38.2
Multigesta	34	61.8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 5. Distribución de gestas de las gestantes con factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.



Fuente: Tabla5

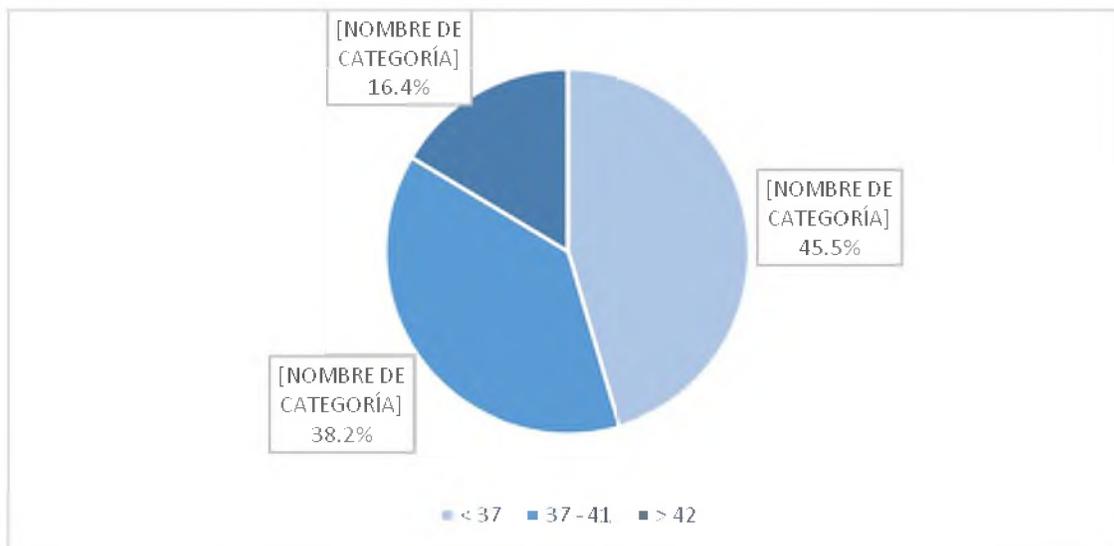
La Gesta que predominó fue la multigesta con un 61.8 por ciento de la muestra estudiada. (Ver tabla 5).

Tabla6. Distribución de la edad gestacional de las gestantes con factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.

Edad Gestacional (semanas)	Frecuencia	%
< 37	25	45.5
37 - 41	21	38.2
> 42	9	16.4
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 6. Distribución de la edad gestacional de las gestantes con factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.



Fuente: Tabla6

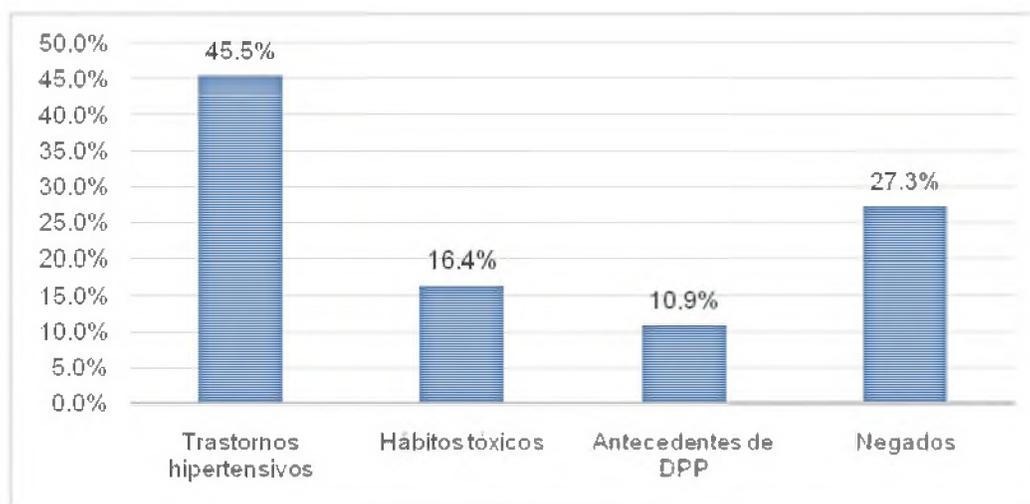
La edad gestacional que predominó fue < 37 semanas con un 45.5 por ciento de la muestra estudiada. (Ver tabla 6

Tabla7. Distribución de los factores de riesgos de las gestantes asociadas a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.

Factores de riesgos	Frecuencia	%
Trastornos hipertensivos	25	45.5
Hábitos tóxicos	9	16.4
Antecedentes de DPP	6	10.9
Negados	15	27.3
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 7. Distribución de los factores de riesgos de las gestantes asociadas a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.



Fuente: Tabla 7

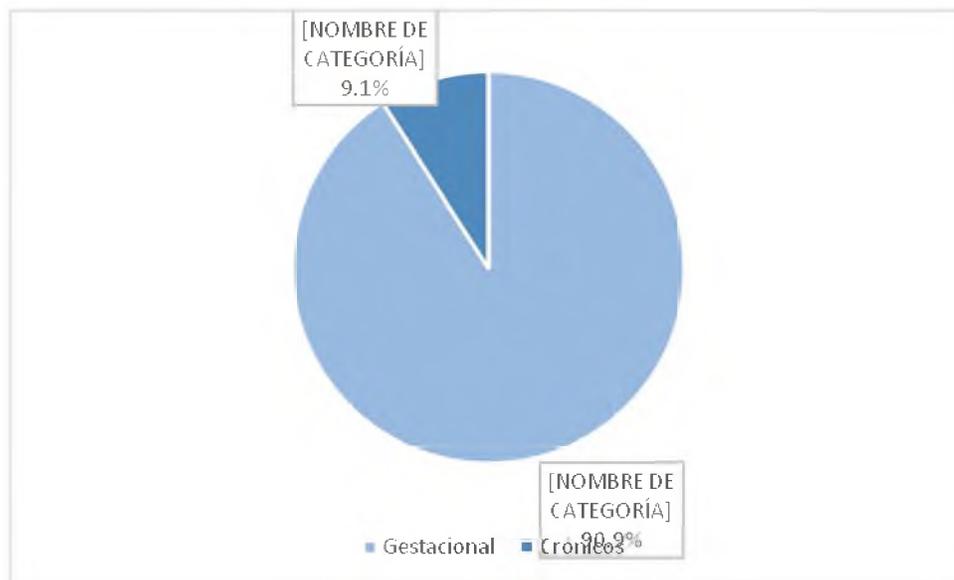
El factor de riesgo que predominó fue trastornos hipertensivos con un 45.5 por ciento de la muestra estudiada. (Ver tabla 7)

Tabla 8. Distribución de los trastornos hipertensivos de las gestantes asociadas a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.

Trastornos hipertensivos	Frecuencia	%
Gestacional	20	90.9
Crónicos	5	9.1
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 8. Distribución de los trastornos hipertensivos de las gestantes asociadas a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.



Fuente: Tabla 8

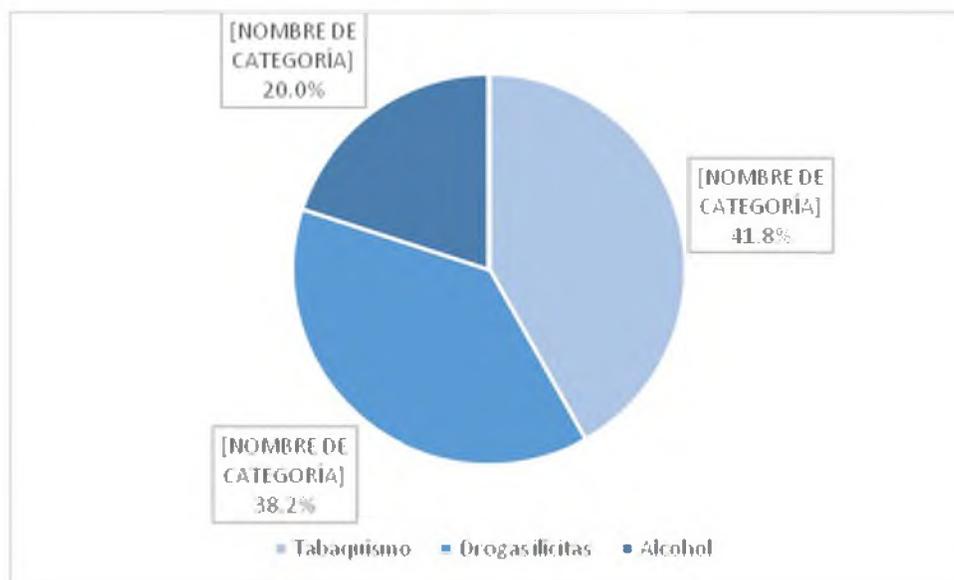
El trastorno hipertensivo que predominó fue gestacional con un 90.9 por ciento de la muestra estudiada. (Ver tabla 8)

Tabla 9. Distribución de hábitos tóxicos de las gestantes asociadas a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.

Hábitos Tóxicos	Frecuencia	%
Tabaquismo	4	41.8
Drogas ilícitas	3	38.2
Alcohol	2	20.0
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 9. Distribución de hábitos tóxicos de las gestantes asociadas a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.



Fuente: Tabla 9

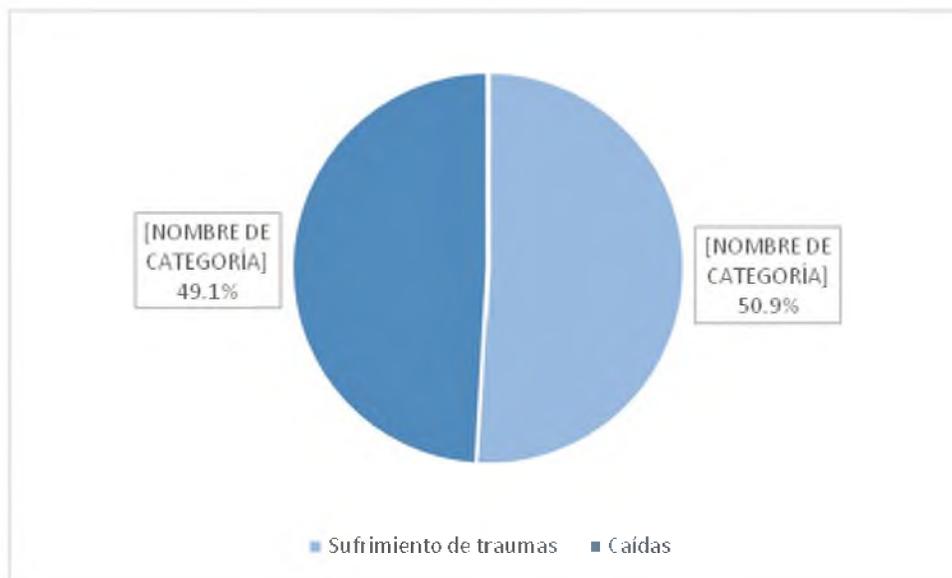
El hábito tóxico que predominó fue el tabaquismo con un 41.8 por ciento de la muestra estudiada. (Ver tabla 9)

Tabla 10. Distribución de Trauma de las gestantes asociadas a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022

Trauma	Frecuencia	%
Sufrimiento de traumas	4	50.9
Caídas	3	49.1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 10. Distribución de Trauma de las gestantes asociadas a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022



Fuente: Tabla 10

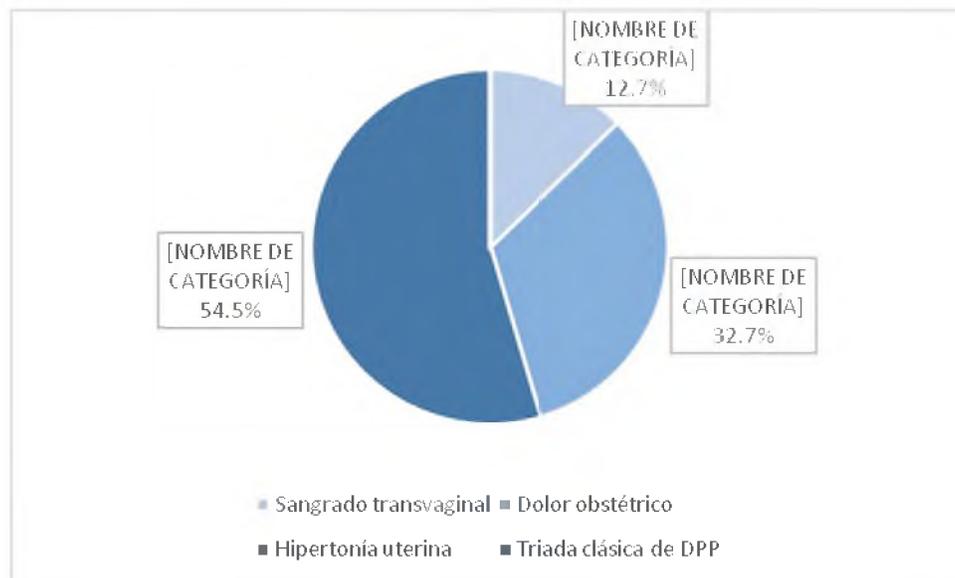
El trauma que predominó fue el sufrimiento de traumas con un 50.9 por ciento de la muestra estudiada. (Ver tabla 10)

Tabla 11. Distribución de síntomas de ingreso de las gestantes asociadas a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.

Signos y síntomas de ingreso	Frecuencia	%
Sangrado transvaginal	7	12.7
Dolor obstétrico	18	32.7
Triada clásica de DPP	30	54.5
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico11. Distribución de signos y síntomas de ingreso de las gestantes asociadas a desprendimiento prematuro de placenta que acuden al Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia junio-noviembre 2022.



Fuente: Tabla 11

El síntoma de ingreso que predominó fue la triada clásica de DPP con un 54.5 por ciento de la muestra estudiada. (Ver tabla 11)

## VIII. DISCUSION

El desprendimiento prematuro de placenta constituye una de las principales causas de morbilidad materna, fetal y neonatal. Es por esto que el presente estudio va dirigido a aportar e investigar sobre los factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta en gestantes que acuden al hospital docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio - noviembre 2022.

El estudio realizado arrojó los siguientes resultados de las 55 gestantes tomadas como muestra en la investigación, la edad prevaleciente se encontraba en un rango de 20 a 24 años lo que corresponde a un 43.6 por ciento, mientras que en un estudio realizado en el Hospital Santa Rosa en la ciudad de Lima, Perú por Cinthia Torres Moore donde su objetivo principal era determinar las patologías maternas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta obtuvo que de sus 149 pacientes estudiadas el rango de edad prevalente eran aquellas de 28 años para un 43 por ciento.

Relacionado a la nacionalidad de las gestantes estudiadas se concluye que aquellas de nacionalidad haitiana son las que tienen mayor riesgo de desprendimiento prematuro de membrana lo que corresponde a un 49.1 por ciento de nuestra muestra.

En 2020 se realizó un estudio por Nanie Fernández Medina en el Hospital de Huamanga en Perú con una muestra de 24 gestantes en el cual se demostró que 66.4 por ciento de sus pacientes se desarrollaban como maestras y 4.2 por ciento como amas de casa, mientras que en nuestro estudio se obtuvo que 23.6 por ciento, lo que corresponde a 13 pacientes de nuestra muestra de 55 eran estudiantes y 12 de estas amas de casa para un total de 21.8 por ciento. En el estudio realizado por Nanie en 2020 se evidencio que un 50 por ciento tuvieron más de 6 chequeos prenatales al momento del desprendimiento mientras que en nuestro estudio 31 de nuestras pacientes lo que se corresponde a un 56.4 por ciento solo se realizaron de 0 a 2 chequeos prenatales.

Además, en dicho estudio se estudió como parte de la historia gineco obstetra de las pacientes las gestas y se obtuvo como resultado que 9.12 lo que

corresponde a 38 por ciento de las 24 pacientes fueron multíparas lo que se corresponde con los resultados obtenidos en esta investigación que se interpreta de la siguiente manera: 34 de las 55 pacientes encuestadas lo que se relaciona con un 61.8 por ciento fueron de igual manera multíparas.

Por otro lado, se estudió la edad gestacional del producto al momento del desprendimiento y se evidenció que aquellas pacientes con un tiempo menor a 37 semanas de gestación que corresponde a 45.5 por ciento tuvieron mayor prevalencia que aquellas con un embarazo a término, de igual forma se evidencio en un estudio realizado en un hospital de Guayaquil, Ecuador por Dalushka Carpio donde se estudió la Prevalencia de desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en un hospital de la ciudad de Guayaquil donde se manifestó que aquellas pacientes de 35 a 39 semanas tenían un mayor riesgo de presentar DPP.

En la ciudad de Lima, Perú la Dra. Magnolia Celedonio realizó un estudio que tenía por objetivo determinar los principales factores asociados al desprendimiento prematuro de placenta y sus complicaciones materno perinatales en el Instituto Materno Perinatal de Lima y este tuvo como resultado que el principal factor presente fue la hipertensión en las pacientes estudiadas y el principal síntoma de ingreso estaba marcado por el sangrado transvaginal, de igual forma en el presente estudio se concluye que el principal factor es la hipertensión arterial predominando la hipertensión arterial producida por el periodo de gestación, en cambio según los datos obtenidos en esta investigación se obtuvo que el principal síntoma de ingreso está dado por aquellas pacientes que presentaron la tríada clásica de DPP compuesta por sangrado transvaginal, dolor obstétrico e hipertonía uterina. Seguido por aquellas pacientes que presentaron solo dolor obstétrico.

Por último, se estudió la vía de finalización del embarazo en aquellas pacientes con desprendimiento prematuro de placenta y se evidencio que 55 de las 55 pacientes estudiadas lo que corresponde a un 100 por ciento de estas se les realizó cesárea.

## IX. CONCLUSIÓN

Al analizar y observar los resultados obtenidos del presente estudio, se pudo concluir con las siguientes afirmaciones:

1. El rango de edad más encontrado entre las gestantes estaba entre 20 a 24 años, con un total de 43.6 por ciento.
2. En lo que respecta a la nacionalidad, las haitianas son las que presentan mayor riesgo de desprendimiento prematuro de placenta con un 49.1 por ciento.
3. En cuanto a la ocupación de las pacientes estudiadas 23.6 por ciento corresponde a estudiantes mientras un 21.8 por ciento se desarrollan como ama de casa.
4. Un punto importante a evaluar son los chequeos prenatales donde se evidencio que 56.4 por ciento de las gestantes se realizaron sólo de 0 a 2 chequeos prenatales a lo largo del periodo de gestación.
5. Aquellas pacientes que son multigestas tienen más riesgo de presentar desprendimiento prematuro de membrana que aquellas primigestas.
6. Se obtuvo como resultado que en embarazos menores a 37 semanas es más frecuente evidenciar un desprendimiento prematuro de placenta.
7. Se concluye que el principal factor de riesgo son los trastornos hipertensivos lo que representa un 45.5 por ciento sobre todo aquellos presentados durante la gestación, así mismo aquellas pacientes que durante el embarazo tienen hábitos tales como el consumo de tabaco tienen un riesgo mayor de presentar dicha patología, así como aquellas que durante el embarazo fueron víctimas de algún tipo de trauma presentaron DPP.
8. En relación a los síntomas de ingreso se puede evidenciar que 54.5 por ciento de las pacientes llegaron vía emergencia con la triada clásica de DPP compuesta por sangrado transvaginal, dolor obstétrico e hipertoniá uterina. Mientras 32.7 por ciento de estas llegaron solo con dolor

obstétrico lo que indica que este es un importante signo de alerta frente a esta patología.

9. Finalmente se concluyó que la vía de finalización del embarazo en paciente con DPP es vía cesárea cifra que corresponde al 100 por ciento de la muestra del estudio.

## **X. RECOMENDACIONES**

1. A las futuras investigaciones sobre factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta exhortamos realizar una muestra mayor para disminuir la tasa de error.
2. Incentivar a la población de visitar inmediatamente a un centro de salud cuando se sospeche de un embarazo.
3. Incentivar a las gestantes de acudir a las citas prenatales pautadas.
4. Al Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia crear a futuro un departamento para aquellas pacientes gestantes con hipertensión crónica y gestacional, para un mejor manejo y monitoreo que ayude a reducir los factores de riesgos.
5. Crear programas que concienticen el daño que causa el uso del alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo.
6. Educar a las pacientes sobre el uso de transportes de motor sin protección, el uso adecuado del cinturón de seguridad y cómo evitar las caídas durante el embarazo.
7. Incentivar a las gestantes realizar al menos 30 minutos de ejercicio al día de intensidad moderada y educarlas sobre una buena alimentación.

## XI. REFERENCIAS

1. Roura Cabero. Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. *MINSA* 2015; 87 (3): 167- 8. Disponible en: [https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo\\_diciembre\\_2015.pdf](https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf)
2. Jonathan Berek. *Ginecología de novak*. 13va edición, Estado de México (México): Mcgraw-Hill; 2015: 571-599.
3. Luisa María Cerón-Suchini. Desprendimiento prematuro de placenta consecuencias materno perinatales [Tesis postgrado-Ginecología y Obstetricia]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala; 2016. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_9330.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9330.pdf).
4. Cinthia Debora Torres-Moore. Patologías maternas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en gestantes atendidas en el hospital santa rosa durante el periodo de enero 2008-julio 2018 [Tesis postgrado-Médico Cirujano]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2019. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1884/CTORRESMOORE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
5. Magnolia Yovana Celedonio-Salvador, Mayda Cristina Hinojosa-Obando. Factores asociados y complicaciones materno perinatales del desprendimiento prematuro de placenta [Tesis postgrado-Ginecología y Obstetricia]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1954/Celedonio\\_sm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1954/Celedonio_sm.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
6. Fernández Medina-Nanie. Características de las gestantes con hemorragias del tercer trimestre atendidas en el hospital II huamanga

- carlostuppiagarcía godos 2018 [Tesis postgrado-Emergencias]. Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3291/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2020-FERN%C3%81NDEZ%20MEDINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. María Eugenia Mendoza-Juárez. Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el hospital de ginecología y obstetricia instituto materno infantil del estado de méxico, imi em del periodo comprendido del 01 de julio 2011 al 01 de agosto 2012 [Tesis Postgrado-Ginecología y Obstetricia]. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013. Disponible en: <https://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14025>.
  8. Dakota Viruega Cuaresma. Abruptioplacentae: una grave patología obstétrica [Tesis Pregrado-Medicina]. Santander: Universidad de Cantabria; 2016. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8731/ViruegaCuaresmaD.pdf?sequence=4>.
  9. Steven G. Gabbe. Jennifer R. Niebyl. Joe Leigh-Simpson. Mark B. Landon. Henry L. Galan. Eric R. M. Jauniaux, et al. *Obstetrics: normal and problem pregnancies*. 6ta edición, Philadelphia (USA): Elsevier; 2012:416-417.
  10. Yasmina Barral, Teresa Cobo, Marta López, Edurne Mazarico. Hematomas placentarios: desprendimiento prematuro de placenta. *Univ de Barc* 2019; 1-13. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-matern-a-obstetrica/hematomes%20placentaris.pdf>.
  11. Carpio Montero Dalushka-Abigail. Prevalencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta en Gestantes Atendidas en un Hospital de la Ciudad Guayaquil [Tesis pregrado-Medicina]. Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2019. Disponible en:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/317/12461/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-513.pdf>.

12. Mercedes Altagracia Florian-Peña. Incidencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta Como Hallazgo Transquirúrgico en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo, Los Mina, Mayo 2016-Mayo 2017 [Tesis postgrado-Ginecología y Obstetricia]. Santo Domingo, República Dominicana: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2018.
13. America Elena Calderon-Maldonado. Desprendimiento prematuro de placenta normoinser tamorbi-mortalidad y resultados perinatales en el hospital de ginecología y obstetricia del imiem en el periodo de enero a diciembre de 2012 [Tesis postgrado-Ginecología y Obstetricia]. Toluca, Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2014. Disponible en: <https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14797/Tesis.416929.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=CLASIFICACION%20DE%20PAGE%3A,fetal%20y%20menos%20frecuentemente%20CID>.
14. OMS.es, Estadísticas Mundiales de la Organización Mundial para la Salud [Sede web]. OMS; 12 de octubre de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/gho/es/>.
15. Shad H Deering. What are the risk factors for abruptio placentae?. *Medscape* 2018;11-14. Disponible en: [https://www.medscape.com/answers/252810-1855\\_23/what-are-the-risk-factors-for-abruptio-placentae](https://www.medscape.com/answers/252810-1855_23/what-are-the-risk-factors-for-abruptio-placentae).
16. De los Ángeles Martos- Cano, María Martínez -Moya, Silvia Campos-Pereiro, Ángel Salcedo - Mariña y Tirso Pérez -Medina. Desprendimiento prematuro de placenta normoinser tada por mutación heterocigota en el gen de la protrombina. *Prog Obstet Ginecol* 2018; 61 (3)3: 256-260. Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC\\_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinser tada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinser tada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf).

17. Marta Delgado-Márquez, Alba Rodríguez-Gómez, Verónica García-Romero. Hemorragias en el embarazo: desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. *Enfer Virtual* 2015; 92(3):1 29-137. Disponible en: <http://congresoivirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/129.pdf>
18. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2015; VI (2): 321.
19. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Génova, 2017.

## XII. ANEXOS

### XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2021 -2023	
Selección del tema	2021	Noviembre
Búsqueda de referencias		Diciembre
Elaboración del anteproyecto	2022	Enero
Sometimientoy aprobación		Febrero
		Marzo
		Abril
		Mayo
Recolección de datos		Junio - noviembre
		Julio
		Agosto
Tabulación y análisis de la información		Septiembre
		Octubre
Redacción del informe	Noviembre	
Revisión del informe	Diciembre	
Encuadernación	2023	Enero
Presentación		

XII.2. Instrumento de recolección de datos

FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A DESPRENDIMIENTO PREMATURO  
DE PLACENTA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DOCENTE  
UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA  
JUNIO, 2022 - NOVIEMBRE, 2022

Formulario # : \_\_\_\_\_ Fecha / /

1. Edad: \_\_\_\_\_ años.
2. Nacionalidad: Dominicana \_\_\_\_\_ Haitiana \_\_\_\_\_ Venezolana \_\_\_\_\_
3. Número de chequeos prenatales: 0-2 \_\_\_\_\_ 3-5 \_\_\_\_\_ > 6 \_\_\_\_\_
4. Ocupación: Estudiante \_\_\_\_\_ Técnico \_\_\_\_\_ Ama de casa \_\_\_\_\_ Comerciante \_\_\_\_\_ Servicio Doméstico \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_
5. Primigesta \_\_\_\_\_ Multigesta \_\_\_\_\_
6. Edad Gestacional: \_\_\_\_\_
7. Factores de riesgos:
  - Trastornos hipertensivos: Gestacional \_\_\_\_\_ crónico \_\_\_\_\_
  - Hábitos tóxicos: Tabaquismo \_\_\_\_\_ Drogas \_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_
  - Antecedentes de DPP \_\_\_\_\_
  - Sufrimiento de traumas: Caídas: \_\_\_\_\_ Accidente de auto \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_
  - Negados \_\_\_\_\_
8. Manifestaciones clínicas: Sangrado transvaginal \_\_\_\_\_ Dolor obstétrico \_\_\_\_\_ Hipertonía uterina \_\_\_\_\_ Asíntomas \_\_\_\_\_ Triada clásica de DPP \_\_\_\_\_
9. Vía de finalización del embarazo: Cesárea \_\_\_\_\_ Vía Vaginal \_\_\_\_\_

### XII.3. Costos y recursos

VIII.3.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 2 sustentante</li> <li>● 2 asesores (metodológico y clínico)</li> <li>● Personal médico calificado en número de cuatro</li> <li>● Personas que participaron en el estudio</li> </ul>			
VIII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	390.00	390.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	180.00
Lápices	3 unidades	16.00	48.00
Borras	1 unidad	30.00	30.00
Bolígrafos	3 unidades	30.00	90.00
Sacapuntas	1 unidades	15.0	15.00
VIII.3.3. Información			
Adquisición de libros	1 libro	750.00	750.00
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
VIII.3.4. Económicos			
Papelería (copias )	1200 copias	2.00	2,400.00
Encuadernación	12 informes	80.00	960.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción de anteproyecto			
Inscripción de la tesis	2 inscripciones	16,500.00	33,000.00
Subtotal			46,063.00
Imprevistos 10%			4,606.3
<b>Total</b>			<b>\$ 50,669.3</b>

\*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

#### XII.4. Consentimiento informado

### FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DOCENTE UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA JUNIO, 2022 - NOVIEMBRE, 2022

#### Descripción

Usted ha sido seleccionada a participar en esta investigación que tiene como objetivo principal determinar los factores de riesgos asociados a desprendimiento prematuro de placenta en el periodo junio - noviembre, 2022.

#### Alternativa

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede interrumpir la entrevista en cualquier momento. Puede negarse a responder cualquier pregunta o de no participar en la misma. No hay penalidad por rechazar participar.

#### Confidencialidad

La identidad del participante será protegida y a su nombre se le asignará un código o ID. Toda información o datos que puedan identificarlo/a serán manejados confidencialmente.

#### Costos, riesgos y beneficios

Su participación en este estudio no tiene costo alguno, tampoco en este proyecto no representa riesgo para usted.

Si se siente incómoda con algún aspecto incluido en la misma, tiene toda la libertad de no contestarla.

Ante cualquier duda o pregunta puede comunicarse con la Dra. Sabrina Marte, Medico Gineco-Obstetra.

ID \_\_\_\_\_ Acepto estar de acuerdo para este estudio, así como su publicación.

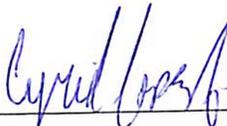
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la paciente

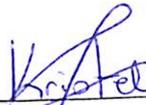
Sustentantes: Cyriel López Ángeles \_\_\_\_\_

Kristel Pamela Alexis Valoy \_\_\_\_\_

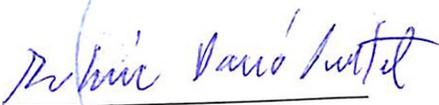
XII.5. Evaluación

Sustentantes:

  
\_\_\_\_\_  
Cyriel López Ángeles

  
\_\_\_\_\_  
Kristel Alexis Valoy

Asesores:

  
\_\_\_\_\_  
Rubén Darío Pimentel  
(Metodológico)

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Sabrina Marte  
(Clínico)

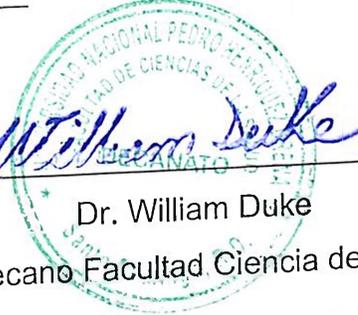
Jurado:

  
\_\_\_\_\_

  
\_\_\_\_\_

Autoridades:

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Claudia María Scharf  
Directora Escuela de Medicina  
Salud  


  
\_\_\_\_\_  
Dr. William Duke  
Decano Facultad Ciencia de la  


Fecha de presentación : 26/01/2023

Calificación: 93 - A