

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**MANIFESTACIONES ULTRASONOGRAFICAS DE DESPREN-  
DIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA**

(Estudio realizado en el Departamento de Radiología del Hospital General San Juan de Dios, durante el período comprendido de marzo de 1988 a marzo de 1993).  
Guatemala.

**T E S I S**

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

**P O R**

**MARIO ROBERTO TOLEDO ORELLANA**

En el acto de su investidura de:

**MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, AGOSTO DE 1993.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"  
SUBDIRECCION MEDICA  
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

DL  
05  
T(7109)

Oficio No. CI-86-93

Guatemala, 4 de agosto de 1993

Bachiller  
Mario Roberto Toledo Orellana  
Presente.

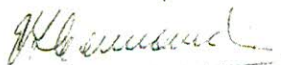
Estimado Señor Toledo:

El Comité de Investigación le informa que su Informe Final ha sido autorizado para la divulgación de su trabajo de Tesis titulado:

"MANIFESTACIONES ULTRASONOGRAFICAS DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO  
DE PLACENTA"

Sin otro particular quedo de usted.

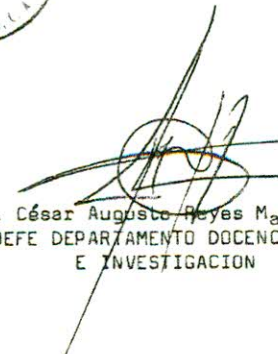
Atentamente,



Enf. Elsa Maribel Hernández Argueta  
COORDINADORA  
COMITE DE INVESTIGACION



Va.Bo.



Dr. César Augusto Reyes Martínez  
JEFE DEPARTAMENTO DOCENCIA  
E INVESTIGACION



EMHA/ided.

c.c. archivo.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 6 de agosto

de 1993

DIF-195-93

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER MARIO ROBERTO TOLEDO  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

ORELLANA

Carnet No. 58834

completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"MANIFESTACIONES ULTRASONOGRAFICAS DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO

DE PLACENTA"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Asesor

Firma y sello personal

Dr. Gustavo A. Chang Q.  
Médico y Cirujano  
Col. 2285

Firma del estudiante

Revisor

Firma y sello

Registro Personal 10715

Dr. José Domingo Setano González  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado No. 3297

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E   C O N S T A R   Q U E :

El Bachiller: MARIO ROBERTO TOLEDO ORELLANA  
Carnet Universitario No. 58834

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General  
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"MANIFESTACIONES ULTRASONOGRAFICAS DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO  
DE PLACENTA"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente  
O R D E N   D E   I M P R E S I O N :

Guatemala, 6 de agosto de 1993

Dr. Edgar R. De León Barillas  
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas  
Director del Centro de Investigaciones  
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :

Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco

D E C A N O



## INDICE

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI. DISEÑO METODOLOGICO	16
VII. PRESENTACION RESULTADOS	18
VIII. ANALISIS DE RESULTADOS	27
IX. CONCLUSIONES	30
X. RECOMENDACIONES	31
XI. RESUMEN	32
XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	34
XIII. ANEXOS	36

## I. INTRODUCCION

El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta o accidente de Bandelocque, como se le conoce, es un proceso constituido por un desprendimiento parcial o total de la placenta insertada en su sitio normal. (14)

Se produce generalmente en el tercer trimestre de embarazo o durante el parto, pero siempre antes del final del periodo de reposo clínico del alumbramiento.

Su frecuencia según la literatura mundial es de 0.1%, no conociendo su frecuencia en la literatura nacional. (14)

El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta se ha asociado a una variedad de entidades, clínicas que predisponen su apareamiento y que en conjunto agravan el pronóstico del paciente.

Este estudio se efectuará con el propósito fundamental de dar a conocer las manifestaciones ultrasonográficas en la detección de éste problema. Los objetivos planteados, establecerán los grupos etáneos de más riesgo, la sintomatología, signología y métodos de diagnóstico más específicos.

Se tomará como muestra, las historias clínicas de las pacientes que consultan a la emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Dios, que presentan hemorragia vaginal y a las que se les realiza ultrasonograma obstétrico, se compararán los resultados obtenidos de métodos de diagnóstico como examen físico, ultrasonido y de patología, extrayendo así, los datos más relevantes para establecer las conclusiones y recomendaciones del presente estudio.

## II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta, es una entidad patológica que puede ser originada por varias causas, entre las que podemos mencionar: gravidotoxemia, traumatismos externos, traumatismos internos, falta de paralelismo en la retracción de los tejidos de la pared del útero y la placenta en la evacuación brusca en el polihidramnios o embarazos múltiples, oscilaciones bruscas de presión arterial y endometritis, entre otras. (12, 14, 17, 19)

Su diagnóstico diferencial presenta escasas dificultades si la hemorragia es externa, pero si la hemorragia es interna, el diagnóstico se hace difícil y hace pensar en ruptura de útero por intensa actividad contractil, el aumento y tensión del útero hace pensar en polihidramnios. (14)

Con el advenimiento de métodos diagnósticos sofisticados atraumáticos y no invasivos como el ultrasonido, la medicina ha dado un paso gigantesco en la detección, manejo terapéutico temprano del problema y conocimiento del grado y tipo de desprendimiento placentario.

Por tal razón, se decide efectuar la presente investigación, primera en su género en Guatemala, para conocer la imagenología ultrasonográfica del problema, pretendiendo divulgar los avances y limitaciones con que se cuenta en el diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.

### III. JUSTIFICACION

En el curso de un embarazo normal, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, puede iniciarse bruscamente; esta iniciación puede o no acompañarse de hemorragia externa.

Si existe hemorragia externa, ésta es un tanto tardía, pues la sangre proveniente del hematoma intraplacentario ha debido labrarse un camino despegando las membranas de la pared del útero, siendo de carácter intermitente. (14, 19)

No existiendo hemorragia externa, el cuadro se complementa con signos y síntomas, como dolor agudo de gran intensidad con localización sobre el sitio del desprendimiento, con aumento consecuente del tamaño del útero debido a la acumulación de sangre, asociado a aumento de su consistencia y tensión adquiriendo a la palpación el carácter de útero leñoso; salvo en el sitio del desprendimiento donde puede ser blando. Así mismo, se presente anemia y shock en casos graves y el feto sufre como consecuencia de la anoxia, muriendo en la mayoría de los casos; detectándose a la auscultación falta de foco fetal. (14)

El tratamiento médico, precoz o tardío en estos casos, va a ser determinante en la evolución clínica de la enfermedad y de sus complicaciones y para su diagnóstico se considera al ultrasonido como el método de elección.

En la literatura médica nacional, hasta la fecha no se cuenta con ningún estudio que nos demuestre los hallazgos ultrasonográficos del desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.

Por tal motivo se efectuará el presente trabajo, para establecer el grupo poblacional con mayor riesgo de presentar desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta y determinar las principales causas en su etiología, utilizando al ultrasonido como a uno de los métodos diagnósticos de mayor importancia.



#### IV. OBJETIVOS

##### 1. GENERALES:

- A. Establecer la importancia del ultrasonido y su relación con manifestaciones ultrasonográficas como ayuda diagnóstica en problemas de desprendimiento prematuro de placenta en nuestro medio.
- B. Evaluar la sintomatología que manifiestan los pacientes con desprendimiento prematuro de placenta.
- C. Determinar la frecuencia con que se presenta la patología con la metodología ultrasonográfica utilizada actualmente.

##### 2. ESPECIFICOS:

- A. Determinar el grupo de edad que se encuentra mayormente afectados en nuestro medio.
- B. Describir el cuadro clínico que con más frecuencia se encuentra.
- C. Describir la presentación ultrasonográfica en dicha patología.

## VI. REVISION BIBLIOGRAFICA

### A. Ultrasonografía.

Ha sido enorme el impacto del ultrasonido diagnóstico en la asistencia perinatal. Durante la última década se ha visto pasar de la obtención bidimensional de imágenes desde el laboratorio de investigaciones hacia el consultorio del clínico. (10)

El ultrasonido se ha convertido en una parte integral de la medicina perinatal. Entre sus muchas aplicaciones se encuentran determinada la edad gestacional y la presentación, identificar las gestaciones múltiples, confirmar el establecimiento de la vida fetal al identificar la frecuencia cardíaca y los movimientos del feto; diagnosticar anomalías congénitas fetales, localizar la placenta, vigilar el crecimiento fetal y confirmar la madurez fetal. La ultrasonografía bidimensional se efectuó inicialmente con dispositivos del tipo Bestáticos. Los convertidores de escala gris desarrollados en 1970 fomentaron la claridad de los resultados. Se efectuaron ultrasonografías seriadas en los ejes transverso y longitudinal para obtener una imagen compuesta. (10)

El ultrasonido de tiempo real es un progreso de gran importancia en el diagnóstico perinatal. Mediante escala gris, distribución lineal y obtención de imágenes de sector se producen imágenes transversas de movimiento continuo de las estructuras internas. (10)

El estudio ultrasonográfico de tiempo real es rápido y brinda resultados inmediatos, tanto al obstetra, como a la paciente. El líquido amniótico produce interfase excelente para obtener una buena imagen. (10)

#### 1. Placentografía y Estudios de la Madurez Fetal:

La implantación de cualquier parte de la placenta en el segmento uterino inferior no es sólo peligrosa para la paciente, sino también médicamente costosa. El ultrasonido puede identificar o descartar esta complicación. A menudo durante el principio del embarazo la placenta está cerca del cuello uterino o lo cubre, pero conforme progresa el embarazo se desplaza a distancia importante del orificio cervical. La razón para esta aparente "placenta migratoria" es que el útero es unas cuarenta veces más grande al término que cuando no hay gestación. Con este crecimiento uterino la placenta es llevada hacia arriba en la pared del útero, lejos del orificio. (10, 12, 15)

Si se observa en un estudio ultrasonográfico temprano una placenta de ubicación baja, se advierte a la paciente el problema potencial, pero no se toman otras precauciones diagnósticas o terapéuticas a menos que se observe hemorragia. Si se trata de una placenta

previa completa que tiene poca posibilidad de "emigrar", se colocará a la paciente en reposo y se le explicará por completo el problema. Debe confirmarse el diagnóstico de placenta previa antes de proceder al tratamiento quirúrgico. recientemente se reconoció que durante la gestación, la placenta experimenta cambios de maduración perceptibles por medios ultrasónicos. (10, 12)

## 2. Seguridad del Ultrasonido:

Una pregunta que se plantea a menudo se refiere a saber si se ha comprobado que el ultrasonido es seguro durante el embarazo. Por su empleo generalizado durante el mismo, no se ha sometido a prueba o escrutado concienzudamente ninguna otra técnica diagnóstica antes de su aplicación en el hombre. El uso se ha sometido a prueba, tanto en vivo, como in vitro. Se han investigado sus efectos, tanto en animales como en órganos, tejidos, células y partículas subcelulares. Incluso se ha investigado el efecto del ultrasonido en cromosomas, genes y DNA en busca de cambios estructurales y fracturas en el material genético. (10)

Aunque hay algunos informes sobre efectos del ultrasonido en generaciones múltiples de animales, aún no ha podido determinarse su efecto sobre las generaciones subsecuentes de seres humanos. (10)

## B. Desprendimiento Prematuro de Placenta:

La separación de la placenta a partir de su lugar de implantación en el útero antes del parto, ha sido denominado de múltiples formas:

- a) Desprendimiento de la placenta.
- b) Abruptio placentae.
- c) Ablatio placentae.
- d) Separación prematura de la placenta implantada normalmente. (19)

La expresión "desprendimiento prematuro de la placenta" implantada normalmente es la más descriptiva, porque diferencia la placenta que se separa prematuramente pero que está implantada lejos del orificio cervical interno de la que se haya en el orificio cervical externo, es decir la placenta previa. (19)

La expresión "abruptio placentae" significa disgregación de la placenta en dos trozos, presupone un accidente agudo. (19)

La expresión "ablatio placentae" significa una traslación de la placenta. (19)

La hemorragia de la abrupcio placentae se incinúa generalmente entre las membranas y le útero, escapa a través del cuello y aparece en el exterior provocando una hemorragia externa. (19) (Ver figura número. 1)



Hemorragia  
Externa

Figura 1

Con menos frecuencia la sangre no escapa al exterior, sino que es retenida ante la placenta desprendida y el útero, y da lugar a la hemorragia oculta (figura 1). El desprendimiento de la placenta con hemorragia oculta puede ser más grave que la abrupcio placentae, con hemorragia externa, ya que supone mayor riesgo para la madre, pero no es fácil apreciar la extensión y grado de la hemorragia. (14, 19)

#### 1. Frecuencia, Intensidad y Significado:

La frecuencia con que se diagnostica abrupcio placentae depende de los criterios que se empleen. Por ejemplo: en los casos durante la segunda fase del parto, el feto pasa lentamente

del útero a la vagina, puede desprenderse parcialmente la placenta. Algunos obstétricos llamaron a este cuadro abruptio placentae, otros no. Este hecho modificará la frecuencia. (1, 3)

La intensidad de un desprendimiento depende a menudo de la rapidez con que la gestante acuda al médico, tras la aparición del dolor abdominal, de la hemorragia vaginal o de ambos.

En los últimos años la frecuencia del diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta en algunos hospitales de los Estados Unidos de América son:

- a) Parkland Memorial Hospital, Dallas  
uno por cada ochenta y seis partos.
- b) Memphis, Tennessee Hospital  
uno por cada ochenta y nueve partos.
- c) Cincinnati Hospital  
uno por cada setenta y siete partos. (19)

Resulta evidente que el desprendimiento prematuro de placenta es un problema obstétrico frecuente de especial gravedad para el feto y el recién nacido. (19)

## 2. Etiología:

La causa principal del desprendimiento prematuro de placenta se desconoce, pero se han evocado factores etiológicos como: traumatismos, cordón umbilical corto, la descompresión brusca del útero, anomalía o tumor uterinos, compresión u oclusión de la vena inferior, hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión crónica, toxemia aguda, presión del útero aumentado del columnen sobre la vena cava inferior, y déficit dietético. (17)

## 3. Recidiva:

En el pronóstico de las mujeres que han presentado ya un desprendimiento prematuro de placenta es de considerable importancia recordar que el riesgo en un embarazo posterior es mucho mayor que en la población general. Es evidente que la probabilidad de recidiva hace cualquier gestación posterior, un embarazo de alto riesgo. (7)

## 4. Patología:

El desprendimiento de la placenta se inicia con hemorragia en la decidua basal, la cual

se escinde y deja una delgada capa adherida al miometrio. El proceso en sus primeras fases consiste en el desarrollo de un hematoma decidual que conduce al desprendimiento, compresión y destrucción final de la función de la parte de la placenta adyacente a él. (5)

La enfermedad se descubre solamente al examinar la placenta después del parto y sobre su superficie se observa una profunda depresión circunscrita de pocos centímetros de diámetro, que contiene un coágulo sanguíneo oscuro y en parte desorganizado.

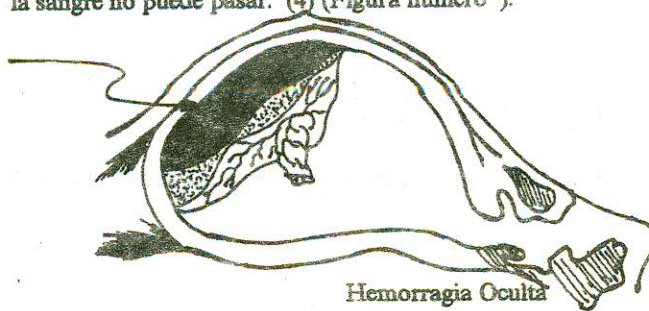
En algunos casos, una arteria espiral de la decidua se rompe y origina un hematoma retroplacentario, el cual determina la rotura de un número de vasos creciente y la separación de mayor superficie placentaria y así sucesivamente. La zona de separación se hace más extensa y alcanza el borde de la placenta. Teniendo en cuenta que el útero está todavía distendido por los productos de la concepción, es incapaz de contraerse y comprimir los vasos desgarrados que irrigan la cara placentaria en consecuencia el flujo de sangre diseca las membranas de la pared uterina y eventualmente aparece al exterior. (5, 11)

#### 5. Hemorragia Oculta:

La retención puede aparecer:

- 1) Cuando hay una efusión de sangre detrás de la placenta y permanecen sus bordes adheridos.
- 2) Cuando la placenta está completamente separada, aunque las membranas conservan su unión a la pared uterina.
- 3) Cuando la sangre tiene acceso a la cavidad amniótica a través de las membranas.
- 4) Cuando la cabeza está aplicada tan estrechamente sobre el segmento uterino que la sangre no puede pasar. (4) (Figura número ).

Hemorragia  
Oculta



Hemorragia Oculta  
Figura No. 2.

### C. Desprendimiento crónico de la placenta:

En general, la hemorragia del lecho placentario persiste hasta el parto, momento en que contracción y retracción del miometrio comprimen los vasos sangrantes, o hasta que la gestante muere.

#### 1. Sintomatología:

En el curso de un embarazo normal o frecuentemente con gestosis, el proceso se inicia bruscamente. Esta iniciación puede acompañarse o no de hemorragia externa. (2)

- a) Si existe hemorragia externa, la que no es si no expresión de la hemorragia interna. Ella es por razones obvias, un tanto tardía, pues la sangre proveniente del hematoma interplacentario ha debido labrarse un camino despegando las membranas de la pared del útero, es poco abundante de color negruzco; se acompaña de coágulos provenientes del hematoma y es de carácter inminente.
- b) No existiendo hemorragia externa o con ella, el cuadro se complementa con otra serie de signos:
  - i. La iniciación del proceso se acompaña de dolor agudo de intensidad creciente, con su máxima localización en el sitio de asiento del desprendimiento. El útero crece debido a la acumulación de sangre en su interior y su pared aumenta también considerablemente en su consistencia y tensión, adquiriendo por la palpación el carácter clásico del útero leñoso salvo en el asiento de la placenta y del desprendimiento donde suele existir cierta blandura. (6)
  - ii. El cuadro de fondo de la enferma es el de anemia y shock, el que presenta algunas veces paradójicamente un pulso sin hipotensión ni taquicardia, en desacuerdo con la hemorragia (pulso paradójico de Boero). (6)
  - iii. Por parte del feto, si el desprendimiento es regularmente importante (más de la mitad de su superficie), sufre y muere, como consecuencia lógica de la anoxia; la muerte fetal ocurre en la mayoría de los casos. Como expresión clínica la auscultación fetal es negativa. (6)
  - iv. El tacto vaginal revela que las membranas están muy tensas.

## 2. Diagnóstico clínico:

Clínico: se hace por el dolor abdominal, la hipertonia uterina y la metrorragia con o sin shock. Se presentan dos situaciones:

- a) En caso de hemorragia externa o mixta el diagnóstico diferencial presenta un proceso ginecológico, que siempre se debe investigar, la única metrorragia de gran frecuencia que al final del embarazo puede inducir hacia la duda es la de la placenta previa. (14, 18)
- b) No existiendo hemorragia externa; la hemorragia interna hace pensar en la ruptura del útero, pero esta se haya precedida por una intensa actividad contráctil hasta que se origina el accidente, el que al producirse ceda los síntomas locales. (14)

El aumento y tensión del útero induce a pensar en Polihidramnios agudo, en este faltan los signos de hemorragia y shock.

## D. Ecografía:

Una ecografía negativa no excluye el diagnóstico de grados peligrosos de abrupcio placentae. Por lo tanto, cuando aparece una hemorragia vaginal en el tercer trimestre suele ser necesario recurrir a la exploración clínica y a la ecografía para descartar placenta previa y otras causas de hemorragia. Se han dicho con cierto aire de justificación, que la hemorragia uterina dolorosa es signo de abrupcio placentae, mientras que la indolora lo es de placenta previa. Desafortunadamente, no existen métodos diagnósticos o pruebas de laboratorio que permitan identificar con precisión los grados menores de desprendimiento de la placenta. (19)

## E. Ultrasonido:

En algunos casos el desprendimiento prematuro de placenta puede ocurrir sin signos clínicos significantes y ser manejados conservadoramente. Estos casos usualmente ocurren en embarazos tempranos y el diagnóstico es confirmado por ultrasonido. (20)

## F. Tratamiento:

El tratamiento variará dependiendo del estado de la madre y del feto. En casos de hemorragia externa masiva, una intensa terapia de transfusiones con sangre total junto a infusión de soluciones electrolíticas y un parto rápido tratando de contener la hemorragia pueden salvar la vida de la madre y posiblemente el del feto. En estas situaciones es más probable que la hemorragia sea consecuencia de una placenta previa o de desprendimiento



premature de placenta. Si la pérdida de sangre es mucho menos intensa, la actitud dependerá en gran medida del estado del feto. Si éste está vivo y no existen signos de sufrimiento fetal, como bradicardia persistente, desaceleraciones ominosas o una frecuencia cardíaca de patrón sinusoidal, y si la hemorragia no provoca en la madre una hipovolemia o anemia intensas puede aplazarse la decisión a tomar, manteniendo una estrecha vigilancia y teniendo a mano el material necesario para una intervención inmediata. (12, 19)

Resulta fundamental que se inicien de forma inmediata las actuaciones necesarias para **corregir la anemia, la hipovolemia y la hipoxia maternas y para restablecer y mantener la función de la parte de placenta que permanece más implantada y que es todavía viable.** Poco puede hacerse para influir favorablemente en los restantes factores que determinan el sufrimiento fetal, salvo extraer el feto, con la mayor rapidez de este ambiente hostil.

No es recomendable utilizar ritodrine u otros agonistas de los B-receptores, ya que pueden influir de forma adversa sobre el corazón materno quizá precipitando un edema pulmonar cuando existe y se espera una hipovolemia intensa o va a ser necesaria una hidroterapia energética. (19)

La evolución del parto espontáneo o médico sería de mal pronóstico, tanto para el producto de la concepción, como para la madre, si dura más de seis horas desde que se produjo el accidente.

#### 1. Cesárea:

El parto rápido de un feto vivo significa prácticamente siempre que se ha de proceder a una cesárea. Si el feto está vivo, pero no se realiza inmediatamente la cesárea, debe controlarse estrechamente las manifestaciones de sufrimiento y ser sacado siempre que se le detecte. (9, 17)

#### 2. Parto vaginal:

Si la separación es tan grave que no existen pruebas de vida fetal, se prefiere el parto vaginal. ¿Por qué un parto vaginal? la existencia de graves alteraciones de la coagulación es peligrosa si se efectúa el parto por vía transabdominal por razones que no son válidas cuando se llevan a cabo por vía vaginal los vasos seccionados en la pared abdominal y la incisión uterina tienden a sangrar en exceso cuando la coagulación está alterada en forma importante. (19)

La hemostasia del lecho placentario depende sobre todo de la contracción y retracción miométrial, por lo tanto, la estimulación farmacológica y el masaje uterino que se efectúan en

los partos vaginales favorecerán la oclusión de los vasos en grado suficiente como para evitar una hemorragia intensa aunque existan alteraciones de la coagulación.

### **3. Amniotomía:**

Si la madurez del feto es razonable, la ruptura de las membranas puede acelerar el parto, pero si se trata de un feto inmaduro, una bolsa íntegra puede ser más eficaz para favorecer la dilatación cervical que una pequeña parte del feto mal adaptada al cuello. (19)

### **G. Oxitocina:**

Parece que la estimulación uterina con oxitocina para acelerar el parto vaginal proporciona unos beneficios superiores a los riesgos. Debe tenerse gran cuidado en no empujar al útero hasta su destrucción, fácil sobre todo en multiparas o en casos de desproporción cefalopélvica. (19)

### **H. Pronóstico:**

Los tipos moderados accidentales o parciales tienen un buen pronóstico. Cuando la placenta está completamente desprendida, el riesgo para la madre es significativo. La mortalidad es entonces aproximadamente 1% y mortalidad fetal es de 100%. (14)

Si la coagulación intravascular diseminada y sus complicaciones ocurren la incidencia de mortalidad maternal y morbilidad aumenta. Muerte maternal por necrosis cortical bilateral o necrosis tubular de los riñones, o de shock hipovolémico puede ocurrir.

### **I. Ultrasonografía de desprendimiento prematuro de placenta:**

El principal uso del ultrasonido en sospecha de desprendimiento prematuro de placenta es en la delimitación del sitio de la implantación placentaria para excluir desprendimiento prematuro de placenta como una causa de hemorragia. Reportes de visualización de la formación de hematoma fué reportado en 1970. (12)

El prerrequisito para este diagnóstico es obviamente la formación de un coágulo o charco de sangre de suficiente tamaño para ser sonográficamente visible como líquido libre por debajo del espacio de la placenta, o membranas o con organización de un coágulo como una área ecogénica irregular diferente de la placenta. (3)

Se debe tener cuidado de no equivocar la dilatada vasculatura del miometrio, los cuales son particularmente prominentes adyacentes a los ligamentos anchos.

Jaffe y asociados reportaron una serie de 30 casos estudiados sonográficamente de desprendimiento prematuro de placenta versus 35 casos y notaron algunos rasgos adicionales de la morfología de la placenta asociado con desprendimiento. En 7 casos (23%) áreas sonolucientes retroplacentarias, que es un clásico hematoma retroplacentario, se visualizaron pequeñas áreas anecoicas de la población (20%) pero profundo e irregular áreas ecolucientes extendidas a través (75%) del grosor de la placenta destacaron en (47%) de los casos de desprendimiento prematuro de placenta versus (11%) en control. Similarmente, aumentaron el grosor de la placenta por encima de 5.5 centímetros o alrededor de la orilla de la placenta se describieron como cambios asociados con desprendimiento. (12)

Aunque áreas retroplacentarias anecoicas pueden ser confundidas sonográficamente, disección de un hematoma lejos de la placenta con elevación del corión es una clara indicación de desprendimiento.

#### J. Correlación sonográfica y patológica:

La mayoría de pacientes con desprendimiento prematuro de placenta presumido han tenido hallazgos sonográficos negativos, desde que sangrados retroplacentarios pudieron ser expulsados externamente. Beverly A. Spirt, Eugene H. Kagan y Richard M. Rozanski correlacionaron los hallazgos sonográficos, patológicos y clínicos de 6 pacientes con desprendimiento prematuro de placenta; todos diagnosticados antes del parto por exámenes ultrasonográficos. Recientes estudios han sido hechos con 3.5 - MHZ transductor mejor que con el 2.25 - MHZ transductor usado en tempranos casos. (20)

Los hallazgos en una mujer de 21 años, quien tenía sangrado sin dolor a las 33 semanas de gestación, esta paciente parió vaginalmente a término sin complicaciones y exhibía un hematoma placentario contractado consistente a desprendimiento prematuro de placenta parcial. Microscópicamente se demostró evidencia de infartación. (20)

Un hematoma retroplacentario es visto ultrasonográficamente como una masa retroplacentaria con un modelo eco anecoico o mixto, dependiendo en el grado de organización. Una historia de sangrado podría ser necesario para distinguir hematoma de un mioma retroplacentario. Repetidos ultrasonidos del área puede ser necesario para distinguir un hematoma subcoriónico de una colección de líquido amniótico. Un hematoma organizado podría llegar a ser muy fino para ser visible por ultrasonido y estudios siguientes podrían ser negativos. Desprendimiento prematuro de placenta puede no ser diagnosticable por sonografía si toma lugar un sangrado externo. (20)

Un sonograma positivo podría demostrar uno u otro hematoma retroplacentario o un hematoma que está disecado por debajo de las membranas coriónica en caso de

desprendimiento prematuro de placenta. (15, 20)

Se debe tener cuidado no confundir áreas anecoicas normales debido a vasos dilatados de la decidua basal por un desprendimiento prematuro de placenta.

Cuando una mujer embarazada es examinada por ultrasonido por hemorragia vaginal en el primer trimestre o comenzando el segundo trimestre, el Scan puede indicar vida fetal. En la mayoría de los casos en el cual un feto vivo es demostrado, no hay evidencia de una anomalía de la placenta o un hematoma intrauterino. (3, 8, 13)

Sin embargo, hemos visto que con completo cuidado examinando ultrasonográficamente usando equipo tiempo real sectorial uno puede detectar hematomas intrauterinos en muchos pacientes con sangrado de 10 a 20 semanas de gestación. (13, 15)

## VI. DISEÑO METODOLOGICO

### A. Tipo de estudios:

El tipo de estudio realizado es:

- Descriptivo y retrospectivo.

### B. Población o material de estudio:

El sujeto estudiado es el número total de pacientes a quienes se les efectuó ultrasonido pélvico, durante el período de marzo de 1988 a marzo de 1993, utilizando como población total a los pacientes con desprendimiento prematuro de placenta.

### C. Selección de sujeto de estudio y/o muestra:

El tamaño de la muestra se determinó en base a la técnica estadística de muestreo aleatorio simple de todos los pacientes con exploración ultrasonográfica de pelvis en el período de estudio, el muestreo simple aleatorio es un método de selección de  $n$  unidades sacadas de  $N$ , de tal manera que cada una de las muestras tiene la misma posibilidad de ser escogida, siendo  $N$  4,690 y  $n$  49.

### D. Criterios de inclusión:

El criterio de inclusión para que un paciente fuera susceptible de entrar en nuestro estudio, fué que el paciente presentó desprendimiento prematuro de placenta durante su exámen ultrasonográfico.

#### Criterios de exclusión:

Se excluyeron del presente estudio aquellos pacientes cuyos ultrasonidos no fueron encontrados, sus informes extraviados o no fueron informados.

### E. Definición de variables:

Las variables que evaluaron la utilidad de la proyección ultrasonográfica en problemas de desprendimiento prematuro de placenta son:

- a. Edad para determinar casos ultrasonográficamente positivos y clínicamente positivos.
- b. Sintomatología para determinar los síntomas con mayor frecuencia encontradas en el desprendimiento prematuro de placenta.
- c. Signología para verificar los signos más frecuentes.
- d. Características ultrasonográficas para determinar localización del hematoma,

muerte fetal, anomalías congénitas, tamaño de útero, para tal efecto se contó con los ultrasonidos de los pacientes.

- e. Embarazo por semanas, tomando de la décima semana a la cuarenta.
- f. Pacientes que tuvieron parto a término, pre-término y aborto, ya que en la bibliografía refieren que no todos los embarazos llegan a término.

**F. Plan de recolección de datos:**

El presente estudio se realizó en el Departamento de Radiología del Hospital General San Juan de Dios, incluyendo a los pacientes ingresados por la emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital, con compromiso de hemorragia vaginal a quienes se les realizó estudio ultrasonográfico durante el periodo del estudio.

Diariamente el investigador llegó al departamento de Radiología, en donde se dedicó a seleccionar según los libros de control los números de la fichas médicas de los pacientes que ingresaron durante el periodo de estudio, que cumplen los criterios de inclusión anotándolos en la boleta de recolección de datos.

Al tener el total de la población se efectuó el muestreo aleatorio simple, de tal manera que cada una de las muestras tuviese la posibilidad de ser escogida, los analisis se efectuaron utilizando leyes estadísticas de porcentajes y correlación. Se elaboró un informe final donde se incluyen conclusiones y recomendaciones presentándolo posteriormente a la coordinación docente administrativa de tesis, Departamento de Docencia e Investigación del Hospital General San Juan de Dios y de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

**G. Recursos:**

- 1. Humanos:  
Médico radiólogo.  
Personal del departamento de Registro, Estadística y Kardex hospitalario.
- 2. Materiales:  
Físicos: Hospital General San Juan de Dios.

**H. Presentación de Resultados:**

Se utilizó estadística descriptiva, mediante el uso de cuadros.



## VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Se presentan los siguientes aspectos:

1. Frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.
2. Distribución por edad de casos positivos por ultrasonido.
3. Distribución por edad de casos positivos por clínica.
4. Sintomatología mas frecuentemente encontrada en pacientes con desprendimiento prematuro de placenta.
5. Signología mas común encontrada en pacientes con desprendimiento prematuro de placenta.
6. Características encontradas por ultrasonido.
7. Embarazo por semanas en pacientes con desprendimiento prematuro de placenta con ultrasonido positivo.
8. Pacientes que llegaron a parto a termino, pre-termino y aborto con desprendimiento prematuro de placenta.



### CUADRO NUMERO 1

FRECUENCIA DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA  
NORMO INSERTA, EN LOS PACIENTES CONSULTANTES AL DEPARTAMENTO  
DE RADIOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,  
DIAGNOSTICADA A TRAVES DE ULTRASONOGRAFIA, DURANTE EL PERIODO  
DEL 1o. DE MARZO DE 1988 AL 30 DE MARZO DE 1993.

Total de pacientes examinados	4690	100%
Casos ultrasonográficamente positivos para desprendimiento prematuro de placenta.	49	1%

FUENTE: 1. Archivo del Departamento de Radiología del Hospital General San Juan de Dios.

## CUADRO NUMERO 2

DISTRIBUCION POR EDAD DE CASOS ULTRASONOGRAFICAMENTE POSITIVOS  
DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA. DEPARTAMENTO DE  
RADIOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.  
1o. DE MARZO DE 1988 AL 30 DE MARZO DE 1993.

Edad en años	número de casos	%
15 - 20	14	28.6
21 - 25	11	22.4
26 - 30	7	14.3
31 - 35	10	20.4
36 - 40	6	12.2
41 - 45	1	2.0
46 - más	0	00.0
TOTAL	49	100%

- FUENTE:
1. Boleta de recolección de datos clínico-epidemiológica (Anexo 1)
  2. Boleta de recolección de datos clínico-epidemiológica (Anexo 5)

### CUADRO NUMERO 3

DISTRIBUCION POR EDAD DE CASOS CLINICAMENTE POSITIVOS DE  
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA. DEPARTAMENTO  
DE RADIOLOGIA, HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS  
1o DE MARZO DE 1988 AL 30 DE MARZO DE 1993.

Edad en años	número de casos	%
15 - 20	6	28.6
21 - 25	7	33.3
26 - 30	5	23.8
31 - 35	1	4.7
36 - 40	2	9.2
41 - 45	0	0.0
46 - más	0	0.0
TOTAL	21	100%

- FUENTE:
1. Boleta de recolección de datos clínico-epidemiológico (Anexo 1)
  2. Boleta de recolección de datos clínico-epidemiológico (Anexo 4)

#### CUADRO NUMERO 4

SINTOMATOLOGIA ENCONTRADA CON MAYOR FRECUENCIA EN PACIENTES  
QUE SE LES DIAGNOSTICO DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE  
PLACENTA, POR MEDIO DE ULTRASONIDO Y CLINICAMENTE.  
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN  
DE DIOS. 1o DE MARZO DE 1988 AL 30 DE MARZO DE 1993.

Sintomatología	Número de casos	%
Hemorragia externa	66	94.3
Cefalea	0	0.0
Aumento del útero	70	100.0
Movimiento fetal presente	58	88.8
Movimiento fetal ausente	11	15.7
Nauseas	0	0.0
Vómito	0	0.0
Hidrorrea	6	8.6
Dolor abdominal	43	61.4
a) Intermitente	17	24.3
b) difuso	2	2.8
c) continuo	24	34.3

FUENTE: 1. Boleta de recolección de datos clínico epidemiológico  
(Anexo 2)

### CUADRO NUMERO 5

SIGNOLOGIA ENCONTRADA CON MAYOR FRECUENCIA EN PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA  
CON ULTRASONIDO Y CLINICAMENTE. DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA  
DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,  
1o DE MARZO DE 1988 AL 30 DE MARZO DE 1993.

Signología	número de casos	%
Hemorragia vaginal	66	94.3
Aumento del útero	70	100.0
Dolor abdominal	43	61.4
a) intermitente	17	24.3
b) difuso	2	2.8
c) continuo	24	34.2
Masa palpable	0	0.0
Fiebre	3	4.3
Contracciones del útero	28	40.0
Muerte fetal	10	14.3
Hipertonía útero	10	14.3
Sufrimiento fetal	7	10.0

FUENTE: 1. Boleta de recolección de datos clínicos epidemiológico  
(Anexo 3)

### CUADRO NUMERO 6

CARACTERISTICAS ULTRASONOGRAFICAS ENCONTRADAS EN LOS  
PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.  
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL  
SAN JUAN DE DIOS. 1o DE MARZO DE 1988  
30 DE MARZO DE 1993.

Características	Número de casos	%
Hematoma retroplacentario	8	16.3
Desprendimiento segmentario	29	59.2
Muerte fetal	4	8.2
Anomalías congénitas	1	2.0
Utero normal	49	100.0
Cantidad de líquido amniótico normal	47	95.9
Desprendimiento segmentario en resolución	9	18.4

FUENTE: 1. Boleta de recolección de datos clínico-epidemiológico  
(Anexo 3)

### CUADRO NUMERO 7

EMBARAZO POR SEMANAS ENCONTRADO EN PACIENTES CON ULTRASONIDO  
POSITIVO PARA DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.  
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA, HOSPITAL GENERAL SAN  
JUAN DE DIOS. 1o. DE MARZO DE 1988 AL  
30 DE MARZO DE 1993.

Semanas	casos	%
10 - 15	0	0.0
16 - 20	3	4.3
21 - 30	18	25.7
31 - 40	28	40.0

FUENTE: 1. Boleta de recolección de datos clínico-epidemiológico  
(Anexo 4)

### CUADRO NUMERO 8

PACIENTES QUE TUVIERON PARTO A TERMINO, PRETERMINO Y ABORTO QUE SE LES DIAGNOSTICO DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA POR ULTRASONOGRAFIA O CLINICAMENTE. DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA, HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS  
1o DE MARZO DE 1988 AL 30 DE MARZO DE 1993.

Partos y abortos	Número de casos	%
Parto a término	35	53.8
Parto pre-termino	20	30.8
Abortos	10	15.4
Ausentes	5	0.0
TOTAL	70	100.0

FUENTE: 1. Boleta de recolección de datos clínico epidemiológico.  
(Anexo 4)



## VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

### 1. Frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta. (Cuadro No. 1)

La presente investigación dió a conocer que durante el periodo comprendido del 1o. de marzo de 1988 al 30 de marzo de 1993, se atendieron 4,690 pacientes por hemorragia vaginal de las cuales se encontraron 49 casos con ultrasonido positivo para desprendimiento prematuro de placenta, lo que hace el 1% del total.

Es conveniente mencionar que según la bibliografía desde 1970 cuando se reportó la visualización de la formación de hematomas placentarios y la invención de equipos más sofisticados en ultrasonografía se ha podido detectar esta patología desde temprana edad del embarazo.

Lamentablemente no se puede establecer si en nuestro medio la frecuencia ha ido aumentando, ya que todo lo que se revizo previo a este estudio no había nada documentado formalmente.

### 2. Distribución por edad con ultrasonido positivo. (Cuadro No. 2)

Del total de 49 casos positivos para desprendimiento prematuro de placenta, observamos que la edad en que mayor frecuencia se encontró desprnedimiento de placenta fué 15 - 20 años de edad con 14 casos positivos, significando el 28.6% del total, luego se encontró 21 - 25 años con 11 casos con el 22.4%, luego se reporta 1 caso entre la edad 41 - 45 años de edad con 2.0% y ningún caso por arriba de 46 años.

De la bibliografía que se revizo no hay edad específica que obtenga la mayor frecuencia para desprendimiento prematuro de placenta, sino que la frecuencia con que se diagnostica depende de los criterios que se empleen, por ejemplo: desprendimientos durante el parto, o la rapidez con que la gestante acuda al médico.

### 3. Distribución por edad clinicamente positivos. (Cuadro No. 3)

Del total de 21 casos positivos para desprendimiento prematuro de placenta, observamos que la edad en que mayor frecuencia se encontró desprendimiento de placenta fué 21 - 25 años de edad con 7 casos, significando 33.3%, luego se encontró 15 - 20 años con 6 casos, con el 28.6%, luego un caos entre 31 - 35 años con 4.7% y ningún caso en las edades de 41 años o más.

En la bibliografía revisada (mayoría americana), no se detectó edad alguna con la mayor

frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta diagnosticada clínicamente. Comparando el cuadro No. 2 y No. 3 nos damos cuenta que se detectó desprendimiento prematuro de placenta tanto clínica como ultrasonográficamente en edades jóvenes (adolescencia) 15 a 25 años.

4. Sintomatología encontrada en pacientes con desprendimiento prematuro de placenta. (Cuadro No. 4).

En cuanto a la sintomatología encontrada con más frecuencia se estableció que es el aumento del útero, con 70 casos o el 100%, luego hemorragia vaginal externa con 66 casos o el 94.3%, siguiéndole dolor abdominal 43 casos o el 61.4%, los que se subdividieron 24 casos dolor continuo, 17 casos dolor intermitente y dos casos dolor difuso. Luego movimiento fetal presente con 58 casos con 88.8%, movimiento fetal ausente con 11 casos, con el 15.7% y cefalea. vomito, náusea con ningún caso.

En la literatura refieren aumento del útero por estar ocupado por embrión o feto o por el mismo hematoma que se produce por la hemorragia placentaria. En cuanto a la hemorragia externa es uno de los síntomas que nos hacen pensar en desprendimiento prematuro de placenta, la cual puede ser mixta o externa, debiéndose descartar placenta previa. Clínica o ultrasonográficamente. Movimiento fetal presente basados en la literatura revisada nos indica un desprendimiento placentario no mayor de la mitad de su superficie.

El dolor abdominal acompaña al desprendimiento prematuro de placenta en una forma insidiosa y creciente aunque no se presenta en todos los casos como lo comprobamos en nuestro estudio. Sobre movimiento fetal ausente nos revela un desprendimiento mayor de la mitad de la superficie placentaria, provocando como consecuencia lógica sufrimiento fetal y muerte por la anoxia, aunque no se registró en la mayoría de los casos, como lo refiere la literatura.

5. Signología encontrada con mayor frecuencia en pacientes con desprendimiento prematuro de placenta. (Cuadro No. 5)

La signología encontrada fué la siguiente: hemorragia vaginal externa 66 casos con el 94.3%, dolor abdominal 43 casos con el 61.4%, contracciones del útero 28 casos con el 40%, muerte fetal 10 casos con un 14.3%, hipertonia uterina 10 casos con un 14.3%, sufrimiento fetal 7 casos con un 10%.

El dolor abdominal, aumento del útero, hemorragia vaginal ya fueron explicados en el cuadro No. 4. Sobre las contracciones uterinas se da en el desprendimiento prematuro de placenta según la literatura en el último trimestre, lo cual se comprobó en nuestro estudio. (Ver

cuadro No. 7)

6. Características ultrasonográficas encontradas en pacientes con desprendimiento prematuro de placenta. (Cuadro No. 6)

En nuestro estudio encontramos que la característica más frecuente es desprendimiento segmentario con 29 casos con un 59.2%, utero normal 49 caos con un 100%, liquido amniotico normal 47 casos con un 95.9%, desprendimiento segmentario en resolución 9 casos con 18.4%, hematoma retroplacentarios 8 casos con un 16.3%, anomalía congénita 1 caso con un 2%.

7. Embarazo por semanas encontrado en pacientes con ultrasonido positivo para desprendimiento prematuro de placenta. (Cuadro No. 7)

En cuanto a las semanas de embarazo encontradas con más frecuencia es 31 - 40 semanas, 28 casos con un 40%, 21 - 30 semanas, 18 casos con un 25.7%, 16 - 20 semanas con 3 casos con un 4.3%, 10 - 15 semanas con ningún caso.

En esta investigación se comprobó que un exámen cuidadoso de ultrasonido y específicamente con equipos de tiempo real y de alta resolución, hematomas perisaculares, desprendimiento segmentario de placenta o placenta previa, pueden ser definidas con toda confiabilidad.

8. Pacientes que tuvieron parto termino-pretermino y aborto con diagnostico de desprendimiento prematuro de placenta. (Cuadro No. 8)

Se observó partos a termino 35 casos con un 53.8%, partos pre-termino 20 casos con un 30.8%, abortos 10 casos con un 15.4%.

## IX. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, encontrada en esta investigación, durante el periodo comprendido entre el 1.º de marzo de 1988 al 30 de marzo de 1993, fué el 1% en los pacientes consultantes al Departamento de Radiología del Hospital General San Juan de Dios.
2. El cuadro clínico que con mayor frecuencia se identificó fué el siguiente: en la anamnesis fué hemorragia vaginal 94.3%, movimiento fetal presente 88.8%, dolor abdominal 61.4%, contracciones 40%, movimiento fetal ausente 15.7%. Al examen físico: hemorragia vaginal 94.3%, dolor abdominal 61.4%, movimiento fetal presente 88.8%
3. En cuanto a aspectos epidemiológicos encontramos lo siguiente: el grupo etareo más afectado fué entre los 21 - 25 años de edad 33.3%, 15 - 20 años 28.6%, 26 - 30 años 13.8%.
4. Entre la característica ultrasonográfica encontrada más frecuentemente fué: desprendimiento segmentario 59.2% desprendimiento segmentario en resolución 18.4%, hematoma retroplacentario 16.3%
5. En cuanto a embarazo por semanas más encontrado fué el siguiente: 31 - 40 semanas 40%, 21 - 30 semanas 25.7%, 16 - 20 semanas 4.3%.
6. entre los pacientes que llegaron al final de su embarazo: 53.8% las que tuvieron su embarazo pretermino 30.8% y las que tuvieron aborto 15.4%.

## XI. RESUMEN

La reciente investigación es el producto de una motivación para verificar y ampliar los conocimientos, en cuanto a manifestaciones clínicas y hallazgos ultrasonográficos de desprendimiento prematuro de placenta y además la bibliografía refiere que esta patología no es elevada a nivel internacional, pero pudimos comprobar por medio de este estudio que es un poco elevado en nuestro medio, aunque debemos considerar nuestra población.

Es de mencionar también que a nivel nacional no había estudio alguno y con el afán de evaluar y conocer la enfermedad desprendimiento prematuro de placenta, en nuestro medio nos valimos del ultrasonido efectuado en el Departamento de Radiología del Hospital General San Juan de Dios, en el período del 1o. de marzo de 1988 al 30 de marzo de 1993, a los pacientes consultantes a dicho departamento, teniendo como criterio de inclusión la presencia de desprendimiento prematuro de placenta.

Recolectando datos tanto ultrasonográficos, como clínico-epidemiológicos, verificándose los siguientes aspectos:

1. Una frecuencia del 1% ó el 70 por 4,690 casos revisados.
2. El cuadro clínico presentado se caracteriza por: hemorragia vaginal, dolor abdominal continuo, contracciones de útero, anemia. También en el exámen físico: aumento del tamaño del útero, sufrimiento fetal, ausencia de movimiento fetal o no.
3. Se verificó que el ultrasonido es de certeza para detección de desprendimiento prematuro de placenta.
4. Que la sintomatología más frecuente es la hemorragia vaginal.
5. Que la edad más frecuente es entre 21 - 25 años de edad, entre la 31 - 40 semana de embarazo.
6. Que la característica más frecuente ultrasonográficamente es el desprendimiento segmentario.

Como se ha podido verificar, en el desarrollo de esta investigación, los resultados variaron poco en relación a la bibliografía consultada, son perder sus características propias de la ideosincracia de nuestro pueblo.

Por lo que en base en lo anterior recomendamos los siguiente:

1. Que el presente trabajo de investigación sirva para futuros, como un parámetro y obra de consulta.
2. Educar a los pacientes afectos con esta patología en forma científica pero con lenguaje adecuado al nivel cultural de ellos, para evitar complicaciones y de alguna manera estas pacientes puedan servir como medio de difusión, para otras pacientes que demuestren dicha afección.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Artis AA III, Bowie JD., Resemberg ER. The fallacy of placental migration. Effect of sonography techniques. 1985. pp: 79 - 81.
2. Berkowitz-65. Smoking and pregnancy. Drug use in pregnancy. 2nd. edited Philadelphia. 1988. pp: 173 - 191.
3. Burrows PE, Lyons EA. Intrauterine membranes. Sonographic findings and clinical significance. Clinic Ultrasound. 1982. pp: 1 - 8.
4. Cardwell, Michael S. Ultrasound diagnosis of abruptio placentae with fetomaternal hemorrhage. American Journal of obstetrics and Gynecology. August, 1987. pp: 358 - 359.
5. Danforth, Geplerud C. Bleeding in late pregnancy obstetrics - Gynecology. 4th. edition, New York. Harper and Rowe 1982. pp: 443 - 449.
6. Fassin, Defossez A. Maternal Death. Unequal risk. 1989. pp: 24 - 28.
7. Gottesfeld KR. The Clinical Role of Placental Imaging. Clin Obstetrics and Gynecology. 1984. pp: 327 - 341.
8. Pederson, Mantoni M. Intrauterine Hematoma. An Ultrasound Study Threatened abortion. Obstetrics - Gynecology's. 1981. pp: 44 - 51.
9. Platt, Lawrence D. Clinical Obstetric and Gynecology. June, 1984.
10. Queenan, John T. and Wasof, Steven L. Ultrasonografia. Atención del embarazo de alto riesgo. Cap. 20, 2da. edición, 1989. pp: 164 - 172, 176.
11. Ringa, Virgine, Beatrice Blondel and Gerard Breart. Ultrasound in Obstetrics: Do the published evaluative studies justify it's routine use?. Obstetrical and Gynecological Survey. Bolume 45, number 11, November, 1990. pp: 744 - 745.
12. Sabbagha, Rudy E. Placental abruption. diagnostic ultrasound applied to obstetrics and Gynecology. Second edition, 1987. pp: 201 - 207.

13. Saverbrei, Eric E. Placental Abruption and Subchorionic Hemorrhage in the First Half of Pregnancy. USG Appearance and Clinical Outcome. Radiology. July, 1986. pp: 109 - 112.
14. Shwarcz. Sala D. Desprendimiento Prematuro de Placenta. Obstetricia. 1979. pp: 529 - 535.
15. Squerbrei, Erick E. and Diew H. Pham. Placental abruption and subchorionic hemorrhage in the first half of pregnancy. USG Appearance and Clinical Outcome. Obstetrical and Gynecological Survey. Volume 42, number 2. February, 1987. pp: 97 - 100.
16. Stratta, Paul C. Canavas L. Colla. Acute Renal Failure in Obstetrics Complications. Obstetrical and Gynecological Survey. Volume 42, number 10. October, 1987. pp:
17. Thomas, Benedeth J. and David A. Nyberg. Placental Abruption and Placental Hemorrhage. Correlation of Sonographic Findings with Fetal Outcome. Obstetrical and Gynecological Survey. Volume 43, number 4. April 1988. pp: 221 - 224.
18. Varma TR. The Implication of a Low Implantation of the Placenta Detected by Ultrasonography in early Pregnancy. Acta Obstetrics-Gynecology. Scand. 1981. pp: 265 - 268.
19. Williams, Pritchard Jack, Paul C. Macdonald, Norman F. Gant. Desprendimiento prematuro de placenta. Obstetricia 3a. edición, 1991. pp: 384 - 385.
20. Whitehouse, Walter M. Abruptio Placentae. sonographic and patologic correlation. The Year Book of Diagnostic Radiology. 1981. pp: 61 - 62.



### XIII. ANEXOS

Anexo Numero 1.

#### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS NUMERO 1

1. NOMBRE Y APELLIDO:

---

2. NUMERO DE EXPEDIENTE CLINICO:

---

3. NUMERO DE ULTRASONIDO:

---

4. DIRECCION:

---

---

5. SEXO: MASCULINO \_\_\_\_\_ FEMENINO \_\_\_\_\_

6. EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS.

7. RAZA: \_\_\_\_\_

8. OCUPACION:

---

9. PROCEDENCIA:

---

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

Anexo número 2.

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS NUMERO 2**

Síntomas encontrados en los pacientes con Desprendimiento Prematuro de Placenta.

1. HEMORRAGIA EXTERNA: \_\_\_\_\_
2. DOLOR PELVICO: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
LOCALIZACION: a) INTERMITENTE \_\_\_\_\_  
b) DIFUSO \_\_\_\_\_  
c) CONTINUO \_\_\_\_\_
3. AUMENTO TAMAÑO DEL UTERO: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
4. MOVIMIENTO FETAL:  
AUSENTE \_\_\_\_\_ PRESENTE \_\_\_\_\_
5. NAUSEAS: \_\_\_\_\_
6. VOMITOS: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

Anexo número 3.

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS NUMERO 3**

Signos encontrados en pacientes con desprendimiento prematuro de placenta.

1. DOLORPELVICO: \_\_\_\_\_
2. DEFENSA MUSCULAR:  
\_\_\_\_\_
3. MASA PALPABLE: \_\_\_\_\_
4. FIEBRE: \_\_\_\_\_
5. HEMORRAGIA VAGINAL: \_\_\_\_\_
6. PALPAN CONTRACCIONES: \_\_\_\_\_
7. SUFRIMIENTO FETAL: \_\_\_\_\_
8. FETO MUERTO: \_\_\_\_\_
9. HIPERTONIA UTERINA: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

---

Anexo Número 4

**FICHA RECOLECCION DE DATOS NUMERO 4**

Antecedentes Gineco-obstétricos.

1. MENARQUIA: \_\_\_\_\_
2. CICLOS: \_\_\_\_\_
3. GESTAS: \_\_\_\_\_
4. ABORTOS: \_\_\_\_\_
5. F U R: \_\_\_\_\_
6. EMBARAZO ACTUAL EN SEMANAS: 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_  
Y MAS \_\_\_\_\_
7. PARTO PREMATURO: \_\_\_\_\_
8. PARTO TERMINO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

---

Anexo número 5

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS NUMERO 5**

Características ultrasonograficas, observadas en los pacientes con desprendimiento prematuro de placenta.

1. COLECCION DE HEMATOMA EN ML.: \_\_\_\_\_
2. LOCALIZACION DE HEMATOMA:  
\_\_\_\_\_
3. MEDIDA HEMATOMA: \_\_\_\_\_
4. MUERTE FETAL: \_\_\_\_\_
5. TAMAÑO UTERO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---