

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normalmente Insertada (DPPNI)

Separación prematura y parcial o total de una placenta normalmente insertada, que ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes del nacimiento del feto. Es una causa potencialmente grave de hemorragia materna y muerte fetal.

Epidemiología y Etiopatogenia

Datos Epidemiológicos

- Incidencia: **0.5-1.5%** de los embarazos
- Causa del **15%** de muertes fetales intrauterinas
- Contribuye al **10%** de los partos prematuros

Mecanismo Fisiopatológico

Hemorragia decidual → formación de hematoma retroplacentario → separación placentaria.

La sangre puede disecar el plano entre la placenta y el miometrio, causando:

- Isquemia placentaria
- Compromiso fetal
- Infiltración del miometrio (útero de Couvelaire)

La hemorragia puede ser visible (externa) o oculta (intrauterina).

Factores de Riesgo y Clasificación Clínica

Factores de Riesgo Principales

- Hipertensión crónica o preeclampsia (mayor factor de riesgo)
- Trauma abdominal (accidentes, violencia)
- Tabaquismo
- Uso de cocaína
- Embarazo múltiple
- Edad materna avanzada (>35 años)
- RPM prolongada
- Corioamnionitis
- Cesárea o legrado previo
- Déficit de folato

Clasificación Clínica

01

Grado 1 (leve)

- Sangrado vaginal leve
- Sin compromiso fetal ni coagulopatía

02

Grado 2 (moderado)

- Sangrado moderado u oculto
- Sufrimiento fetal
- Contracciones uterinas frecuentes
- Útero sensible

03

Grado 3 (grave)

- Hemorragia intensa
- Muerte fetal intraútero
- Coagulopatía materna (CID)
- Hipertonia uterina marcada

Manifestaciones Clínicas, Diagnóstico y Manejo

Manifestaciones Clínicas

Síntomas Principales

- Sangrado vaginal oscuro (pero puede estar ausente si es oculto)
- Dolor abdominal súbito e intenso
- Hipertensión uterina ("útero en tabla")
- Útero sensible al tacto
- Contracciones frecuentes y sostenidas
- Altura uterina mayor a la esperada (hematoma)
- Sufrimiento fetal agudo o muerte fetal
- Hipovolemia, palidez, hipotensión si hemorragia masiva
- En casos extremos: coagulación intravascular diseminada (CID)

Diagnóstico



Clínico

Principal vía diagnóstica:
historia + examen físico.

Sospechar ante dolor
abdominal súbito + sangrado
vaginal + útero duro.

Ecografía obstétrica

Útil para descartar otras
causas de sangrado.

Poca sensibilidad para
hematoma retroplacentario.

Hallazgos: hematoma
retroplacentario, separación
placentaria, signos de
sufrimiento fetal.

Laboratorio

- Hematócrito, hemoglobina (anemia)
- Plaquetas (pueden descender)
- Pruebas de coagulación: TP, TTPa, fibrinógeno (disminuido en CID)
- Pruebas cruzadas para transfusión
- Evaluación de función renal y hepática si compromiso sistémico

Complicaciones

Maternas

- Hemorragia masiva → shock hipovolémico
- CID (en hasta 10–20% de casos graves)
- Atonía uterina
- Útero de Couvelaire (infiltración hemática del miometrio)
- Lesión renal aguda
- Histerectomía periparto por hemorragia incontrolable

Fetales

- Sufrimiento fetal agudo (alteración de Doppler, bradicardia)
- RCIU si desprendimiento crónico o parcial
- Muerte fetal intrauterina (en 10–35%)
- Prematurez, bajo peso al nacer

Conducta Según la Presentación



1 Estable, feto viable y sin sufrimiento

- Hospitalización para observación
- Monitorización materno-fetal continua
- Corticoides si <34 semanas (maduración pulmonar)
- Reposo relativo
- Evaluar signos de progresión

2 Inestable o con sufrimiento fetal

- Cesárea inmediata
- Preparación hemodinámica: líquidos, hemoderivados, monitorización intensiva
- Control uterotónico si hay atonía posparto

3 Feto muerto

- Parto vaginal preferido si madre estable
- Cesárea solo si hay sangrado incontrolable o indicación obstétrica

Seguimiento y Pronóstico

Mayor riesgo de recurrencia en embarazos futuros (**10-15%**). Evaluación del riesgo trombofílico si antecedentes repetidos. Evaluar profilaxis con ácido acetilsalicílico en futuros embarazos si se asocia a preeclampsia. Vigilancia prenatal estrecha.