



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 31 de Diciembre de 2019

**VISTO:** El Expediente N° 30364-2019, con el Informe Técnico N° 122-OGC-HCH-2019, de la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Oficio N° 507-DGOBS-2019-HCH, del jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, y el Informe de Asesoría Jurídica N° 1465-2019-OAJ/HCH, y;

### CONSIDERANDO:

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garantizan una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; Asimismo, señala que la información en salud es de interés público. Toda persona está obligada a proporcionar a la Autoridad de Salud la información que le sea exigible de acuerdo a ley. La que el Estado tiene en su poder es de dominio público, con las excepciones que establece la ley;

Que, a través de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas de los servicios de salud, se modificó la Ley General de Salud, en cuanto al Acceso a los Servicios de Salud, Acceso a la Información, Atención y recuperación de Salud; así como las incompatibilidades, limitaciones y prohibiciones y vulneración de derechos en los servicios de Salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 414-2015-MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica" el cual tiene la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad, a través de la formulación de Guías de Práctica Clínica que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016-MINSA del 28 de octubre del 2016 se aprobó las "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o



actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, a través del Oficio N° 507-DGOBS-2019-HCH, el jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, solicita la aprobación de la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Placenta Previa, cuya finalidad es establecer una herramienta eficaz a través de evidencia científica actualizada para estandarizar los actos y procedimientos médicos quirúrgicos que apoyen la toma de decisiones y la elección de una intervención durante el proceso de atención de una paciente con diagnósticos relacionados con placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta;

Que, estando a lo propuesto por el jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 1465-2019-OAJ/HCH;

Con visación del jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, de la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N° 27444, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS, Ley de Procedimiento Administrativo General y el artículo 6°, literal e) del Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-MINSA, con fecha 09 marzo del 2007, que establece que es atribución del Director General la prerrogativa de expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- APROBAR** la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Desprendimiento Prematuro de Placenta.

**Artículo 2°.- ENCARGAR** al jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de la Guía aprobada a través del artículo 1° de la presente Resolución Directoral.

**Artículo 3°.- DISPONER** que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**

( ) ACPR/BIC/Chg.

DISTRIBUCIÓN:

( ) DG

( ) OGC

( ) DGO

( ) OAJ

( ) OC



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA  
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ  
DIRECTORA GENERAL  
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

**HOSPITAL CAYETANO HEREDIA  
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNOSTICO Y  
TRATAMIENTO DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE  
PLACENTA**

**RESPONSABLE  
DRA. FIORELLA PAOLA DEL CARMEN CASTILLO VELASQUEZ**

**LIMA - PERÚ  
2019**

Página 1 de 10



# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

## I. FINALIDAD

La finalidad de esta guía es establecer una herramienta eficaz, a través de evidencia científica actualizada, para estandarizar los actos y procedimientos médicos quirúrgicos que apoyen la toma de decisiones y la elección de una intervención durante el proceso de atención de una paciente con diagnósticos relacionados con desprendimiento prematuro de placenta

## II. OBJETIVOS

Los objetivos de esta guía son:

Identificar los factores de riesgo asociados a una mayor incidencia del desprendimiento prematuro de placenta

Identificar los signos y síntomas que permiten el diagnóstico desprendimiento prematuro de placenta la evaluación de su gravedad para iniciar el tratamiento apropiado.

Describir una secuencia ordenada de intervenciones eficaces para el tratamiento de desprendimiento prematuro de placenta de segunda mitad del embarazo

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La utilidad que merezca la presente Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de desprendimiento prematuro de placenta, está dirigida a todos aquellos profesionales que laboran en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia; siendo reevaluada y renovada cada 3 años, de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología, así como las necesidades y realidad de la institución (según NT N° 117 Elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica-MINSA , RM N° 302-2015/MINSA ; las guías de práctica clínica deben ser actualizadas cada tres años).

## IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

### DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

#### 4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

Desprendimiento prematuro de placenta 0.45

## V. CONSIDERACIONES GENERALES



## 5.1. DEFINICIÓN

Es la separación prematura parcial o total de la placenta normalmente insertada, después de las 22 semanas de gestación y antes del nacimiento del feto, con hemorragia dentro de la decida basal.

## 5.2 ETIOLOGIA

Su etiología no es totalmente comprendida, pero la alteración en la implantación, la insuficiencia placentaria, la hipoxia intrauterina y la baja perfusión uteroplacentaria, son considerados los principales mecanismos que causan el aborto placentario.

Por esto se considera que junto a la preeclampsia y el RCIU forma parte de un nuevo concepto que es la enfermedad isquémica placentaria.

## 5.3 FISIOPATOLOGIA

La hemorragia o el desprendimiento se retroalimentan mutuamente, formando un hematoma retroplacentario, que tiende a progresar al no actuar las contracciones, ya que el útero se encuentra ocupado.

## 5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Aproximadamente 1% de los partos. No es posible afirmar si la incidencia se mantiene estable o si ha declinado en las últimas décadas. La prevalencia en Perú es de 0.7%.

El 50% ocurre en embarazos con síndrome hipertensivo del embarazo. Se ha reportado una tasa de recurrencia de 10% después de un episodio y 25% después de dos episodios.

## 5.5 FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS

### 5.5.1 Medio ambiente

Edad materna mayor de 35 años

Tabaquismo

Uso de drogas (cocaína)

Multiparidad

### 5.5.2 Estilos de vida y antecedentes maternos

Hipertensión crónica

Trombofilias

Diabetes mellitus

Hipotiroidismo

Antecedente de desprendimiento prematuro de placenta

Hipertensión gestacional

Preeclampsia

Rotura prematura de membranas

Polihidramnios

Oligohidramnios

Corioamnionitis

Gestación múltiple

## VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS



## 6.1 CUADRO CLINICO

### 6.1.1. Signos y Síntomas

Los pacientes que presentan el desprendimiento de placenta tienen exámenes previos normales a la sintomatología propia del cuadro.

- Sangrado vaginal
- Dolor abdominal
- Sensibilidad o dolor uterino
- Sangrado es rojo oscuro, de inicio subitito y cuantia variable (78% de los casos)

Existe compromiso del estado general, palidez, taquicardia, pero las cifras de presión pueden aparentar normalidad

Es difícil palpar al feto y precisar su presentación debido a la irritabilidad uterina. La auscultación muestra sufrimiento fetal (60%) o muerte fetal (15-35% de los casos)

### 6.1.2 Interacción cronológica

| DPPNI                      | GRADO 0   | GRADO I                        | GRADO II                                      | GRADO III                             |
|----------------------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|
| METRRORRAGIA               | Nula      | Ligera o ausente<br>150-500 ml | Intensa<br>> 500 ml                           | Muy intensa                           |
| SHOCK                      | Normal    | NO                             | Shock leve<br>I-II                            | Shock Grave<br>III-IV                 |
| PERDIDA DE BIENESTAR FETAL | NO        | Rara o leve                    | Grave                                         | Muerte fetal                          |
| COAGULACIÓN                | Normal    | Normal                         | Compensada<br>Fibrinógeno<br>puede estar bajo | Signos clínicos<br>de CC <sup>1</sup> |
| ASPECTO DE ÚTERO           | Normal    | zona pequeña rojo-azulada      | Intermedio entre<br>I – III                   | Útero de<br>Couvellaire               |
| GRADO DE DESPRENDIMIENTO   | Ocasional | < 30 %                         | 30-50 %                                       | 50-100 %                              |
| FRECUENCIA                 | ---       | 60 %                           | 15 %                                          | 25 %                                  |

Los criterios de coagulopatía de consumo incluyen:

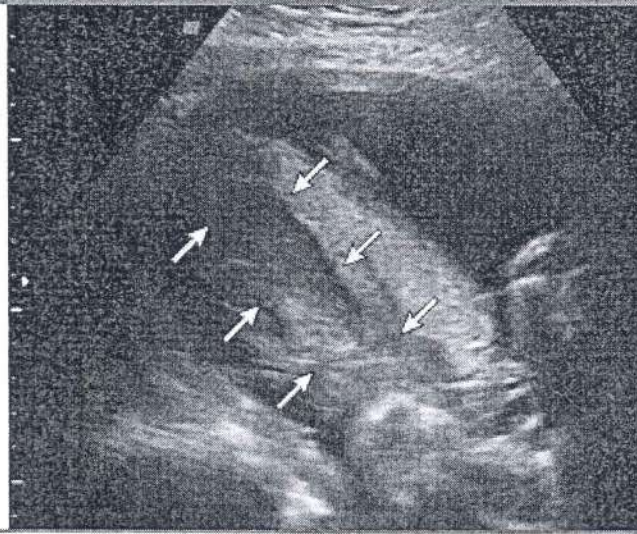
1. Recuento plaquetario menor de 100 000
2. Tiempo de Protrombina y Parcial de tromboplastina prolongados
3. Fibrinógeno menor a 100 mg/dl
4. Incremento de productos de degradación de la fibrina
5. Presencia de esquistocitos en lámina periférica

La sensibilidad de la ecografía para el diagnóstico de DPP oscila entre 25-50%

### 6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías



### Ultrasound image retroplacental hematoma



Posterior placenta with large retroplacental hematoma outlined by arrows.

*Courtesy of Martin R Chavez, MD.*

UpToDate

Figura 1

### Organizing intrauterine hematoma



Posterior heterogeneous collection (delineated by + signs) in the lower uterine segment representing an organized clot measuring 7 x 12 cm.

*Courtesy of Martin R Chavez, MD.*

UpToDate



Figura 2

## 6.2. Diagnóstico

### 6.2.1 Criterios Diagnósticos

En la mayor parte de los casos el diagnóstico es clínico, y en los casos severos es evidente. En los leves y moderados debe descartarse placenta previa.

### 6.2.2 Diagnóstico diferencial

La hemorragia del tercer trimestre comprende las de origen obstétrico y las ginecológicas coincidentes con la gestación.

Causas Ginecológicas:

Pueden presentarse en forma independiente de la gestación. Ocurre a nivel del cuello uterino, vagina y vulva. Dentro de ellas:

- Cervicitis
- Erosiones cervicales (postcoitales)
- Polipos endocervicales
- Cáncer de cervix
- Infecciones vaginales
- Cuerpos extraños
- Laceraciones genitales
- Varices cervicales, vaginales o vulvares

Causas Obstétricas:

Dependen exclusivamente de la gestación. Son una emergencia obstétrica.

- Placenta previa
- Rotura uterina
- Rotura de vasa previa
- Rotura del seno marginal

## 6.3 EXAMENES AUXILIARES

### 6.3.1. De patología clínica

- Hemograma completo
- Grupo Sanguíneo y factor Rh
- Perfil de coagulación (TP, TTP, INR)
- Glucosa
- Urea
- Creatinina
- Perfil hepático
- Pruebas cruzadas

### 6.3.2 De imágenes

- Ecografía obstétrica 2D

### 6.3.3 De exámenes especializados complementarios



No aplica

#### 6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

##### 1.4.1. Medida general y preventiva

1. Hospitalización
2. Monitoreo funciones vitales
3. Vía periférica permeable
4. Valorar estado hemodinámico
5. Realizar exámenes prequirúrgicos

##### 6.4.2. Terapéutica

###### DPP GRADO 1 (Leve)

1. Medidas generales
2. Canalizar vía endovenosa con catéter N°18 e iniciar infusión de solución salina 0.9% por 1000cc
3. Monitoreo permanente de signos vitales
4. Monitoreo fetal continuo
5. Reposo absoluto
6. Hospitalización con exámenes auxiliares completos y plan de trabajo establecido
7. Evaluación por Unidad Cuidados Intensivos en caso de inestabilidad hemodinámica

Medidas específicas:

DPP con feto pretérmino menor o igual de 34 semanas: observaciones, ecografías obstétricas seriadas, maduración pulmonar.

DPP con feto mayor 34 semanas, culminar embarazo por la mejor vía.

###### DPP GRADO 2 a 3 (Moderado a Severo)

Manejo obstétrico

1. Activar clave roja y estabilidad a la paciente
2. Si el producto está vivo, se procede a cesárea inmediatamente.
3. En caso de bradicardia fetal, la extracción por cesárea dentro de los 20 minutos significativamente reduce la mortalidad neonatal y la incidencia de parálisis cerebral, de lo que se explica la alta tasa de anestesia general usada en estos casos.
4. Si hay óbito fetal y la paciente se encuentra hemodinámicamente estable y con un trabajo en parto en fase activa, se procederá a parto vía vaginal. Si en el transcurso de su evolución se presentara algún signo de descompensación hemodinámica o el expulsivo no se diera dentro de 30 minutos, se procederá a cesárea.
5. Luego del alumbramiento se procederá al manejo de la hemorragia postparto en el caso se presente.
6. Pase a unidad cuidados intensivos maternos.



#### 6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

No aplica

#### 6.4.4 Signos de alarma

Gestante con sangrado vaginal e hipertoniá uterina.

#### 6.4.5. Criterios de alta

Luego de parto vaginal 24 horas y cesárea 72 horas.

#### 6.4.6. Pronóstico

Reservado. Educar a la paciente y su familia sobre los signos de alarma que se pudieran presentar.

### 6.5 COMPLICACIONES

- Óbito fetal
- Shock hemorrágico
- CID
- Ruptura o hipotonía uterina (útero de Couvelaire)
- Muerte materna

### 6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

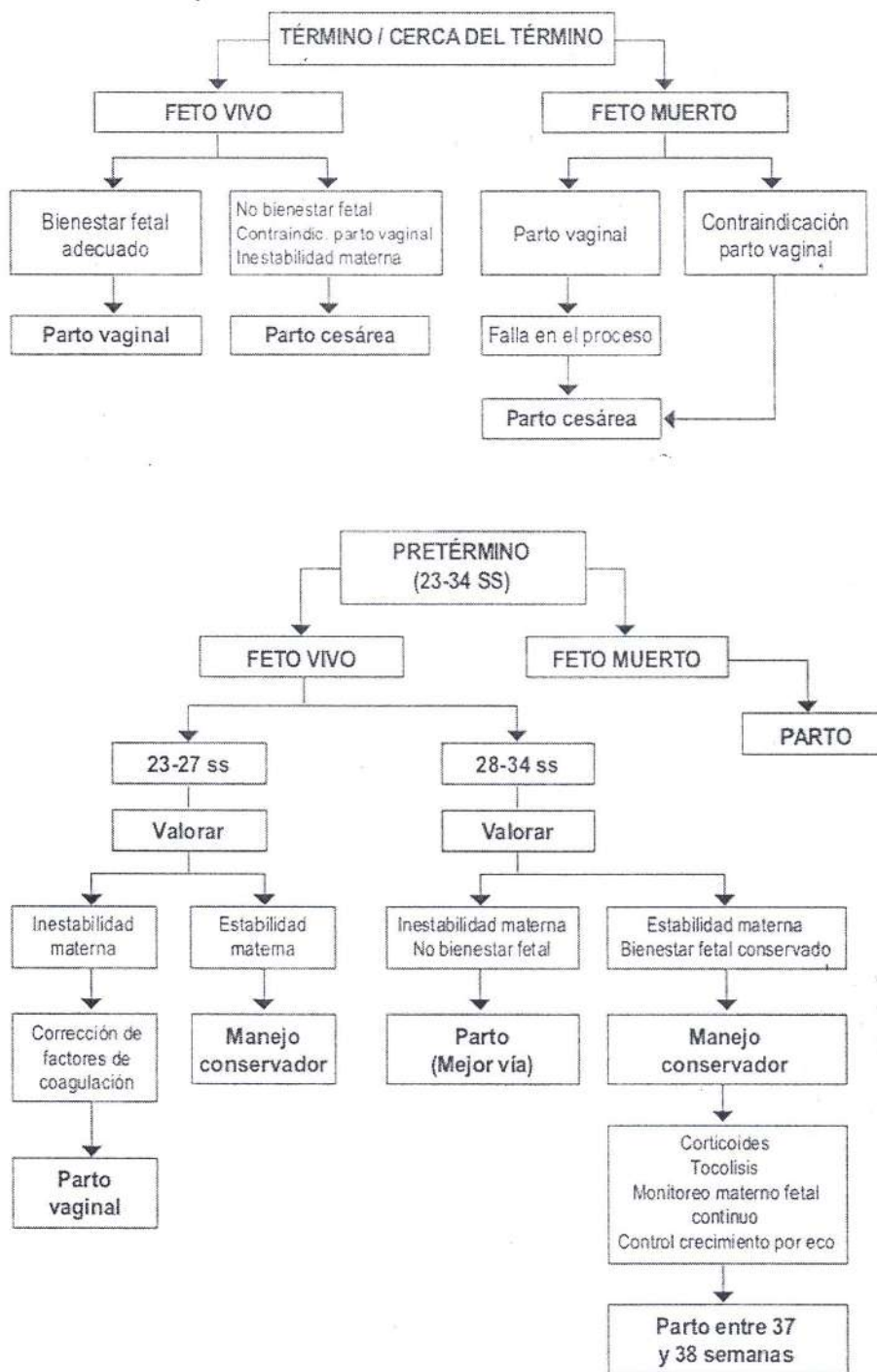
**Criterios de referencia:** como Hospital del 3er nivel tenemos un poder resolutivo adecuado para este tipo de patología.

**Criterios de contrarreferencia:**

Paciente deberá ser referida a su Centro de Salud luego del primer control postparto al encontrar que la paciente se encuentre estable y sin comorbilidades.

### 6.7 FLUXOGRAMA





## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología  
Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018. Pág.42-45.



2. ACOG committee opinion no. 764: Medically indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries American College of Obstetricians and Gynecologists Obstet Gynecol. 2019
3. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of bleeding in the late preterm period. Am J Obstet Gynecol. 2018;218(1):B2. Epub 2017 Oct 25.

