

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



República de Guatemala, América Central

*Estudio Preliminar del Desprendimiento
Prematuro de Placenta*
(Revisión de 50 Casos)

Tesis presentada a la Junta Directiva de la Facultad de
Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos
de Guatemala

Por

Rodolfo Bonilla Sandoval



EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1963

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION.

II. GENERALIDADES.

- a) Historia.
- b) Sinonimia.
- c) Definición.
- d) Etiología.
- e) Incidencia.
- f) Cuadro clínico y Sintomatología.
- g) Diagnóstico y diagnóstico diferencial.
- h) Tratamiento.
- i) Pronóstico.
- j) Complicaciones.

III. ESTUDIO ESTADISTICO.

- a) Material y método
- b) Incidencia.
- c) Análisis de la casuística.
- d) Feto.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Con el presente trabajo se pretende abordar el estudio sobre el DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA, mediante un análisis de 50 casos, efectuados en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala.

La idea de realizar este trabajo se originó por el convencimiento que tenemos de la importancia de conocer en nuestro medio una entidad clínica bien conocida en otros centros hospitalarios y de gran trascendencia obstétrica, ya que constituye una de las urgencias del último trimestre del embarazo.

Hemos denominado a la presente tesis: ESTUDIO PRELIMINAR DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA, precisamente porque creemos que existen muchos casos más en nuestro medio hospitalario, ya no digamos en nuestro medio rural, en donde debe ser una de las causas principales de mortalidad, tanto materna como fetal.

La mayoría de los casos han sido estudiados desde su ingreso al Hospital; desafortunadamente, muy pocas pacientes concurren a su control prenatal y muy pocas también asistieron a sus controles postnatales. Lo anterior es lamentable, ya que varios casos no pudieron ser estudiados en su totalidad.

Sin embargo, con lo expuesto en esta tesis queremos dejar abierto el camino para futuras investigaciones, sobre un tema de tanto relieve como lo es el DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.

GENERALIDADES

a) Historia:

Es difícil establecer una verdadera historia del desprendimiento prematuro de placenta, ya que, como es lógico suponer, es una circunstancia tan vieja como la obstetricia misma. Sin embargo, de los datos que como entidad clínica hemos podido recabar, encontramos que fue Rigby, en 1775, quien diferenció entre el desprendimiento prematuro de placenta, situado por arriba de la zona de dilatación del útero, y del que se efectúa por debajo o en ella. Debe mencionarse, sin embargo, que, en realidad, el desprendimiento de placenta se denominaba como un término general, en el que se incluían a las placentas previas, hasta el año de 1664, en que Paúl Portal comprobó que la placenta podía estar implantada en el cuello uterino.

Un dato de importancia histórica lo constituye el hecho de atribuírsele la muerte de la princesa Carlota de Gales, en 1817, a un desprendimiento de placenta. Llama, sin embargo, la atención que aún en el siglo XIX, Mme. Bovin y Mme. Lachapelle dudaban de que se pudiera coleccionar la sangre entre la placenta y la pared uterina, como lo afirmaba Baudeloque, y prácticamente se entabló una discusión entre los autores arriba mencionados y Jaquemier, Gendrin, Braxton Hicks, Godell, Pilat y Eruntton (1860 a 1875), quienes sucesivamente publicaron trabajos que confirmaron este hecho. Quizá fue Stoltz quien, en 1878, hizo una publicación confirmando y comparando la teoría de Baudeloque con la práctica, para aseverar el hecho de la existencia del cuadro de desprendimiento de placenta normo-inserta. Otros autores, como Mme. Henry, Winter (1885-1889), así como Dumermet (1892), apoyados por las enseñanzas de Pinard, es-

tablecieron definitivamente el cuadro clínico de la afección. En 1901, Holmes propuso el término de *ablatio placentae* para nominar claramente el cuadro clínico, y, por último, quizá el progreso histórico y de más relieve se debe a Couvelaire (1911), quien define las características propias que suceden en los desprendimientos graves, al infiltrar la musculatura uterina, constituyendo el cuadro de la Apoplejía útero-placentaria, por ello llamada Utero de Couvelaire.

b) Sinonimia:

Se denomina también: Hemorragia inabordable, término este último frecuentemente empleado por los autores ingleses, pero en ella incluyen a la Placenta previa. Holmes propuso el nombre de *Ablatio placentae*, con que también se conoce. De Lee lo llama *Abruptio placentae*.

c) Definición:

Desprendimiento Prematuro de Placenta es la separación parcial o total, aparente o inaparente, de la Placenta normalmente inserta, antes de que se produzca la expulsión del feto, siempre que éste esté comprendido entre su viabilidad legal (20 semanas) hasta su término.

El concepto arriba mencionado nos parece que comprende de varios aspectos característicos del cuadro clínico, y por otra parte incluye algunas citadas por autores como De Lee, Williams y D. E. Reid. No pretendemos crear, pues, un nuevo término, ni tampoco una nueva entidad clínica, sino más bien englobar diversos criterios, para mejor claridad del concepto de la llamada *Abruptio placentae* o *Ablatio placentae*.

d) Etiología:

De la literatura que hemos revisado, en realidad no se obtiene una conclusión definitiva de la etiología del despren-

dimiento prematuro, pero sí se pueden expresar no sólo ideas interesantes, sino también conclusiones etiológicas de alguna importancia. Trataremos de resumir algunas ideas:

La mayoría de los autores está de acuerdo en que la HIPERTENSION ARTERIAL juega un papel importante en la etiología del Desprendimiento Prematuro de Placenta, ya sea desde el punto de vista de Toxemia del Embarazo, como Hipertensión de origen cardio-renal.

Otro grupo está de acuerdo en que el TRAUMA es determinante en la etiología del *Abruptio placentae*, ya sea éste trauma directo o indirecto. Dentro del grupo directo podemos incluir golpes, accidentes, etc., y dentro del grupo indirecto tenemos los causados por el impacto producido por una evacuación brusca de un polihidramnios o por la tracción de un cordón breve.

También tenemos a las ANOMALIAS DEL DESARROLLO PLACENTARIO, mencionada por varios autores, como otra causa de Desprendimientos de placenta. Dentro de estas anomalías, las mencionadas con más frecuencia son la Placenta circunvalata y la succenturiata.

Por último existe un gran número de desprendimientos prematuros de placenta, cuya etiología no está bien conocida y que se les ha englobado dentro del término de DEGENERACION DECIDUAL IDIOPATICA.

Para explicar la degeneración idiopática hay dos tendencias fisiopatológicas: por un lado, los que la explican motivada por una compresión de la vena cava inferior, que produce un desequilibrio arterio-venoso decidual y, como consecuencia, ruptura de vasos; y, por otro lado, los que la explican desde el punto de vista degenerativo, el cual se inicia con depósito de fibrina y edema del endotelio vascular, luego adelgazamiento de la pared vascular y ruptura de la misma, con la formación del coágulo retroplacentario.

Lo anterior, para muchos autores, es el proceso natural que se verifica en el desprendimiento corriente de la placenta, y concluyen diciendo que el desprendimiento prematuro no es propiamente un problema patológico, sino un problema de tiempo; y así, de esta manera se explican la gran cantidad de desprendimientos de tipo subclínico que no llegan a producir mayor sintomatología.

Otros autores han pensado que puede estar ligado el desprendimiento prematuro de placenta con procesos infecciosos, ya que es frecuente observarlos en el curso de enfermedades sistémicas, como tifoidea, tuberculosis, sífilis, etcétera, así como en las enfermedades infecciosas de tipo viral, comparando las lesiones vasculares a una reacción endotelial generalizada, similar a la que se observa en el Síndrome de Schwartzman; así explican el hallazgo frecuente de lesiones hepáticas, renales, etc., en el curso del desprendimiento prematuro de placenta.

La serie de ideas arriba mencionadas contribuyen a explicar la etiología, y asimismo le dan base a la razón de algunas de las complicaciones frecuentes; por ejemplo, la Hipofibrinogenemia es una consecuencia del consumo exagerado de fibrinógeno por el depósito de fibrina intravascular y de la que se consume a posteriori en la formación de los coágulos retroplacentarios. Por otra parte, la apoplejía útero placentaria o útero de Couvelaire se explicaría no sólo por la infiltración de sangre retroplacentaria, sino como una ruptura de los vasos del miometrio, como reflejo de un problema generalizado con lesiones hepáticas y renales, como ya se dijo anteriormente.

e) Incidencia:

Autores norteamericanos dan la siguiente incidencia del Abruption placentae: Para Reid es de aproximadamente el 1 por 100 de desprendimientos prematuros de placenta en

todos los embarazos viables; Williams refiere de 1 en 85 partos a 1 en 250; para Grennhill, la separación completa de la placenta normalmente inserta es rara; una en 500 gestaciones. Davis, del Chicago Lying-in Hospital, encontró 144 casos en 19.760 partos; o sea, uno en 139 con un porcentaje de 0.73 por 100. However, del Boston Lying-in Hospital, da los siguientes datos: 476 casos en 40,547 partos; o sea, 1 en 85. Por último, Huffman da 1 en 85 a 1 en 250 partos.

Para los autores europeos, la incidencia es la siguiente: Ribemont refiere un caso en 1.000 partos; para Dexcus Font, el abruption placentae presenta formas graves y leves, y dice que si se consideran ambas en conjunto, la incidencia es muy frecuente, y tomando sólo formas graves es rara: 0.18 por 100.

En el Hospital San Juan de Dios, de San José (Costa Rica), la incidencia del desprendimiento prematuro de placenta es baja: 0.76 por 1.000; es decir, hubo 13 casos en 17,005 partos.

La incidencia en nuestro medio, según el presente estudio, es de 0.007 por 100; o sea, 50 casos en 68,068 partos.

f) Cuadro clínico y sintomatología:

En primer lugar debe dividirse el cuadro clínico del desprendimiento prematuro de placenta en dos formas: casos leves y casos graves.

Los llamados casos leves son aquellos que pasan desapercibidos, no producen ninguna sintomatología y no es sino hasta que se examina la placenta en que se hace el diagnóstico de abruption placentae, por encontrarse calcificaciones e infartos placentarios.

En los casos graves hay que tomar en cuenta varios aspectos: hemorragia, dolor abdominal, shock, alteraciones del feto fetal, alteraciones en la contractibilidad uterina y el estado general de la madre.

La **Hemorragia** debe dividirse en varios tipos:

Aparente: Hemorragia en poca cantidad, de mediana cantidad y de forma cataclísmica. En esta forma hay salida de sangre por la vulva en menor o mayor cantidad; sangre que puede ser fresca o bien con coágulos.

Inaparente: En esta forma, que también puede ser de pequeña o de gran intensidad, no hay evidencia externa de hemorragia, y el diagnóstico se hace basado en otros signos y síntomas.

Mixta: En esta forma, por una parte hay salida de sangre por los genitales externos, pero queda retenida otra cantidad en la región de la placenta.

El Dolor abdominal: Puede ser localizado al área del desprendimiento o bien ser un dolor generalizado; la intensidad del mismo, casi siempre está en proporción con la intensidad de la hemorragia y, por lo general, es debido a la distensión uterina.

El Shock: No guarda relación con la intensidad de la hemorragia y es producido en parte por el dolor abdominal, en parte a la distensión de las fibras del útero y, por último, a la pérdida de sangre.

Las alteraciones del foco fetal: Dependen de la intensidad del desprendimiento. Cuando éste es poco no hay alteraciones del foco; cuando el desprendimiento es de 1/3 de la placenta hay alteraciones del foco, pero sin llegar a la muerte fetal; y cuando el desprendimiento es mayor de 1/3 de la placenta, casi siempre hay muerte fetal.

Alteraciones en el Utero: Este se encuentra contraído, tenso, de consistencia leñosa e hipertrofiado; sus contracciones son violentas y pueden ser localizadas o bien generalizadas; cuando aparece o se inicia el trabajo de parto, el mismo es violento y rápido.

Estado general de la madre: Las alteraciones en el estado general dependen de la gravedad de la hemorragia, que pueden llevar al shock irreversible y muerte materna, y a las complicaciones: afibrinogenemia e infiltración útero-placentaria, que si no son atendidas con prontitud y esmero llevan también hacia la muerte de la madre.

g) **Diagnóstico y diagnóstico diferencial:**

El Diagnóstico del desprendimiento prematuro de placenta se hace basado en el cuadro clínico y sintomatología.

El Diagnóstico diferencial debe hacerse con los siguientes cuadros: placenta previa, ruptura uterina, ruptura de un vaso velamentoso, ruptura del seno marginal, y con lesiones del canal vaginal. Estas últimas incluyen el cuello uterino, en donde pueden tener asiento tanto los tumores benignos como malignos; asimismo, los procesos de cervicitis o vaginitis, las rupturas de varices, etc. Debemos señalar que para muchos autores, la ruptura del seno marginal es un tipo de desprendimiento de placenta y, por consiguiente, no debe hacerse diferenciaciones.

h) **Tratamiento:**

En realidad no vamos a dar una guía acerca de la terapéutica, porque resulta ser que en el desprendimiento prematuro de placenta es en donde quizá más debe pesar el criterio del obstetra tratante, quien debe valorar perfectamente cada caso para darle una adecuada solución, la cual deberá contemplar tanto la parte materna como la fetal. Por ello, deben seguirse algunas pautas: a) Estado general de la madre; b) gravedad del caso; c) compromiso fetal; d) viabilidad y vitalidad fetal; e) presencia o no de complicaciones maternas; f) existencia o no de trabajo de parto; g) grado de dilatación del cuello o modificaciones del mismo. En todo caso, debe pensarse que todo traumatismo afecta

profundamente a la madre y al feto, y que la sedación y el estado general de ella es primordial. Los recursos heroicos deben dejarse para fetos viables y casos graves.

i) Pronóstico:

El desprendimiento prematuro de placenta es uno de los accidentes más graves a los que ha de hacer frente el obstetra; se puede decir que por lo menos la cuarta parte de las mujeres, y casi el 100 por 100 de los fetos, mueren cuando hay desprendimiento total de placenta. En cambio, cuando el desprendimiento es parcial y se lleva a cabo un tratamiento oportuno y eficaz, la mortalidad, tanto materna como fetal, disminuyen en un gran porcentaje.

El pronóstico materno depende de varios factores: De la extensión del desprendimiento, de la cantidad de sangre perdida, del cuadro sanguíneo de la madre al presentarse esta complicación durante su embarazo, de la presencia de afibrinogenemia, de la presencia de apoplejía útero-placentaria, de presencia o ausencia de enfermedad vascular asociada y, en fin, del tiempo transcurrido entre el desprendimiento y el tratamiento.

Bland y Rakoff compilaron 2,319 casos de abrupcio placentae entre 249,331 partos, lo que corresponde a una frecuencia de 0.93 por 100; o sea, aproximadamente, un caso en cada 100 partos. En toda la serie, la mortalidad materna fue de 6.3 por 100, y la fetal, de 66.4 por 100.

j) Complicaciones:

Las complicaciones más importantes del abrupcio placentae son las siguientes: afibrinogenemia, fallo renal agudo, apoplejía, útero-placentaria, shock obstétrico, hemorragia postpartum, muerte fetal, muerte materna.

III

ESTUDIO ESTADISTICO

a) Material y método:

El material consta de 50 casos de desprendimiento prematuro de placenta que se presentaron en la Maternidad del Hospital Roosevelt, a partir del 15 de diciembre de 1955 al 30 de junio de 1963.

El método consistió en tabular en columnas los datos generales de la paciente, así como datos específicos que son de utilidad para el tema propuesto, precedido de un capítulo sobre generalidades sobre desprendimiento prematuro de placenta, para completar en mejor forma el tema.

b) Incidencia:

Del 15 de diciembre de 1955 al 30 de junio de 1963 se han llevado a cabo en la Maternidad del Hospital Roosevelt un total de 68,068 partos, entre los cuales se nos reportaron 50 desprendimientos; o sea, una incidencia de 1 cada 1,361 partos, con un porcentaje de 0.007 por 100, que constituye una cifra bajísima.

c) Análisis de la casuística:

Edad de la paciente: La edad de las pacientes de los 50 casos es la siguiente:

		Por ciento
De 15 a 20 años	7 casos	14
De 21 a 25 años	12 casos	24
De 26 a 30 años	11 casos	22
De 31 a 35 años	11 casos	22
De 36 a 40 años	6 casos	12
De 41 o más años	2 casos	4
No consignados	1 caso	2

Según da la impresión el cuadro anterior el abruptio placentae es más frecuente en gente relativamente joven. Sin embargo, si se estudia la relación de edad con la gestación, podemos afirmar que la edad avanzada tiene una influencia decisiva en el desprendimiento prematuro de placenta. En el trabajo de tesis del doctor Juan Manuel Jiménez Oliva, intitulado "Influencia de la edad en el proceso reproductivo", se lee lo siguiente:

Edades	Núm. pacientes	Frecuencia Por ciento
Hasta 20 años	140	14.89
De 21 a 25 años	290	30.75
De 26 a 30 años	263	27.98
De 31 a 35 años	157	16.70
De 36 a 40 años	68	7.23
De 41 y más años	22	2.45

Por consiguiente, la proporción es invertida, ya que en un porcentaje de 9.68 por 100 se presentaron 8 casos, mientras que para las pacientes comprendidas hasta los veinticinco años, que suma 45.64 por 100, se presentaron 19 casos.

Gestación: De los casos estudiados, la gestación de las pacientes fue la siguiente:

		Por ciento
Gestas 1	4 casos	8
Gestas 2 y 3	13 casos	26
Gestas 4 a 8	16 casos	32
Gestas 9 o más	17 casos	34

Paridad:

Para 0	4 casos	8
Para 1 a 3	20 casos	40
Para 4 a 8	19 casos	38
Para 9 o más	7 casos	14

Analizando en conjunto los dos cuadros anteriores se observa lo siguiente: que hay una diferencia apreciable entre la cifra de gestaciones múltiples (9) y la paridad múltiple; es decir, que se observa que 10 pacientes que presen-

taron un desprendimiento prematuro de placenta habían tenido previamente por lo menos un aborto; ello nos hizo tabular por separado el número de casos que tuvieron pérdidas gestacionales; se encontró lo siguiente:

		Por ciento
Abortos 0	30 casos	60
Abortos 1	13 casos	26
Abortos 2	6 casos	12
Abortos 3	0 casos	0
Abortos 4	1 caso	2

Puede observarse que el 40 por 100 de las pacientes habían tenido abortos previos y consideramos esa cifra sumamente importante, ya que, conforme la bibliografía revisada, en la tesis del Doctor Rafael Chang Lau, intitulada "Incidencia de abortos en el Hospital General", se lee lo siguiente: "Sumando el número de partos y abortos que se produjeron en los hospitales Roosevelt y General, respectivamente, durante el lapso de tres años, se estableció que los abortos forman el 14.4 por 100 de dicha suma", lo cual nos confirma que la incidencia en pacientes que presentan un abruptio placentae es tres veces mayor que la cifra promedio.

Control prenatal:

		Por ciento
Asistieron a sus controles prenatales.	17 pacientes	34
No asistieron a sus controles prenatales	33 pacientes	66

Lo anterior pone de manifiesto que la mayoría de pacientes no asistieron a sus exámenes prenatales, algo que es de lamentar, ya que muchos de los casos hubieran tenido un pronóstico mejor.

Estado civil:

		Por ciento
Casadas	11 pacientes	22
Unidas	30 pacientes	60
Solteras	9 pacientes	18

Raza:

Ladinas	49 pacientes	98
Indígenas	1 paciente	2

Del cuadro anterior se deduce que el desprendimiento prematuro de placenta en nuestro medio es un accidente casi de mujeres ladinas; aunque lo anterior no debe tomarse como algo absoluto, ya que, por múltiples razones, las personas ladinas buscan más el hospital para resolver sus problemas de salud.

Procedencia:		Por ciento
Departamento de Escuintla	2 casos	4
Departamento de Suchitepéquez	1 caso	2
Departamento de El Quiché	1 caso	2
Departamento de Jutiapa	3 casos	6
Departamento de Chimaltenango	1 caso	2
Departamento de Santa Rosa	4 casos	8
Departamento de Zacapa	2 casos	4
Departamento de San Marcos	2 casos	4
Departamento de El Progreso	1 caso	2
Capital de Guatemala	33 casos	66

Se notará a simple vista que el 34 por 100 de las pacientes eran procedentes de lugares situados fuera de esta capital; muchos de esos lugares poseen hospitales que pudieron haberles resuelto sus casos.

Edad de embarazo:		Por ciento
Menos de 30 semanas	2 casos	4
De 30 a 37 semanas	18 casos	36
De 38 a 42 semanas	27 casos	54
Más de 42 semanas	0 casos	0
No consignados	3 casos	6

El cuadro anterior viene a poner de manifiesto lo que todos los autores opinan; o sea, que el abruptio placentae es una hemorragia del tercer trimestre del embarazo.

Motivo de ingreso:		Por ciento
Hemorragia vaginal		
Hemorragia vaginal y dolores de parto	12 casos	24
Dolores de parto	17 casos	34
Otros	16 casos	32
	5 casos	10

Los síntomas más predominantes fueron dolores de parto y hemorragia vaginal. Entre los cinco casos consignados como "otros" hay dos casos cuyo motivo de ingreso fue únicamente por dolor abdominal, y un caso que ingresó por ausencia de movimientos de tres días de evolución.

Diagnóstico de ingreso:		Por ciento
Embarazo a término	17 casos	34
Embarazo prematuro	10 casos	20
Preeclampsia y eclampsia	5 casos	10
Placenta previa	7 casos	14
Embarazo gemelar	1 caso	2
Desprendimiento prematuro de placenta	3 casos	6
Hemorragia vaginal	2 casos	4
Trabajo de parto	1 caso	2
Polihidramnios	2 casos	4
No consignados	2 casos	4

En realidad es baja la cantidad de casos de abruptio placentae que se diagnosticaron a su ingreso; quizá se deba a factores de tipo puramente hospitalario. Por ejemplo, se ha establecido que toda paciente con hemorragia vaginal se ingresa prácticamente con el objeto de hacerle su diagnóstico a posteriori; así se explica que un número tan alto de casos hayan ingresado únicamente con el diagnóstico de embarazo a término, e indudablemente, muchos de ellos están comprendidos entre los que ingresaron por hemorragia vaginal, ya descritos anteriormente. En donde se sospechó placenta previa se comprende que durante el ingreso, muchas veces no es fácil hacer diagnóstico diferencial, y puede clasificarse de previa una placenta normo-inserta sangrando. Por último debemos mencionar que algunos de los casos ingresados por Toxemia fue en el curso de su hospitalización en que se presentó el cuadro clínico que hoy nos ocupa; asimismo, fue como una complicación de la evacuación de dos polihidramnios en que acaeció el desprendimiento prematuro de placenta. Creemos que con lo anterior queda ex-

plicado el porqué de tan bajas las cifras del diagnóstico de abruptio placentae al ingreso de las pacientes.

EVOLUCION HOSPITALARIA

Consideramos necesario escribir algunas palabras con respecto a la evolución hospitalaria de los casos, haciendo la salvedad que aquí no puede hacerse una tabulación en cuadros similar a los anteriores; en realidad, debería escribirse cada caso en particular, lo cual sería no sólo largo, sino también inoficioso; por ello, únicamente se resumirán algunos hechos sobresalientes.

La gran mayoría de pacientes ingresaron con embarazo a término, acompañándose de trabajo de parto, y/o hemorragia vaginal; prácticamente, su evolución hospitalaria se consignará en la resolución obstétrica.

Los cuadros de toxemia en distintas edades de embarazo, como suele ocurrir en ellos, desencadenan el desprendimiento prematuro, el cual precipita la resolución. Su evolución hospitalaria puede resumirse diciendo: fue el tratamiento de su problema inicial. Consideramos de importancia mencionar los dos casos que ingresaron por polihidramnios: a uno de ellos se le practicó una punción, evacuándosele cerca de 2,000 c. c.; continuó la paciente hospitalizada, y por la sintomatología inherente a su patología (disnea, taquicardia, cianosis, etc.) fue necesario practicarle una nueva amniotomía, a la cual se siguió el desprendimiento prematuro de placenta. Al otro caso, al cual se le evacuaron también 4,500 centímetros cúbicos de líquido amniótico y que también presentó un abruptio placentae, quizá deba excluirse como causa etiológica al polihidramnios, ya que, coincidiendo con él, la paciente acusó ausencia de movimientos desde los tres días anteriores a su ingreso, y al evacuarse el útero se encontró un cordón corto de 30 centímetros de longitud y presencia de coágulos retroplacentarios. Los casos restantes en

su mayoría se presentaron como emergencias; su evolución también se apuntará en la resolución obstétrica.

RESOLUCION OBSTETRICA

La resolución de algunos de estos casos se inicia más bien con un método diagnóstico, el tacto vaginal, hecho con la técnica debida y con sala de operaciones preparada. Cuando se descubre que la hemorragia es debida al abruptio placentae se inicia la terapéutica con una amniorrexia, la cual, además de permitir una mejor evacuación del contenido hemorrágico, acelera el proceso de parto. Por ello consignamos entre la resolución obstétrica a las amniorrexias. En nuestros 50 casos se practicaron 11 amniorrexias (22 por 100); de ellas, dos, o sea, 4 por 100, para evacuar polihidramnios, y 9 (18 por 100) por la razón antes mencionada.

De las pacientes a quienes se les hizo amniorrexia, el parto se efectuó de la siguiente forma:

Nueve partos eutócicos; una cesárea; un parto distócico gemelar: el primer feto, con una gran extracción pelviana, y el segundo feto, con una versión y gran extracción.

Ahora bien: contemplando la resolución obstétrica en general de los 50 casos, atendiendo a su parto, encontramos lo siguiente:

Partos Eutócicos simples: 42 (84 por 100), de los cuales, 39 (78 por 100) fueron cefálicas y tres (6 por 100) fueron podálicas.

Partos Distócicos simples: 6 (12 por 100), de los cuales fueron:

		Por ciento
Fórceps bajos	2	4
Cesáreas segmentarias	2	4
Cesárea e histerectomía	1	2
Tracción con Willet	1	2
Parto distócico gemelar	1	2

Parto dictócico gemelar, 1 (2 por 100), así:

1er. gemelo: gran extracción pelviana.

2do. gemelo: versión y gran extracción pelviana.

ANESTESIA

En realidad, solamente para los casos distócicos fue necesario el administrar anestésicos; de tal suerte, que se usó Oxido Nitroso y Eter en 2 de ellos (4 por 100); Ciclopropaño, en 2 casos (4 por 100), y Trilene, para la aplicación de los 2 casos de Fórceps; los restantes casos se resolvieron solamente con la sedación rutinaria, a base de barbitúricos, substitutos de la morfina y clorpromazinas.

PLACENTA

Creemos que el análisis de la placenta es de fundamental interés para el diagnóstico; por ello consignamos nuestros hallazgos. En 33 casos (66 por 100) se encontraron coágulos retroplacentarios; en un caso (2 por 100), hematoma retroplacentaria; hubo una placenta (2 por 100) incompleta, parcialmente adherida, que se extrajo artificialmente, y otra placenta (2 por 100) que nació espontáneamente por fragmentos (sospechamos que se trataba de una placenta succionado ningún dato acerca del diagnóstico post-alumbraando ningún dato acerca del diagnóstico post-alumbraamiento.

SHOCK

De los 50 casos estudiados, el shock se presentó de la manera siguiente:

		Por ciento
No presentaron shock	41 pacientes	82
Sí presentaron shock	6 pacientes	12
No consignados	3 pacientes	6

Cantidad de sangre perdida:

De 0 a 500 c. c.	11 casos	22
De 501 a 1.000 c. c.	3 casos	6
Más de 1.000 c. c.	4 casos	8
No consignados	32 casos	64

Cantidad de sangre repuesta:

		Por ciento
De 0 a 500 c. c.	13 casos	26
De 501 a 1.000 c. c.	5 casos	10
Más de 1.000 c. c.	0 casos	0
No consignados	32 casos	64

Complicaciones maternas:

Puerperio normal	32 casos	64
Anemia o Anemia y Shock	4 casos	8
Muertas por Shock	1 caso	2
Shock	2 casos	4
Gastroenteritis aguda	1 caso	2
Trabajo prolongado de parto	1 caso	2
Enfermedad Hipertensiva	1 caso	2
Utero de Couvelaire	1 caso	2
Afibrinogenemia	2 casos	4
No consignados	5 casos	10

Evolución postparto (tardía):

Evolución satisfactoria	40 casos	80
Shock postpartum	2 casos	4
Hipertensión arterial	2 casos	4
Gastroenteritis aguda	1 caso	2
Evolución febril	1 caso	2
Anemia secundaria	1 caso	2
No consignados	3 casos	6

COMENTARIO

Englobamos en este capítulo lo concerniente a complicaciones, principiando desde el shock al ingresar, hasta el puerperio tardío; sucesivamente hemos de señalar lo siguiente:

a) Llama la atención que, en contraposición con lo que describen los textos, pocas pacientes presentaron shock; solamente nos cabe pensar que se debe al grado de desprendimiento y que, por consiguiente, podemos decir que fueron la mayor parte de casos agudos, pero de poca intensidad. Por otra parte, el análisis del siguiente inciso nos lo muestra.



b) Sangre perdida: Si bien es cierto que la apreciación de la hemorragia, sobre todo en cuanto a la historia que refieren las pacientes, es difícil, vemos que solamente se reportaron en los registros médicos 7 casos que perdieron más de 500 c. c., y, por consiguiente, ese 14 por 100 podría representar los casos severos. Once pacientes más perdieron cantidades que oscilaron en menos de 500 c. c., pérdida que, bajo el punto de vista obstétrico, para el alumbramiento puede considerarse como normal. Cuando se analiza el cuadro de la hemorragia se piensa que el no consignar la cantidad de sangre en el 64 por 100 de los casos puede ser un descuido de quienes han manejado los casos; pero si comparamos las cifras con las que se mencionan en la reposición de sangre, también nos percatamos que en total se les repuso sangre a 5 pacientes en cantidades que oscilaron entre 500 a 1.000 c. c., y que, por consiguiente, ninguna necesitó mayor cantidad para resolver su situación de volemia.

c) Para terminar hacemos mención que como complicaciones es de lamentar una muerte por hemorragia y shock, pero, al mismo tiempo, debe señalarse que, en resumen, la mortalidad de 2 por 100 puede considerarse baja para la índole de la afección, sobre todo si se considera que aún un caso de hipofibrinogenemia, en que el laboratorio reportó 94 mlgs. de fibrinógeno, fue tratado con éxito, recuperándose en su totalidad. Igualmente, el único caso de apoplejía útero-placentaria corresponde a la única cesárea e histerectomía que se practicó, y que, por ello, se resolviera con éxito obstétrico. Por último, es digno de mencionarse que la morbilidad materna es considerablemente baja en el presente estudio, ya que solamente dos pacientes (4 por 100) presentaron un cuadro francamente febril, una por una gastroenteritis y la otra por problema endoparametrial.

HIPERTENSION Y DESPRENDIMIENTO PREMATURO

Hemos pensado, con la mayor parte de textos, que el

desprendimiento prematuro va precedido con frecuencia por cuadros hipertensivos de diversa etiología, y para confirmar o descartar tal hecho hicimos un cuadro en donde se consignaron la presión arterial de las pacientes en distintas épocas de su evolución; así: primero, en o durante el embarazo, ya sea por hospitalización previa o por control externo prenatal; luego, a su ingreso; después, durante su evolución hospitalaria antepartum; otro control, al momento que sigue al parto, y, por último, al egreso de la paciente o durante su hospitalización postpartum.

En realidad nos resultó difícil ya que en una gran mayoría de casos no asistieron las pacientes a su control prenatal, y, por consiguiente, faltó el dato importantísimo que puede representar la presión arterial habitual de cada futura madre. Por otra parte, muchos casos ingresaron y se trataron con excesiva emergencia, y parece paradójico mencionarlo, pero en realidad no se llevó un control exacto de su presión arterial, ya que es lógico comprender que una paciente obviamente en shock, fría, sudorosa, inconsciente y desangrándose, no puede encontrarse normotensa ni mucho menos. El resto de los controles sí se consignó en su inmensa mayoría, pero, naturalmente, poco puede establecerse de la realidad de una alza o descenso de la presión arterial si no se conocen las cifras iniciales de la paciente. De tal suerte que lo que esperábamos que nos resultara una gráfica variabilísima, a la postre no llenó sus iniciales objetivos; sin embargo, nos hace ver claramente que la concomitancia de hipertensión arterial no es tan frecuente en nuestro medio como se ha descrito.

En resumen, 9 casos (18 por 100) presentaron una franca curva de hipertensión, considerando diversas circunstancias; por ejemplo: pacientes que, aparentemente, ingresaron normotensas, pero que en su postpartum mediato, inmediato o tardío registraron hipertensión, se consideraron como patológicas. Pacientes que ingresaron normotensas, luego presen-

taron descenso postpartum, pero en su puerperio tardío registraron hipertensión, también las consideramos como hipertensas. Pacientes que a su ingreso estaban con una elevación de su tensión arterial y que su evolución fue al descenso en el parto y puerperio inmediato, pero ascenso en el tardío, también se consideraron patológicas. Y por último se encuentra el grupo en las cuales todas eran hipertensas.

Debe señalarse que se tomó como cifra límite 140 mm. de mercurio de máxima y 90 mm. de mínima. De modo, pues, que nuestra incidencia de hipertensión nos hace pensar en varias hipótesis:

1) La relativa escasez de pacientes hipertensas que, en general, se sabe que existen en nuestro medio es una de las causas de que el desprendimiento prematuro de placenta sea relativamente escaso en nuestro hospital.

2) Los casos que presentaron hipertensión se comportaron con respecto a los restantes con el mismo o similar grado de intensidad o gravedad. Ambas hipótesis las debemos responder:

La primera es en realidad difícil, pero, sin embargo, al analizar la probable etiología de los casos estudiados podemos formarnos un concepto más claro:

		Por ciento
Etiología acompañada de hipertensión	9 casos	18
Etiología por polihidramnios	2 casos	4
Coincidencia de cordón breve	3 casos	6
Coincidencia de cordón largo	1 caso	2
Tuberculosis asociada	1 caso	2
Anomalías placentarias	1 caso	2
Idiopática o no consignada	33 casos	66

El cuadro anterior nos indica que en realidad, continúa para nosotros siendo difícil establecer la etiología del desprendimiento, y nos conformamos con señalar las teorías ya apuntadas en las generalidades, de la frecuencia que presen-

tan no sólo los cuadros patológicos, sino también los partes aparentemente normales, de desprendimientos subclínicos que corresponden a las alteraciones endovasculares idiopáticas, que pueden obedecer a problemas generalizados infecciosos, o a diferencias de la tensión endoarterial o endovenosa de los vasos deciduales, así como al factor, época en que se suceden dichos fenómenos, siendo, por consiguiente, el desprendimiento un accidente de tiempo y no de patología.

La segunda hipótesis nos resultó por demás interesante, y basta decir con que los dos casos de hipofibrinogenemia, así como el útero de Couvelaire y el caso único de muerte materna, se registraron en pacientes francamente hipertensas, y que, por consiguiente, la presión arterial aumentada por cualquier razón, enfermedad cardio-vascular, toxemia, problema renal, etc., que termina con un desprendimiento prematuro de placenta, es de pronóstico más sombrío que los casos en los que no coincide la tensión arterial alta, y que para el presente estudio, de 9 casos hipertensos, 4 (casi la mitad) pueden juzgarse como gravísimos.

Queremos dejar hecha la salvedad que mucho puede escribirse acerca del presente tema, y que el actual estudio sólo puede considerarse como un estudio preliminar, hasta cierto punto de vista, incompleto, pero que, indudablemente, va a abrir un nuevo horizonte en el estudio e investigación de una dolencia obstétrica que es responsable, como lo enseñamos en esta tesis, del 52 por 100 de pérdidas gestacionales de los casos que lo presentan, y de graves problemas maternos, como son: una muerte (2 por 100), 6 shocks de severidad apreciable, 2 hipofibrinogenemias y 1 útero infiltrado que hubo de extirparse. Invitamos, pues, a nuevos investigadores a que completen el presente estudio, a fin de lograr mucho mejor éxito en el tratamiento, profilaxis y resolución del desprendimiento prematuro de placenta.

d) FETO:

Sexo del feto: Por ciento

De sexo masculino	24 casos	48
De sexo femenino	20 casos	40
No consignados	6 casos	12

Peso del feto:

De 1 a 2.15 lbs.	8 casos	16
De 3 a 5.8 lbs. (prematuros)	18 casos	36
De 5.9 a 8 lbs.	17 casos	34
No consignados	7 casos	14

Estado al nacer:

Vivos en buenas condiciones	20 casos	
Vivos con anomalías congénitas	1 caso	
Vivos con asfixia	2 casos	
Total de vivos	23 casos	46

Muertos sin anomalías congénitas.	24 casos	
Muertos con anomalías congénitas.	1 caso	
Total de muertos	25 casos	50
No consignados	2 casos	4

De los muertos fueron:

Obitos	16 casos	32
Muertos intraparto	9 casos	18

Estado al egresar:

Vivos	21 casos	42
Muertos	26 casos	52
No consignados	3 casos	6

Por lo consiguiente, la MUERTE NEONATAL fue de 26 casos; o sea igual al 52 por 100. Es, sin embargo, importante hacer notar que el dato de mortalidad sólo se refiere al tiempo en que tanto madre como niño permanecen hospitalizados, lo cual, generalmente, se reduce a 3 días por promedio.

IV

CONCLUSIONES

- 1) El desprendimiento prematuro de placenta en nuestro medio es una coincidencia obstétrica relativamente infrecuente, que se presenta una vez en cada 1,361 partos.
- 2) El abruptio pacentae parece tener relación con la edad avanzada de la paciente gravídica, presentándose en ellas en una incidencia alta.
- 3) Existe una franca relación entre la etiología del aborto y del desprendimiento de placenta, lo cual se demuestra por la alta frecuencia de pacientes que tenían pérdidas anteriores y que ahora presentaron abruptio. (La incidencia de aborto en general se considera del 14 por ciento de las gestaciones; de las pacientes de nuestro estudio, el 60 por 100 habían tenido abortos previos.)
- 4) El 34 por 100 de las pacientes que se atendieron en el Hospital Roosevelt por desprendimiento prematuro de placenta procedían de los departamentos extracapitales.
- 5) El cuadro que estudiamos se presenta en su mayor parte en el último trimestre del embarazo (96 por 100); sin embargo, sólo la mitad (54 por 100), aproximadamente, alcanza el término gestacional.
- 6) El 84 por 100 (42 casos) se resolvieron por partos eutócicos.
- 7) El diagnóstico postpartum, por el análisis de la cara uterina de la placenta, fue confirmatorio de desprendimiento en 33 casos, encontrándose diversa superficie desprendida y, asimismo, muy variable cantidad de sangre coagulada.

- 8) El shock no se presentó con la frecuencia con que se describe en los textos, ya que sólo 6 pacientes de nuestro estudio lo presentaron.
- 9) La mortalidad materna fue del 2 por 100 (1 caso en 50), la cual no es tan alta como en otras latitudes.
- 10) La hipertensión arterial juega un papel importante en la severidad del cuadro, ya que los casos más graves se presentaron en coincidencia con ella.
- 11) Sólo se registró una apoplejía útero-placentaria en la estadística del Hospital Roosevelt, y solamente dos pacientes evolucionaron hacia la hipofibrinogenemia.
- 12) La etiología del desprendimiento es difícil de establecer, y para nuestro medio se puede decir que el 66 por ciento obedece a causa idiopática.
- 13) De los niños nacidos como producto de partos con desprendimientos prematuros de placenta, 26, o sea, el 52 por 100, fueron prematuros.
- 14) La mortalidad neonatal para el desprendimiento prematuro es del 52 por 100. Lo cual representa que el desprendimiento prematuro de placenta es, quizá, la mayor causa de muertes fetales.

Dr. Rodolfo Bonilla Sandoval

Dr. Ernesto Alarcón Estévez
Asesor

Dr. Luis F. Molina Gálvez
Revisor

Vº Bº:

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario

Imprimase:

Dr. Carlos M. Monsón Malice
Decano

V

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Departamento de Registros Médicos del Hospital Roosevelt.
- 2.—Greenhill: "Obstetrics". 20 ed. 1960.
- 3.—Eastman and Hellman, Williams: "Obstetrics". 12th ed. 1961.
- 4.—De Lee-Greenhill: "Principios y práctica de obstetricia". Tomo I. Ed. 1945.
- 5.—Reid: "A textbook of obstetrics". Ed. 1962.
- 6.—Dexeus: "Tratado de obstetricia". Tomo II. Segunda edición. 1957.
- 7.—Ribemont-Dessaignes: "Precis D'Obstétrique". Ed. 1900.
- 8.—Moragues, Jaime: "Clínica obstétrica". 6a. Ed. 1954.
- 9.—Novak-Woodruff: "Gynecology and obstetric pathology". 15 ed. 1962.
- 10.—Tenney-Little: "Clinical obstetrics". Ed. 1961.
- 11.—Willson, R.: "Management of obstetric difficulties". 6a. ed. 1961.
- 12.—Willson - Beechman - Forman - Carrington: "Obstetrics and Gynecology". Ed. 1958.
- 13.—Falls-Holt: "Atlas of obstetric complications". Ed. 1961.
- 14.—Huffman: "Gynecology and Obstetrics". Ed. 1962.
- 15.—Greenhill: "Year Book of Obstetrics and Gynecology". Ed. 1961-1962

- 16.—Memoria del III Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología". Guatemala, 1958.
- 17.—"Clinical Obstetrics and Gynecology". September 1963.
Vol. 3, No. 3.
- 18.—Perlin and Stewart, AM. J. Obs. and Gynecology
Vol. 85, No. 3. Feb. 1963.
- 19.—Haynes, Douglas, AM. J. Obs. and Gynec. Vol. 85,
No. 5. March 10. 1963.
- 20.—Dyer and Mac Caughey, AM. J. Obs. and Gynec.
Vol. 77, No. 6. June 1959.
- 21.—Ferguson and Hatton, AM. J. Obs. and Gynec.
Vol. 78, No. 5. Nov. 1959.
- 22.—Hendelman and Fraser, AM. J. Obs. and Gynec.
Vol. 80, No. 1. July 1960.
- 23.—Robbins, Estrara, Russell, AM. J. Obs. and Gynec.
Vol. 80, No. 6. Dec. 1960.
- 24.—Hatton, AM. J. Obs. and Gynec. Vol. 82, No. 1.
July 1961.
- 25.—Porter, James: Obs. and Gynec. Vol. 15, No. 1.
June 1960.
- 26.—Crawford and Murray: "Obs. and Gynec.". Vol. 15,
No. 1. January 1961.
- 27.—"Influencia de la edad en el proceso reproductivo". Tesis de graduación de Jiménez Oliva, Juan Manuel. Septiembre de 1963.
- 28.—"Incidencia de abortos en el Hospital General". Tesis de graduación de Chang Lau, Rafael. Noviembre 1963.

