

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PLACENTA PREVIA
ESTUDIO DE 200 CASOS

TESIS

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

por

EDMUNDO ALBERTO SAGASTUME SINIBALDI

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1963

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

CAPITULO I.- GENERALIDADES

- a) Historia
- b) Definición y Nomenclatura
- c) Clasificación
- d) Incidencia
- e) Etiología
- f) Sintomatología y Cuadro Clínico
- g) Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial
- h) Conducta
- i) Morbilidad y Mortalidad Materno Fetal.

CAPITULO II.- ESTUDIO ESTADISTICO

Material y Método
Incidencia
Control Pre-Natal
Edad de la Paciente
Gestaciones y Paridad
Edad de Embarazo
Motivo de Consulta
Diagnóstico
Resolución del Caso
Morbilidad y Mortalidad Materna
Consideraciones Fetales
Sexo y Peso
Condiciones al Nacer
Mortalidad Fetal

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo es un ensayo preliminar acerca de una de las complicaciones más serias que se presentan durante el transcurso del último trimestre del embarazo. La inserción viciosa de la Placenta, cuya sintomatología predominante, la hemorragia, puede llevar a la muerte tanto a la madre como al feto. Comprenderá dos capítulos importantes: el primero acerca de las generalidades que si bien es cierto pueden leerse en cualquier texto, vamos a tratar de resumirlas aquí; y el segundo, un análisis estadístico de 200 casos que se presentaron en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt a lo largo de cerca de ocho años de trabajo.

Debemos hacer la salvedad que a partir de la inauguración del Departamento el 15 de diciembre de 1955 al 30 de junio de 1963 en que se seleccionaron los casos para el análisis, se presentaron en total 207 placentas previas clasificadas como tales de acuerdo con el archivo del Hospital; sin embargo, siendo éste un "estudio preliminar", y para facilidad estadística solamente se tomaron los primeros 200 casos con lo cual, ni varía la relación de incidencia, pero si se facilita el cálculo de porcentajes. Para la relación de frecuencia se tomará el número de nacimientos hasta el día en que sucedió el último de los casos que se estudia.

Hechas las consideraciones anteriores, entramos de lleno al resumen de las generalidades que indudablemente son una base necesaria para poder describir los hallazgos en nuestro medio.

CAPITULO I GENERALIDADES



Historia:

Es indudable que desde que existen embarazos, puede haber principiado a presentarse el cuadro de placenta previa, sin embargo, pasó desapercibida como entidad clínica y aunque ya en la época de Soranus se mencionan cuadros hemorrágicos inabordables y se sospecha la incursión baja del órgano nutricional, no es sino hasta 1776 en que Rigby hace una clara diferenciación entre el Desprendimiento prematuro de placenta y la Placenta Previa a quien precisamente este último autor, le llamó Hemorragia Inabordable. A partir de los estudios de diversos autores desde el siglo XVI, prácticamente la historia de la entidad clínica está íntimamente ligada al método terapéutico que se preconizaba, y por ello mencionaremos como desde Guillemo (principios del siglo XVII) quien preconizó el "parto forzado" con la ayuda de maniobras manuales, así como Puzos con su famosa maniobra de la ruptura de las membranas, cada autor y cada escuela han propuesto diferentes métodos, que a la postre todos iban encaminados a la hemostasis y a la evacuación uterina. En 1804 Leroux, saliéndose de esta idea general, popularizó el tamponamiento cervical, y poco más tarde Barnes introdujo los balones compresivos. Debemos mencionar que este último fué el creador por decirlo así de la clasificación topográfica de la incursión placentaria con la delimitación de la aún hoy llamada Zona Peligrosa de Barnes. A mediados del siglo, Simpson propone la rotura de la placenta seguida de la extracción fetal como medio terapéutico; pero Braun su contemporáneo, vuelve al uso de los balones. Más tarde en 1860 Braxton Hicks crea la maniobra que lleva su nombre y que persi

que el descenso de un miembro inferior, para hacer hemostasis compresiva con la presentación. Bossi y Bonaire a su vez sugieren la dilatación, rápida del cuello, por maniobras manuales e incluso instrumentales. Fué a finales del siglo (1890) en que Lawson y Teit proponen la cesárea como método efectivo terapéutico, mas sin embargo debe tenerse en mente que para dicha época, representaba un riesgo grave el practicar una histerotomía a una paciente. No es quizás sino hasta 1908 en que Krönig y Selhaim establecen definitivamente la importancia de cesarizar a las pacientes que presentan una hemorragia patológica. A partir de dicha fecha, se puede decir que los progresos históricos se han realizado más acerca de los métodos diagnósticos mientras la terapéutica se ha ido perfeccionando y en particular, inclinándose a la vía abdominal.

La última etapa pues de la historia, está representada por la localización placentaria que iniciada con la radiología hoy se ha visto complementada con métodos radioisotópicos que vienen a formar no sólo un sistema de exploración inocuo sino también una base para la decisión de la conducta. Creemos expuesto lo más importante acerca del desarrollo histórico, y algunos conceptos se extenderán más adelante.

b) Definición y Nomenclatura

Generalmente se acostumbra iniciar un trabajo con definición o concepto del tema a tratar, y si hoy se ha expuesto brevemente un concepto histórico es porque la nomenclatura y idea de la entidad nosológica que nos ocupa está ligada a su desenvolvimiento a través de las épocas; así observamos que era frecuente llamar a la Placenta Previa, "Hemorragia Inabordable" pero en dicho concepto se incluían todos los cuadros hemorrágicos del último trimestre. Con la delimitación de la "Zona peligrosa", hecha por Barnes, se llegó a la conclusión que la pla-

centa en general se incerta en el tercio superior y medio del útero, en la porción que corresponde propiamente al cuerpo de la viscera, y que por el contrario, cuando interviene el Segmento uterino en la implantación, da origen al cuadro clínica. Así, Barnes delimitó a la porción en que separada por el anillo de Braun, en donde en la parte externa del útero se refleja el peritoneo, y que por otra parte en la constitución anatómica propia, se observa un adelgazamiento del miometrio, con cambio de la dirección, así como en la adherencia de las fibras del músculo, llamándola "zona peligrosa" debido a que cuando la placenta se incerta parcial o totalmente en ella, causaba hemorragias durante el embarazo o desarrollo defectuoso del mismo. Sucesivamente se le llamó por ello, "huevo invertido", embarazo vicioso, placenta ectópica, placenta viciosa, o placenta incerta en el Segmento inferior, al cuadro que correspondía la descripción arriba mencionada. Ahora para nosotros, entendemos como placenta previa, aquella que se localiza parcial o totalmente en la zona del segmento uterino, dando o no signos clínicos que sospechen su incursión viciosa, originando así una clasificación específica de acuerdo con el mayor o menor grado en que se acerca o cubre el orificio del cuello uterino.

c) Clasificación :

Por una parte se clasifican los cuadros en Asintomáticos y Sintomáticos. Dicha circunstancia depende básicamente de la localización, atendiendo a la cual se clasifica en: 1) Incursión baja; 2) Incursión marginal; 3) Incursión central; 4) Incursión cervical.

Se habla de Incursión Baja, cuando parte de la placenta se localiza en la Zona de Barnes, sin que su extremo proximal alcance el orificio interno del cuello, generalmente el ha-

llazgo de estos casos es post-alumbramiento y para los fines prácticos pasan inadvertidos, de tal suerte que no se clasifican como placentas previas. Si por el contrario el borde placentario llega hasta el márgen del cuello se le llama "marginal". En esta condición, puede pasar desapercibida, pero puede también presentar una sintomatología florida por lo cual si es digna de tomarse muy en cuenta. Cuando la placenta rebasa el orificio se habla de incursión central, pudiendo suceder que lo cubra parcial o totalmente, atendiendo a la dilatación del cuello, subdividiéndose pues la incursión central en Parcial y Total. Por último, cuando la placenta abarca la luz del canal cervical se denomina cervical. De más está advertir, que el grado de gravedad está íntimamente relacionado con el tipo de placenta y así mismo que la conducta posterior depende prácticamente de la cantidad de área cervical que cubra la placenta.

d) Incidencia :

Se han hecho diversas consideraciones acerca de la frecuencia con que se presenta el cuadro nosológico, señalándose cifras que llegan hasta el 30% de todos los embarazos (Ribemon de Signs) pero incluyendo los casos asintomáticos; por otra parte, tomando en cuenta que aproximadamente un 5% de los abortos se deben a la incursión viciosa de placenta, en general incluyendo todas las gestaciones, es relativamente frecuente que la placenta se incerte en el segmento uterino. Si por el contrario nos apegamos exclusivamente a los casos en que por la sintomatología hemorrágica nos hacen sospechar la lesión en el curso del último trimestre, vemos que los autores aún están en desacuerdo con la incidencia, reportándose cifras del cinco por mil en Norteamérica, uno por mil por los autores franceses. Hoffman reporta el 7 por mil y Winkler en Alemania, el 17 por mil. Un estudio hecho en Sudamérica no menciona la incidencia de 2 por mil similar a la presentada por

investigadores nicaraguenses en el III Congreso C. A. de Ginecología y Obstetricia. Por último debemos mencionar que el Trabajo de Tesis del Dr. Eduardo Fuentes S. publicado en 1955, tomando como referencia los casos atendidos en el Instituto Materno Infantil de Guatemala se registra una incidencia de un caso por cada 302 admisiones.

e) Etiología :

Hasta donde pudimos revisar la literatura, aún no se sabe cual es la causa real de la Placenta Previa, solamente se ha llegado a establecer que cuando existe una alteración en la calidad o cantidad de endometrio, la placenta tiende a buscar áreas mejor vascularizadas o más extensas para su desarrollo pudiendo originar una incursión viciosa. Por ello se habla de factores predisponentes, mencionándose entre ellos como muy importantes, a los procesos infecciosos endometriales previos, a los embarazos muy repetidos, a los legrados previos, a la coexistencia de embarazo y un mioma uterino, a la hipoplasia uterina, a la fibrosis del miometrio y a la coexistencia de enfermedades sistémicas tales como la tuberculosis o la sífilis. Otros factores determinantes están representados por las anomalías propias del desarrollo de la placenta (Placentas bilobuladas, subcenturiatas, membranaceas, o a la existencia de cotiledones aberrantes). También son factores predisponentes o causales los embarazos múltiples en los cuales el tamaño relativamente grande de la placenta la obligan a ocupar el segmento; así mismo, se sabe que en la eritroblastosis fetal el edema y el crecimiento exagerado de la placenta puede obligarla a localizarse en el segmento uterino. Es similar lo que acontece durante un embarazo con pacientes diabéticas o luéticas. Por último mencionaremos que el cuadro llamado Embarazo Ectópico Cervical es causa etiológica de placenta cervical.

Llama pues la atención la inmensa variedad de factores que pueden intervenir en la etiología y sin embargo, la frecuencia clínica no es tan elevada por lo cual puede concluirse que en realidad no son de carácter determinante sino solamente coincidentes.

Ultimamente se han hecho numerosas investigaciones para poder establecer el mecanismo fisiopatológico de la afección y a este respecto se han propuesto varias teorías así: Algunos autores piensan que existe una activación de las vellosidades de la desidua capsular, y que lejos de producirse la regresión normal, hay proliferación trofoblástica hacia el segmento fijándose allí la placenta. Por otra parte, mencionan que dicho proceso sucede ante la presencia de una escasa vascularización de la desidua verdadera, y creando el término de Chemotropismo como causa de la inserción viciosa. Otros investigadores consideran que puede haber una deficiencia de sincronización entre el trofoblasto y la preparación del endometrio, debida a: Desarrollo tardío del trofoblasto, a transporte rápido del huevo, al progreso lento del esperma y por consiguiente fecundación tardía y como conclusión el embarazo se fija en el segmento y por otra parte, otro grupo de investigadores se inclinan más a pensar que el problema es de tipo endometrial originado por un desbalance endocrino, o por la falta de respuesta de la mucosa uterina al estímulo hormonal o simplemente por anomalías desiduales, encontrando entonces el huevo un medio poco fértil para su implantación y extendiéndose en el área de su inserción, o retrasando su anidación. En fin, creemos que en una forma somera se han repasado tanto las causas fisiopatológicas así como los factores predisponentes que intervienen en la Etiología de la Placenta Previa, y nosotros nos conformamos con decir que en realidad, hasta la fecha sigue siendo oscura la causa real de la Placenta Previa.

f) Sintomatología y Cuadro Clínico :

Bajo el concepto de sintomatología vamos a enumerar únicamente a la Hemorragia, ya que en realidad, es ella la causa de alarma tanto para la paciente así como para el obstetra tratante, y por otra parte, toda la diferenciación clínica se basa en el tipo, calidad y forma del sangramiento. Clásicamente se describe como una Hemorragia indolora, de aparición brusca, que no tiene ni horario ni obedece a postura alguna, es hemorragia roja, rutilante que aparece y desaparece espontáneamente, con carácter progresivo y repetición, la cual se agrava cuando coincide con contracciones uterinas o favorece por maniobras palpatorias. Rara vez es única y cuando aparece así puede ser de intensidad mediana o cataclísmica pudiendo llevar a la paciente progresivamente a la emaciación, a una anemia aguda e incluso a la muerte. Inicialmente no afecta directamente al feto, salvo cuando por el estado general de la madre o por la intensidad exagerada propicia una anoxia secundaria y entonces si altera la vitalidad fetal acarreando la pérdida del niño.

Se han descrito varias causas de la hemorragia, siendo las principales las siguientes: a) Desprendimiento prematuro de cotiledones o desgarre de los mismos por estar localizados en el os cervical. b) Por diferencia de presión entre la tensión intrauterina que se ejerce sobre el segmento y sobre el resto del cuerpo uterino; siendo menos resistente el primero, precipita el rompimiento de las membranas o el desgarre placentario, y por consiguiente el sangramiento por desprendimiento o por ruptura de la masa placentaria o de los vasos. c) Por falta de relación de las superficies de la placenta y del segmento: cuando la placenta se incerta en el cuerpo, crece sincrónicamente con él y al llegar a término hay perfecta adaptación entre continente y contenido; cuando se incerta en el segmento, el crecimiento placentario es independiente y cuando sucede la distensión del segmento se pierde el sincronismo de ambos estableciéndose

dose una diferencia de superficies que despegan la placenta. d) Mala hemostasis espontánea por la falta de desarrollo apropiado de la placenta. e) Tironamiento exagerado de las membranas sobre un extremo de la placenta, ya que si se toma como punto de referencia el os cervical, la distancia entre un punto de la placenta y el orificio es mucho mayor que en el extremo opuesto, lo que hace que la fuerza de tracción o de empuje sobre el cuello se ejerza en forma irregular, provocando la ruptura de las membranas y el desprendimiento parcial de la placenta. En ffn, se han planteado varias posibilidades fisiopatológicas de la hemorragia, pero en realidad se puede resumir diciendo que ella obedece a dos circunstancias: a) desprendimiento de cotiledones con hemorragia por rebosamiento o b) exposición libre de cotiledones en el os cervical al iniciarse la dilatación o desgarre de los mismos con producción de hemorragia directa. En uno y otro caso, la sangre reúne las características ya descritas y que la vuelven patognomónica.

El cuadro clínico se establece no sólo por la hemorragia, sino por los hallazgos explorados con una buena historia. Conforme a lo ya apuntado en las causas etiológicas, es frecuente encontrar historia de infecciones endometriales previas, legrados repetidos, historia de multiparidad, etc. Por otra parte, generalmente nos encontramos con presentaciones flojantes ya que la presencia de la placenta obra como tumor previo, y nada raro es identificar presentaciones viciosas o situaciones transversales y oblicuas. Así mismo, según ya se dejó entrever en la sintomatología, es frecuente la coincidencia de ruptura prematura de membranas. Por último, es digno de mencionarse que la incursión normal, ya sea porque la presencia de una anomalía fetal sea debida a la anomalía ovular previa y que por consiguiente ésta sea la causa de algún retardo en la nidación o en la evolución desordenada del trofoblasto, o por el contrario, que la implantación de la placenta en un sitio poco

vascularizado o impropio, cause una mala nutrición fetal o algún trastorno en su desarrollo y que por consiguiente por cualquiera de los dos mecanismos, exista una anomalía fetal. Como ya se apuntó, es raro encontrar muertes prematuras del feto, pero ellas pueden ser debidas a: presencia de anomalías fetales, innadurez o premadurez o anoxia secundaria.

Por último, y como parte del cuadro clínico mencionaremos algunas de las complicaciones que pueden acompañar a la Placenta Previa: a) Anemia secundaria; es lógico suponer, que las pacientes que tienen hemorragias apreciables, consecutivas, y que prácticamente pueden pasar sin un tratamiento adecuado o no da tiempo al mismo para que recuperen su hemoglobina perdida, van desencadenando cuadros de anemia severa la cual puede llevarlas a estados críticos y si en dichas condiciones se desata una nueva hemorragia puede sobrevenirles la muerte. b) Infección: no es remoto que estas pacientes desarrollen cuadros infecciosos concomitantes al embarazo; se ha tratado de explicar el mecanismo de la misma por dos fuentes: primero, la expulsión de sangre causa siempre reacción de defensa en la mucosa vaginal la cual se restituye lentamente, pero una nueva hemorragia interrumpe su proceso reconstitutivo para dar origen a una nueva reacción inflamatoria; si a ella se agrega que el depósito de sangre en los pliegues de la mucosa es un excelente medio de cultivo, y que además altera la acidez normal de la vagina, lleva como resultado una contaminación de bacterias y gérmenes que con excesiva facilidad desarrollan francos cuadros infecciosos. Por ello se ha dicho con razón que todo caso de placenta previa se encuentra potencialmente infectado.

Se ha descrito someramente dos de las más importantes complicaciones que acontecen durante el embarazo en que hay placenta previa, no se mencionan por ello las que son más frecuentes en el post-partum.

Creemos que hechas estas consideraciones se puede decir que se ha revisado el cuadro clínico base para el diagnóstico.

g) Diagnóstico:

El diagnóstico se hace en primer lugar basándose en el cuadro clínico ya descrito siguiendo el camino preestablecido por los cánones médicos: Historia, observación, palpación, auscultación, etc. sin embargo debemos hacer especial mención del diagnóstico a través del tacto vaginal. No es el motivo de la presente hacer una descripción detallada de la técnica y condiciones de la misma, lo único importante, es mencionar que el examen vaginal es el método diagnóstico ideal, ya que no sólo permite la identificación de la placenta sino también precisar su localización, sin embargo, suele ser peligroso y prácticamente debe hacerse como procedimiento previo a la resolución del caso. Otros sistema clínico del diagnóstico es la búsqueda post-partum de la incisión por medio del examen de la cavidad uterina identificando el lecho placentario y por último, el análisis de la placenta, buscando la distancia que hay entre el borde de la placenta y el orificio de ruptura de las membranas (signo de Barnes); cuando la placenta se encuentra a menos de 10 cms. del orificio se puede concluir con que la incisión era baja y sólo tomando en cuenta dicha distancia se puede hacer un diagnóstico retrospectivo.

Hemos pues señalado los métodos diagnósticos que generalmente dan, por una parte una impresión clínica, y por otra, la certeza previa a la actuación o a posteriori. Sin embargo, es muy frecuente que se presenten pacientes en el curso del último trimestre con un cuadro que puede ser una placenta previa, pero su situación no representa una urgencia y por consiguiente deben tratarse los síntomas importantes para luego hacer un dia-

gnóstico definitivo acudiendo a diversos métodos. Vamos a enumerar, sin entrar en detalles descriptivos, los más importantes. En primer lugar, la radiología es de un valor enorme en el diagnóstico, a este respecto, se han ideado varios métodos: a) Radiología para partes blandas, que tiene por objeto delimitar por una parte el contorno fetal y compararlo con el contorno de la cavidad uterina; si no se encuentra una separación compatible con el grueso de la placenta entre ambos contornos en ningún punto del fondo o las caras uterinas, es que hay placenta previa. b) el método llamado del desplazamiento de la presentación, que consiste en el análisis comparativo de los contornos óseos de la cabeza fetal con relación al estrecho superior de la pelvis: si en una placa lateral, la cabeza se encuentra a igual distancia del sacro que del pubis siempre que dicha separación no sobrepase más de 2 cms. y que no se visualizen partes blancas entre la presentación y la pelvis, podrá descartarse una placenta previa de localización anterior o posterior; una segunda placa en posición antero-posterior, busca la separación entre las porciones laterales de la pelvis y la presentación siguiendo el mismo principio de la anterior, y descartando la presencia de la placenta siempre que exista simetría entre ambos lados; cualquier desviación de la situación fetal hacia una oblicua, con presencia de una sombra de estructura blanda podrá hacer sospechar radiológicamente la presencia de la placenta. c) La placentografía, por el método directo, que se basa en la inyección de un medio de contraste intraarterial, lo cual permite al tomar placas sucesivas ver el llenado de los vasos arteriales y dibujar así el contorno placentario dando una imagen clara de la localización exacta de la placenta. Es un método en cuanto a diagnóstico, seguro, pero resulta hasta cierto punto de vista peligroso por la excesiva radiación a que debe someterse a la madre y al feto, por placas sucesivas. d) La cistografía placentaria, que consiste en la inyección de un medio de contraste en la vejiga, con lo cual se obtiene una imagen del contorno superior de la misma, el cual se compara al contorno de la cabeza fetal; si existe

una separación apreciable mayor de 2 cms. entre uno y otro contorno se podrá pensar en que la placenta se interpone entre ambas estructuras; este método es útil en los casos en que coincide una placenta previa central y una presentación cefálica, por otro parte tiene sus limitaciones y sobre todo no es de utilidad para la localización lateral o marginal de la placenta.

e) La amniografía, consiste en llenar la cavidad uterina de un medio de contraste que se difunda en el líquido amniótico, y que descubra cualquier irregularidad en el contorno uterino, el cual estaría representado por la placenta. El método ofrece seguridades diagnósticas pero suele tener peligros con respecto al feto, ya que facilita las infecciones amnióticas y puede por otro parte precipitar acontecimientos indeseables.

En la actualidad se están empleado otros procedimientos diagnósticos para la localización de la placenta, basados en la toma de iones radioactivos, los cuales inyectados van a depositarse temporalmente en los vasos y lagos sanguíneos permitiendo hacer conteos de la radioactividad que manifiestan; en general el diagnóstico de localización placentaria se basa en la mayor radiación en el área que corresponde a la placenta haciendo conteos en porciones previamente delimitadas del útero, generalmente dividido en doce porciones por tres paralelas transversales y dos longitudinales. Para el efecto se han hecho experiencias con Sodio radioactivo, luego con sero albúmina iodada radioactiva y últimamente con Cromo radioactivo. Estos métodos son menos peligrosos que la radiografía, pero por otra parte tienen limitaciones en cuanto a la localización de la placenta no permitiendo determinar el tipo de la misma. Confirman la posibilidad de una incursión baja o de una placenta previa, pero no determinan el grado de la misma (central, marginal, etc). El Placentascan, como se le ha llamado al método de localización por radio isótopos, es un método aún en proceso de evolución e investigación y que en reali-

dad se espera que de más luces con respecto al diagnóstico de placenta previa.

Diagnóstico Diferencial :

Indudablemente uno de los problemas que en ocasiones puede ser definitivo por la conducta a seguir es la diferenciación de diversos cuadros que pueden aparentar una incursión viciosa de la placenta. No pretendemos hacer un estudio exhaustivo al respecto, y nos conformamos con enumerar las principales afecciones que deben tomarse en cuenta para el diagnóstico diferencial. Siguiendo quizás un orden de importancia debe hacerse un estudio de exclusión con a) Los desprendimientos prematuros de la placenta normoincorta; b) La ruptura de vasos tanto del cordón como del seno marginal placentario; c) Ruptura de várices; d) Ruptura uterina silenciosa o en el trabajo del parto; e) Con erosiones del cuello o de las partes blandas vaginales; f) Neoplasias malignas cervicales o uterinas; g) Neoplasias vaginales; h) Poliposis uterina; i) Epiteliomas del cuello; j) Cervicitis o vaginitis erosivas crónicas; k) Hidrohematorrea desidual y l) Hematuria masiva. Como puede verse, en realidad son múltiples las afecciones que pueden oscurecer el diagnóstico, pero en realidad muchas de ellas son infrecuentes o de importancia secundaria; si debemos establecer que es importante hacer una diferenciación entre la placenta previa, y el desprendimiento prematuro, así como del Ca. del cérvix y de la ruptura uterina primordialmente.

h) Conducta :

En el párrafo referente a la historia ya se consignó parte de la evolución, a través del tiempo de la forma como ha ido evolucionando la conducta hasta la actualidad en que si

bien es cierto se cuenta con mayores recursos sobre todo para combatir la hemorragia, sus consecuencias, etc., así como la infección, también es de considerar que no pueden prevenirse los accidentes graves que puede causar esta complicación de tanta trascendencia obstétrica. En el presente trabajo, no se van a dar normas nuevas de tratamiento, el cual en definitiva, queda no sólo para los textos, sino también para la experiencia la cual a la postre es quien en realidad le dá a cada obstetra un juicio adecuado para el manejo de los casos.

Cuando se presenta una paciente con hemorragia vaginal en el curso del último trimestre, si la misma no adquiere el carácter de cataclísmica, indudablemente lo más conveniente será la espera; generalmente en el primer sangramiento no va a provocar consecuencias graves, y puede permitir al obstetra, mejorar el estado general de su paciente, hacer un buen diagnóstico, prevenir una infección y lograr suficiente madurez fetal para ofrecerle una oportunidad de sobrevivida. Si por el contrario, el acceso hemorrágico es de magnitud suficiente como para poner en peligro la vida de la madre, se encuentra en la obligación de proceder y mientras se auxilia a la madre, reponiéndole la sangre perdida, se procede al diagnóstico por medio del examen vaginal, hecho en un medio hospitalario, en condiciones asépticas y con un equipo preparado para una intervención mayor. Del resultado del examen depende el siguiente paso. Vamos a ser determinantes, siguiendo la experiencia de muchos autores, ya que los resultados tanto favorables al feto como a la madre, los ha hecho llegar a la conclusión que mientras más se incrementa la vía alta, mejores resultados se obtienen con respecto a disminución de la mortalidad feto-materna. Efectivamente: **TODA PLACENTA PREVIA CENTRAL TOTAL, debe CESARIZARSE.** Algunas escuelas norteamericanas, consideran también que toda paciente en que se confirme una placenta previa, y que presente una hemorragia de más de 500 cc. debe operarse. Nosotros co-

sideramos que no debe serse tan drástico, pero que sin embargo la norma es importante, quizás sea preferible decir que una paciente que presenta una hemorragia considerable, debe tenerse estrechamente vigilada, y preparada para una intervención inmediata si su condición general no se agrava o si no se encuentra otro medio adecuado para resolver su complicación. Cuando a pesar de los esfuerzos por una espera, el estado de la madre se ve que va desmejorando, o el cuadro hemorrágico no cede y a pesar de estar en una época de embarazo en que la viabilidad fetal es limitada, debe resolverse el caso buscando como norma de "darle la mejor oportunidad a ambos" ya que si bien es cierto que es una buena idea el evitar traumas operatorios hasta donde sea posible, también no debe dejarse abandonada a su suerte a la paciente sin ofrecerle una solución a su cuadro urgente.

Fuera de la vía abdominal, no deben olvidarse como medios obstétricos terapéuticos, el uso de la amniorraxis, la cual además de inducir al parto desciende la presentación, la cual va a provocar por compresión una hemostasis suficiente en buena parte de los casos. Cuando por la situación fetal o por la presentación, el polo fetal no es capaz de hacer una buena compresión, debe recordarse que la tracción ya sea con ayuda de pinzas (Muset, Whilet) o bien directamente sobre un miembro fetal, puede ser definitiva en la solución del problema. Personalmente consideramos que maniobras de este tipo, así como la Versión de Braxton Hicks, deben quedar para fetos muertos y para embarazos de poca viabilidad, ya que de lo contrario, haciendo justicia al derecho de vida del niño debe serse más drástico, siempre que el estado de la madre lo permita. En general, podemos enumerar como guías las siguientes:

- a) Toda paciente con hemorragia vaginal en el curso del último trimestre debe hospitalizarse.
- b) Ninguna paciente que halla sangrado debe egresar sin diagnós

- nóstico preciso.
- c) Debe cuidarse estrechamente el estado general de la madre atendiendo a su estado hemático y combatir o hasta donde sea posible, prevenir las infecciones.
 - d) La espera inteligente evitando hasta donde sea posible los traumas operatorios grandes en beneficio de ambos.
 - e) En consideración a su menor resistencia relativa, por mala nutrición intrauterina, así como por la relativa anoxia, debe tratarse de llevar al feto a la mayor viabilidad posible.
 - f) Toda placenta previa central total debe resolverse por cesárea.
 - g) Toda paciente con una hemorragia de más de 500 c.c. debe vigilarse estrechamente y mantenerla preparada para una intervención.
 - h) Toda placenta previa debe considerarse un caso potencialmente infectado.

Hemos tratado de enumerar lo más importante en cuanto a conducta, y dejar a los textos y sobre todo a la experiencia, la actitud adecuada con respecto a la conducta de las pacientes con una placenta previa.

i) Morbilidad y Mortalidad Materno-Fetal:

Las complicaciones deben subdividirse inicialmente atendiendo a la madre, y luego atendiendo al feto, vamos a considerarlas por separado.

Maternas: de por sí, la hemorragia ya significa una complicación, pero ella puede traer como consecuencia, primero una anemia secundaria la cual por su instalación puede ser crónica y progresiva o aguda, la cual si no se combate adecuadamente, puede llevar a un descenso materno. Por otra parte, secundaria

mente, cuando la pérdida sanguínea es considerable, se observan cuadros severos de shock que pueden evolucionar favorablemente o arrastrar las complicaciones cerebrales, renales, suprarrenales etc. inherentes a su fisiopatología, pudiendo llevar también a la madre a la muerte. Otra complicación frecuente, como ya se dijo, es la infección, la cual puede ser durante el embarazo o más frecuentemente durante el puerperio.

Otra complicación frecuente es la hemorragia del alumbramiento, la cual tiene como origen la mala hemostasis que fisiológicamente se presenta por la falta de contractibilidad adecuada del segmento, así como por la permanencia de restos placentarios por excesiva adherencia de la placenta al endometrio.

Por otra parte, la ausencia de hemostasis fisiológica, por falta de atrición de los vasos desiduales, favorece la producción de embolias gaseosas o de líquido amniótico, dando lugar al cuadro llamado Shock obstétrico. Otro grupo de complicaciones está representado por las lesiones que pueden provocarse en las partes blandas de la madre debido a maniobras obstétricas incluyendo desde rasgaduras perineales hasta rupturas uterinas, las cuales vienen a agravar una emergencia que ya había sido salvada. Por último debemos mencionar que se ha observado mayor número de problemas tromboembólicos venosos en estas pacientes que en la generalidad de embarazadas.

Como un párrafo aparte y para hacer ver lo dramático del cuadro que ahora estudiamos vamos a indicar datos que hablan de la mortalidad materna en distintos países: Se debe hacer ver que conforme a las estadísticas de autores de principio de siglo, se tenía en la era pre-transfucional y pre-antibiótica una mortalidad materna hasta del 30%; con el uso de inyección de sangre, así como por el advenimiento de los quimioterá

picos y del incremento de la Cesarea para resolver el problema, la mortalidad ha descendido considerablemente, pero aún persiste alta; autores centroamericanos refieren una mortalidad del 9.75%; en Norteamérica las estadísticas oscilan del 4 al 7%. Algunas escuelas intervencionistas refieren haber descendido al 0.5%, sus decesos, cifra que si bien es cierto es mayor que la generalidad de la mortalidad materna, puede considerarse aceptable dado a la gravedad del cuadro. En realidad se puede decir que en Europa, aún continúan siendo más conservadores y quizás para ellos, por eso su mortalidad persiste en el 2 al 3% mientras que, de los trabajos consultados, pudimos observar que en los Estados Unidos la mortalidad en general oscila entre el 0.5 al 1.5%. Ellos se lo atribuyen al número de cesáreas que practican.

Para terminar con el capítulo de las complicaciones nos referiremos al feto. En general se acepta que la mayor complicación y quizá la más frecuente es la muerte, ya sea ante, intra o post-partum. Las cifras llegan hasta el 50%. Si se piensa que la mayor parte de los niños nacidos son prematuros, que han pasado la mayor parte del embarazo en relativa mala nutrición por la implantación viciosa de la placenta, y si a ello se agrega que por las hemorragias sucesivas de la madre, se encuentran en parcial anoxia, y por último, que al resolver los casos deben pasar muchas veces por un Stres quirúrgico, para ellos exagerado, el cual puede también incluir complicaciones anestésicas tales como la membrana hialina etc.; ante tantos factores adversos, lógico es explicarse lo elevado de la mortalidad fetal.

Se han hecho y se siguen haciendo esfuerzos por salvar más niños, pero la generalidad de autores están de acuerdo en que las cifras estadísticas para ellos son adversas; de los trabajos revisados, pocos acusan una mortalidad menor del 10% y en la mayor parte de ellos hemos encontrado que la mortalidad

oscila entre el 20 al 50%.

Cuando hablemos en el capítulo siguiente de nuestros datos estadísticos, reportaremos nuestros hallazgos.

Una vez hechas estas consideraciones generales, pasamos a nuestro estudio estadístico.

CAPITULO II

ESTUDIO ESTADISTICO SOBRE 200 CASOS

MATERIAL Y METODO

El material empleado para el presente trabajo fué - el producto del análisis de los archivos del Departamento de Registros Médicos del Hospital Roosevelt, en el cual se nos brindaron las papeletas correspondientes a las madres que presentaron durante el embarazo una placenta previa. a partir del 15 de diciembre de 1955 en que se inauguró el Departamento de Maternidad hasta la fecha en que se completaron 200 casos, en el mes de abril de 1963.

El método seguido para el estudio fué el de seleccionar y revisar todas las papeletas correspondientes a los casos, tabularlas en columnas con los datos que se consideraron de importancia, para poder elaborar las estadísticas. Se tomaron exclusivamente 200 casos en orden correlativo con el objeto de facilitar las estadísticas, ya que en dicha forma, a cada caso le corresponde un 0.5%.

A continuación se procederá a la exposición estadística concreta, dejando los comentarios para epílogo del trabajo.

EXPOSICION ESTADISTICA

INCIDENCIA

Durante el lapso estudiado se presentaron al Departamento de Maternidad un total de 66065 partos y de ellos

200 se acompañaron de una incursión viciosa de la placenta - clínicamente sospechable, lo que da una incidencia de un caso por cada 329 partos, cifra que nos parece dentro de los límites de la mayor parte de centros hospitalarios, y sobre todo si se compara con la cifra que se encontró en un estudio del Instituto Materno Infantil en 1955 que fué de 1 por cada 302 partos, podemos afirmar que en Guatemala, la frecuencia es del 0.3%.

CONTROL PRENATAL

De antemano sabemos que la mayor parte de nuestras pacientes no asisten con la debida frecuencia a sus controles durante el embarazo, circunstancia ajena al Hospital pero que indudablemente repercute en el resultado del trabajo del mismo; en nuestro estudio:

Asistieron a prenatal	54 pacientes.....	27%
No asistieron	146 pacientes.....	73%

Ignoramos las razones básicas por las cuales es tan bajo el porcentaje prenatal pero si podemos anticipar que siendo nuestro centro de índole público y nuestro medio relativamente pobre, para las madres significa un trabajo difícil dejar sus quehaceres domésticos para asistir a los controles y por otra parte, la falta de educación al respecto las hace menospreciar la importancia de la vigilancia del embarazo.

EDAD

Las clasificamos conforme a la guía de pacientes juveniles de menos de 15 años, luego las subdividimos en décadas hasta los 35 años y las restantes se clasifican bajo el a relativo de añosas obstétricas.

Encontramos:

De 14 años	1 paciente.....0.5%
De 15 a 25 años	53 pacientes....26.5%
De 26 a 35 años	105 pacientes....52.5%
De más de 36 años	41 pacientes....20.5%

Si se toma como guía la proporción en que sucede el embarazo con respecto a la edad de la paciente, encontramos que existe prácticamente la misma relación para el embarazo normal que para los casos que presentan una placenta previa (relación habitual aproximada de 1 a 4) y por consiguiente podemos decir que la edad no es un factor determinante en la etiología de la placenta previa.

GESTACIONES Y PARIDAD

Hicimos la clasificación de gestaciones tomando por separado las primigestas, igualmente las secundigestas; se tomaron en un solo grupo las pacientes con tres cuatro y cinco gestaciones y el último grupo, correspondiente a las grandes múltiparas, de más de cinco embarazos. Nuestros hallazgos fueron los siguientes:

Primigestas	12 pacientes.....6%
Secundigestas	18 pacientes.....9%
Pequeñas múltiparas	84 pacientes.....42%
Grandes múltiparas	86 pacientes.....43%

Con facilidad puede observarse que la paridad si es un factor predisponente ya que la curva de incidencia va en franco aumento con las gestaciones.

PARIDAD

Se siguió una clasificación análoga a la anterior.

Encontrando:

Para cero	16 pacientes.....8%
Para uno	25 pacientes....12.5%
Para dos o cuatro	87 pacientes....43.5%
De mayor paridad	72 pacientes....36%

Si comparamos el cuadro de paridad con las gestaciones, llegamos en primer lugar a la misma conclusión ya expuesta, y por otra parte, las diferencias existentes entre la gestación y su paridad correspondiente está representada por la incidencia de abortos. Nos llamó mucho la atención, que en general se ha establecido que los abortos previos intervienen en la etiología de la afección que estudiamos, pero en nuestro trabajo, conforme a los cuadros anteriores, solamente 21 pacientes habían tenido pérdidas gestacionales previas, y siguiendo la incidencia de abortos ya reportada por otros autores que en general es cerca del 14% observamos que la que corresponde para la Placenta previa es del 10% y por consiguiente podemos considerar que en nuestro medio, los Abortos previos juegan un papel secundario en la etiología de la Placenta Previa.

EDAD DE EMBARAZO

Para poder clasificar a las pacientes tomamos como guía la madurez por semanas calculadas dividiéndolas en menores de 30 semanas, de 31 a 38 y luego de más de 38 semanas. Algunos casos no tenían edad consignada.

De menos de 30 semanas embarazo	18 pacientes....9%
De 31 a 38 semanas inclusive	125 pacientes...62.5%
Más de 38 semanas (a término)	57 pacientes...28.5%

Viendo el cuadro anterior, llama la atención la enorme cantidad de embarazos que se presentaron con placenta previa antes de alcanzar el término, sumando los embarazos por debajo de la 39 semana, en total representan el 71.5% cifra que va a ser decisiva para la mortalidad neonatal. Sin embargo podría pensarse que gran parte de estos embarazos se encontraban cerca del término, por ello vamos a consignar como dato adicional el número de casos entre las 36 a 39 semanas.

De 37 semanas	18 pacientes.....9%
De 38 semanas	29 pacientes.....14.5%

Es decir, que siguiendo la idea que el feto alcanza cerca de las 5 lbs. de peso pasadas las 36 semanas, se puede decir que hubo un total de 104 pacientes que probablemente tenían fetos viables antes de su resolución y por consiguiente la premadurez ocupaba casi el 50% de los casos.

MOTIVO DE CONSULTA

Al revisar las papeletas en la hoja de ingreso, se encuentra como dato de importancia el motivo de ingreso, indudablemente éste se refiere básicamente a la queja que la paciente manifiesta al ingresar, y de ningún modo puede conceptuarse como diagnóstico; sin embargo para el presente estudio constituye uno de los datos de mayor valor, así encontramos lo siguiente: el motivo fué:

Hemorragia vaginal	146 casos.....73%
Hemorragia y dolores de parto	27 casos.....13.5%
Hemorragia y diarrea	1 caso.....0.5%
Hemorragia y signos de shock	1 caso.....0.5%
Dolores de parto	19 casos.....9.5%
Otros	6 casos.....3%

De lo anterior se ve claramente que el síntoma predominante y que motivó a la consulta al hospital fué la hemorragia, en total en 175 casos (87.5%) de tal suerte que prácticamente el diagnóstico de placenta previa se indujo en la mayor parte de las pacientes, y su confirmación sólo fué un procedimiento consecutivo. Debemos dejar consignado que es lamentable que por diversas razones no se pudo establecer el monto aproximado de la hemorragia, ni tampoco el número de sangramientos previos que las pacientes habían presentado antes de su ingreso.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se especificará atendiendo a los distintos métodos empleados; en primer lugar el Tacto Vaginal, que a la postre constituye el método más preciso y en la mayor parte de los casos definitivo. De las pacientes admitidas, se les practicó un examen vaginal diagnóstico a 192 pacientes o sea el 96% de los casos, a las 8 restantes no se les practicó y su diagnóstico se basó así: Signo de Barnes 5 (2.5%), sospecha radiológica 1 (0.5%). Dos casos (1%) no encontramos en las papeletas el método confirmatorio.

Como auxiliares del diagnóstico se usaron los siguientes métodos:

a) Radiología: En total se exploraron 37 casos radiológicamente con la técnica que se sigue por rutina en el Hospital: dos placas oblicuas para investigar partes blandas y por el método de descarte sospechar la existencia de una placenta en el segmento inferior. De ellos los resultados se reportaron así:

Positivos para Placenta Previa	25 casos.....	12.5%
Sospechosos radiológicamente	6 casos.....	3%
Dudoso el diagnóstico	3 casos.....	1.5%
Negativo (Error ya que se confirmó)	3 casos.....	1.5%

Es interesante consignar que si bien es cierto hubo 3 errores diagnósticos por el método radiológico, por otra parte hubo una paciente en la cual solamente se basó el diagnóstico por la radiología la cual fué previa a un examen vaginal y éste se consideró innecesario por lo concluyente del diagnóstico por Rayos X. Así mismo otro caso en que la radiología dió un diagnóstico de sospecha y que clínicamente se consideró a la hemorragia de otra etiología, fué verificada la sospecha al atender al paciente y encontrarse con un signo de Barnes positivo con una placenta previa marginal.

b) Uso de Radioisótopos

En la actualidad en el Hospital Roosevelt se está haciendo un estudio preliminar con el método de la Seroalbúmina radioactiva (R.I.S.A.) para la localización de la placenta, y de los casos que estudiamos, ya encontramos tres en los cuales se hizo este tipo de Determinación diagnóstica, la cual se reportó sospechosa de placenta previa y a posteriori se confirmaron los casos, tanto radiológica como clínicamente.

En resumen pues, se usaron como métodos diagnósticos los procedimientos ordinarios, y se puede afirmar que en to-

tal sólo ocho casos no fueron adecuadamente diagnosticados y de ellos 5 se confirmaron en el post-partum con la observación de la placenta.

Una vez descritos los medios empleados, vamos a consignar los hallazgos importantes como consecuencia del examen de las pacientes:

a) Presentación:

Presentación Cefálica	135 pacientes.....	67.5%
Presentación podálica	39 pacientes.....	19.5%
Presentación de hombro	16 pacientes.....	8%
No consignadas	10 pacientes.....	5%

La única conclusión que se puede obtener del cuadro anterior es lo ya descrito por todos los autores: tanto la presentación podálica como la situación transversa son más frecuentes coincidiendo con una placenta previa, que cuando el órgano se localiza en su sitio habitual.

b) Tipo de Placenta Previa:

Central Total	85 pacientes.....	42.5%
Central Parcial	55 pacientes.....	27.5%
Marginal	45 pacientes.....	22.5%
Incrisión Baja	8 pacientes.....	4%
No consignada	7 pacientes.....	3.5%

Es de interés observar que la mayor parte de los casos corresponden a la incisión central y lógicamente ello supone que también pueden clasificarse de graves, también, y como veremos más adelante, éste es un factor determinante en la resolución del caso.

Antes de enumerar la conducta terapéutica, debemos mencionar que algunas pacientes estuvieron hospitalizadas antes de su resolución, y habían sido ingresadas para su diagnóstico o por haber presentado un cuadro aparatoso; sin embargo, describir esta evolución hospitalaria sería individualizar cada paciente y en realidad sería interminable. Bástenos decir, que en realidad con ellas se siguieron las normas generales de: Hacer diagnóstico, esperar mientras no surja una emergencia, la mejor viabilidad fetal; reponer la sangre perdida, prevenir los problemas infecciosos y por fin, resolver el caso conforme a sus necesidades.

RESOLUCION DEL CASO

Se resolvieron por la vía alta (Cesarea)	97 casos.....	48.5%
de ellas fueron segmentarias	90	
Segmento corporeas	1	
Cesarea-histerectomía	2	
Corporeas	4	

Se les practicó versión y gran extracción a	21 pacientes..	10.5%
Grandes extracciones pelvianas	13 pacientes..	6.5%
Tracción con Willet	10 pacientes..	5.0%
Tracción en miembro inferior	1 paciente...	0.5%
Aplicación de forceps bajo	2 pacientes..	1.0%
Aplicación de forceps medio	1 paciente..	0.5%
Embriotomía	1 paciente...	0.5%
Partos eutócicos simples	54 pacientes..	27.0%

En resumen pues, hubo 146 partos distócicos (73%) y 54 eutócicos (27%). Si se hace un análisis comparativo del tipo de incursión de la placenta y del cuadro de resolu-

ción se observa que el 70% de los casos corresponden a una incursión central, y por otra parte 73% se resolvieron con un parto distócico, es decir que existe una relación íntima entre el grado de localización placentaria y la urgencia en resolverla, por consiguiente, deberá acudir más a los partos distócicos que a la eutocia.

Por otra parte, 85 pacientes se clasificaron con placenta previa central total, las cuales indudablemente en su inmensa mayoría se resolvieron por la vía alta, mientras que de las 55 con placenta central parcial, la mayoría se les concedió la oportunidad por la vía vaginal con la ayuda de maniobras obstétricas.

En muchos de los casos la resolución prácticamente fue sólo parcial, ya que surgieron complicaciones que serán tratadas a continuación.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA

Entre la morbilidad materna vamos a incluir inicialmente algunos problemas que si bien es cierto se podrían llamar ovulares, por sucederse después del parto y perjudicar a la madre se incluyen dentro de su morbilidad. De los casos estudiados, una placenta se retuvo por acretismo (0.5%), además hubo una retención de cotiledón y una de restos de membranas.

Por último, una placenta se desprendió en bloque acompañando al feto y sus membranas.

Como complicaciones puras maternas encontramos las siguientes:

Cuadro severo de shock	4 pacientes.....2%
Hemorragia severa post-partum	3 pacientes.....1.5%
Atonía uterina y hemorragia de las 7 h. post-partum	1 paciente.....0.5%
Infección de la Herida oper.	1 paciente.....0.5%
Cuadro febril franco post-p.	12 pacientes.....6.0%
Tromboflebitis post-partum	1 paciente.....0.5%
Ruptura uterina intrapartum	2 pacientes.....1.0%
Cuadro hipertensivo	5 pacientes.....2.5%
Muerte Materna	4 pacientes.....2.0%

Del cuadro anterior podemos hacer varias deducciones importantes:

a) A pesar que la gran mayoría de pacientes ingresan por hemorragia vaginal y que ésta se repite, son pocos los casos reportados con shock (2%).

b) La incidencia de infecciones no es tan alta ya que en total cuadros sépticos incluyendo la tromboflebitis hubo 14 casos (7%).

c) La mortalidad materna es relativamente baja, o más bien podríamos decir que es aceptable, ya que solamente alcanza el 2% y si se considera el estado en que ingresan las pacientes puede verse que podría disminuirse ya que en general asistieron tarde al hospital; por ello se añade un pequeño resumen de los casos de muerte materna.

Caso 1:

Paciente originaria de Jalapa, ingresa con cuadro de hemorragia de 15 días de evolución sin ningún tratamiento, embarazo a término óbito fetal. Al examen estado general pesimo shock, no hay pulso ni presión arterial; se le trata de canalar vena, se le principia a pasar soluciones mientras llega la

gre. 25 minutos después del ingreso fallece. Autopsia: embarazo a término, placenta previa central parcial, anemia aguda.

Caso 2.

Paciente de San José Pinula ingresa por trabajo de parto y hemorragia de tres días de evolución, fué tratada por comadrona quién sugirió hospitalización. Al ingresar, paciente sudorosa pálida disnéica sin pulso ni presión arterial. Al examen se pensó en ruptura uterina; se le inyectaron en total 2000 cc. de sangre y se operó por diagnóstico de ruptura uterina. Se encontró útero integro pero había un volvulus total del intestino delgado, el cual se redujo satisfactoriamente. Feto muerto. La paciente no se recuperó del shock y falleció 5 horas después. Autopsia: hemorragia uterina severa, placenta previa, embarazo a término.

Caso 3.

Paciente procedente de la Antigua Guatemala ingresa con historia de una hora de hemorragia copiosa al momento del ingreso continúa sangrando profusamente se ingresa para examen vaginal, antes de practicarlo la paciente presente excitación, marcada taquicardia y taquipnea; se hace vaginal y se encuentra placenta previa central parcial; se hace braxton hicks y se estimula útero con pitosín. Tres horas después se efectúa el parto pero ya no se escucha P.A. ni pulso, se revisa cavidad y se encuentra brecha de 1.5 cms. en endocervix; se sutura y se taponaa útero. Cinco horas después fallece aún sangrando. Autopsia Hemorragia y shock.

Caso 4.

Paciente procedente de San Juan Sacatepéquez consulta por hemorragia de 15 días de evolución, a repetición, in-

gresa inconciente. Al examen: no hay pulso ni presión arterial, mal estado general; 30 cms. de altura uterina, no hay foco. 2 horas 30 minutos después se le practica vaginal encontrándose 6 cms. de dilatación, abundantes coagulos vaginales. Se hace Braxton Hicks, se descienden ambos pies y se instala tracción. En total se le reponen 2000 cc. de sangre y se le administra Levofed por soluciones dextrosadas; presión es audible pero inestable. Hay trabajo violento. Evaluado el caso se piensa en ruptura uterina y se explora, encontrándose útero íntegro. Dos horas después la paciente falleció. Autopsia: hemorragia aguda, shock post-hemorragia placenta previa, Puerperio inmediato.

Como se dijo anteriormente, puede excusarse al hospital de la responsabilidad de la muerte de por lo menos dos de los casos. Por otra parte es interesante observar que ninguna de las muertes maternas procedían de la ciudad capital sino por el contrario, incluso de departamentos en donde quizás hubiese sido más prudente tratarlas. Todos los casos prácticamente ingresaron en estado de shock y a pesar que se luchó por reponerles su volumen sanguíneo perdido y recuperarlas pre y post intervención, no fué posible lograr ni a la madre ni a su hijo.

CONSIDERACIONES FETALES

En realidad lo más importante lo constituye la morbilidad y mortalidad fetal, sin embargo se consignarán algunos datos que a nuestro juicio pueden tener importancia como coadyuvantes en la nosología.

Sexo

De los niños nacidos hubo 97 del sexo masculino (48.5%)
102 del sexo femenino (51.0%)
1 no consignado (0.5%)

Peso

Quizás de los datos más importantes de consignar es el peso de los niños que nacieron cuando sus madres presentaron una placenta previa, ya que por una parte siempre se ha dicho que ellos no tienen un desarrollo adecuado debido a la falta de nutrición que puede brindarles una placenta localizada en una zona poco vascularizada y por otra parte, porque las hemorragias sucesivas de la madre son caquetezantes para ella y al mismo tiempo pueden causarle al niño un estado de hipoxia más o menos permanente que también los hace desarrollarse inadecuadamente. El peso y su condición precaria son factores determinantes en la viabilidad. Siempre se ha dicho que la mortalidad fetal es altísima; los datos que vamos a consignar a continuación nos van a confirmar lo descrito anteriormente. Pesaron al nacer:

menos de 2 lbs. 2 onzas.....	4 casos.....	2.0%
de 2 lbs.2 oz. a 3 lbs.....	19	9.5%
de 3 lbs. a 5 lbs.8 oz.....	93.....	46.5%
de más de 5 lbs. 8 oz.....	84.....	42.0 %

Es importante señalar que el total de prematuros fué del 58% (116 niños).

Cuando se habló de la edad del embarazo, se encontró que 104 pacientes tenían embarazos de menos de 37 semanas y entonces se suponía que casi el 50% de los fetos serían prematuros; ahora comparando ambas cifras, vemos que el índice de prematurez es del 58% es decir mayor que el previsto. Por último debe consignarse que sólo hubo 3 fetos que sobrepasaron las 8 lbs. y solamente uno llegó a 9 lbs. 2 oz.

CONDICIONES AL NACER

Solamente se estipulará si nacieron vivos o muertos, ya que fué sumamente difícil establecer la condición real del niño al nacer puesto que por ejemplo, nunca se puede afirmar que un prematuro de tres libras se encuentre en buenas condiciones; así mismo un feto de cinco libras, nacido por cesarea o por un parto distócico es prácticamente imposible determinar si está en condiciones satisfactorias inmediatamente después de su nacimiento.

De los 200 niños nacidos:

142 nacieron vivos.....71%
58 nacieron muertos29% (óbitos).

En este dato no se especifica si la muerte fué ante o intra-partum. Los niños vivos en general fueron objeto de los cuidados del Departamento de Pediatría ya que en su mayoría presentaron deficiencias de peso, o como ya se dijo se les expusieron anestésicos durante su nacimiento. Su permanencia hospitalaria fué en muchos más larga que la de su madre, y algunos fallecieron hasta 45 días después. Otros por el contrario con una permanencia prolongada lograron sobrevivir. Veremos en el último título, lo referente a mortalidad neonatal.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD FETAL

La morbilidad está representada en parte por las complicaciones intrapartum, de ellas debemos mencionar:

Hubo retención de cabeza última	1	0.5%
2 procúbitos de miembro superior		1.0%
1 procidencia de miembro superior		0.5%
1 prolapso de cordón		0.5%
1 torción del cordón		0.5%
1 luxación de la cadera		0.5%

De los niños nacidos, 195 no presentaron anomalías congénitas aparentes mientras que las anomalías que se registraron fueron:

1 feto hidrópico	vivo al nacer	0.5%
2 con pie zambo	vivos al nacer	1.0%
1 Hidrocéfalo	que egresó vivo	0.5%
1 feto con espina bífida	(nació muerto)	0.5%

En total pues, la incidencia de anomalías fetales fué de 2.5%
cifra un poco elevada con respecto a la incidencia general.

MORTALIDAD FETAL

Como ya se dijo al nacer se presentaron 58 óbitos fetales y 142 niños nacieron vivos; de ellos fallecieron durante la hospitalización 34 (17%) lo que eleva la mortalidad neonatal a un total del 46% (92 recién nacidos).

Para terminar vamos a considerar que la cifra de mortalidad es bastante elevada ya que como se dijo en el capítulo de las generalidades, si bien es cierto que algunos reportes señalan hasta el 50%, por otra parte en algunos centros han logrado descenderla hasta el 10 ó 15%.

Creemos que uno de los factores determinantes en el alza de nuestra mortalidad lo constituye nuevamente el poco cuidado de las madres en controlar su embarazo y de acudir a sus controles periódicos o por lo menos visitar al médico o al hospital al menor síntoma de alarma.

Una cifra tan elevada de óbitos no puede explicarse en otra forma, sino basándose en que agregada a la condición

precaria en que viven nuestros pacientes, lo cual favorece de por sí estados carenciales, y si a ello se agregan hemorragias repetidas después de gestaciones múltiples y muy frecuentes, viven en un estado crónico de hiponutrición y anemia; luego en la mayor parte de los casos dejan pasar los primeros síntomas hemorrágicos y acuden cuando ya nada se puede hacer por sus niños y a veces poco por ellas mismas. Otro factor indudable que grava el pronóstico de la sobrevida fetal es la prematurez y para el presente estudio (58%) constituye cifra alarmante.

En fin, esperamos que con el presente trabajo se despierte la inquietud, no sólo de los actuales estudiantes, sino principalmente de los médicos ya egresados que en su etapa de entrenamiento, tienen la oportunidad de luchar por la mejoría del pronóstico feto materno de una complicación tan seria como es la placenta previa.

CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia de la placenta previa en el Hospital Roosevelt es de un caso por cada 329 partos.
- 2.- La edad de las pacientes no tuvo ninguna significación etiológica en el estudio realizado.
- 3.- La paridad si es un factor predisponente, ya que se presenta con más frecuencia en las grandes multíparas.
- 4.- El 71.5% de los casos se presentaron en embarazos que no habían alcanzado su término.
- 5.- La Hemorragia fué el motivo de consulta para 175 de los 200 casos que revisamos.
- 6.- El tacto vaginal fué el mejor método diagnóstico, y el que se empleó en el 96% de los casos.
- 7.- Como métodos auxiliares del diagnóstico se empleó la radiología y la localización placentaria por radioisótopos.
- 8.- La presentación podálica y la situación transversa fetal, son más frecuentes cuando coinciden con placenta previa que cuando el órgano está insertado en su sitio habitual.
- 9.- En el estudio que realizamos la variedad de inserción central fué la más frecuente (70%)
- 10.- 146 casos se resolvieron con partos distócicos y la intervención más frecuente fué la Cesarea, habiéndose practicado en total 97 histerotomías.

- 11.- La mortalidad materna fué del 2% (Cuatro fallecimientos).
- 12.- Atendiendo al peso del niño, el 58% de los partos fueron prematuros. 116 niños pesaron menos de 5 lbs 8 oz.
- 13.- La incidencia de anomalías congénitas en el recién nacido es mayor que la habitual (2.5%).
- 14.- La mortalidad neonatal es muy alta, para nuestro estudio fué del 46%.
- 15.- La Placenta Previa, sigue siendo una de las complicaciones más graves del embarazo, ya que no sólo tiene una mortalidad materna apreciable, sino que el pronóstico para el feto es aún sombrío, constituyendo una de las principales causas de muerte intra partum.

Br. Edmundo Sagastume S.

Dr. Ernesto Alarcón Estévez
Asesor

Dr. Ricardo Alvarez O.
Revisor

Vº.Bº.

Imprímase:

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario

Dr. Carlos M. Monsón Malice
Decano

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.- D. E. Reid "A Textbook of Obstetrics". Ed. 1962.
- 5.- Dexeus y Font: Tratado de Obstetricia 2a. Ed. 1957.
- 6.- Ribemont Dessaigues "Precis D'Obstetrique" E. 1900.
- 7.- Willson R. "Management of Obstetric Difficulties" 1960.
- 8.- Tenney Little, "Clinical Obstetrics". Ed. 1961.
- 9.- Huffman "Gynecology and Obstetrics". Ed. 1962.
- 10- Memorias del III Congreso C. A. de Obstetricia y Ginecología.
- 11- Greenhill "Year Book of Gynecology and Obstetrics" - 1961-62.
- 12- W. R. Foote y W. D. Fraser A. J. of Obst. y Gynecol. Vol 80 No.1.
- 13- K. Smith A. J. of Obst. y Gynecol. Vol 21 No.1 (33)
- 14- G. B. Coale III y Col. A. J. of Obst. y Gynecol. Vol 83 No.9 (1150).
- 15- Obstetrics y Gynec. Vol 16 No.4 C. E. Flowers
- 16- P. John y G. Edward Obst. y Gynec. Vol 21. No.1 (33)
- 17- Influencia de la Edad en el proceso reproductivo". Juan Manuel Jiménez Tesis de Graduación Septiembre - 1963.
- 18- Incidencia de Abortos en el Hospital General Rafael Chang Lau Tesis de Graduación Nov. de 1962.
- 19- Eduardo Fuentes S. Tesis de Graduación Junio 1955 - "Algunas Consideraciones sobre Placenta Previa.