

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

C-1



DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA

Estudio de 95 casos atendidos en el Depto. de
Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala
del 1o. de julio de 1963 a 31 de diciembre de 1970

JOSE ANTONIO MEJICANOS LOARCA

1972

PLAN DE TESIS

I- INTRODUCCION

II- CONSIDERACIONES GENERALES

- a) Nomenclatura
- b) Frecuencia
- c) Etiopatogenia
- d) Estudio Clínico
- e) Diagnóstico Diferencial
- f) Anatomía Patológica
- g) Evolución
- h) Pronóstico
- i) Tratamiento
- j) Complicaciones

III- ANALISIS SOBRE EL ESTUDIO DE LOS CASOS

- a) Frecuencia
- b) Edad
- c) Residencia;1 Rural 2 Urbana
- d) Paridad
- e) Edad de embarazo
- f) Prenatal
- g) Motivo de ingreso
- h) Hallazgos Clínicos
- i) Evolución y Resolución
 - 1 Parto
 - 2 Recién Nacido
 - 3 Alumbramiento
- j) Estado de la Madre
- k) Puerperio hospitalario
- l) Estado de Egreso
 - 1 Recién nacido
 - 2 Madre
- m) Complicaciones

IV- CONCLUSIONES

V- RECOMENDACIONES

VI- BIBLIOGRAFIA

-I-

INTRODUCCION

El presente trabajo trata sobre el estudio de una de las entidades clínicas que generalmente se observa durante el último trimestre del embarazo, siendo una complicación severa el DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA NORMALMENTE INSERTADA. Mediante un análisis de 95 casos que fueron atendidos en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala, del 1o. de Julio de 1963 al 31 de Diciembre de 1970.

Se originó la idea de realizar este trabajo por ser una emergencia en la cual el Médico Obstetra debe de tener un buen criterio clínico para determinar en menor tiempo, un diagnóstico exacto y continuar con una conducta adecuada garantizando así la vida de la madre y de ser posible la del feto.

Durante el desarrollo del presente trabajo nos hemos dado cuenta que la mayoría de las pacientes no tienen prenatal eso es en nuestro medio hospitalario, ya en el medio rural debe ser una de las causas principales de muerte tanto materna como fetal.

El análisis sobre el estudio de los casos presentados, fueron desde su ingreso al hospital, evolución, y puerperio, lamentablemente algunos casos no accedieron al postnatal. Sin embargo con un tema de tanto relieve como DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA solamente presentamos un bosquejo de dicha complicación del embarazo.

-II-

CONSIDERACIONES GENERALES

a) NOMENCLATURA

Se dice que hay DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA siempre que la placenta implantada normalmente se despegue de su inserción uterina entre la vigésima semana y el nacimiento del feto, se emplean algunos sinónimos con frecuencia tales como: Abruptio placentae, (significa separación desunión), Ablación de la Placenta, (denota también separación y arrancamiento), y Hemorragia Accidental porque efectivamente es un

accidente que sobreviene inesperadamente.

b) FRECUENCIA:

Según los relatos publicados sobre la separación prematura de la placenta en la práctica hospitalaria dan frecuencias desde una vez en cada ochenta y cinco partos, hasta una en cada doscientos cincuenta partos, de las mujeres que ingresan al servicio de maternidad.

c) ETIOPATOGENIA:

En realidad no se obtiene una conclusión definitiva de la etiología del desprendimiento prematuro ya que no obedece a una sola causa perfectamente identificada, se han propuesto los siguientes factores etiológicos: Traumatismo, acortamiento del cordón, hipertensión crónica, toxemia aguda, y presión del útero crecido sobre la vena cava inferior; actualmente la causa se acentúa en la teoría que explica que se debe a una dificultad en el retorno venoso la cual produce el D.P.P.N.I.

Para algunos autores el desprendimiento prematuro de la placenta no es un problema propiamente patológico, sino que un problema del tiempo y de esta manera se explican gran cantidad de desprendimiento de tipo subclínico que no llegan a producir mayor sintomatología.

d) ESTUDIO CLINICO:

Los síntomas y signos están en relación con el grado de severidad; y en un caso característico de ablación placentaria grave y son: hemorragia más o menos intensa, útero fuertemente contraído, de consistencia leñosa hiperstesia uterina generalizada o localizada; ausencia de latidos del corazón fetal y choque. Este cuadro varía, si se ha desprendido más de la mitad de la placenta, el corazón fetal suele oírse; esto ocurre en casi todos los casos de gravedad ligera o moderada y algunos avanzados, en la hemorragia oculta no existe hemorragia vaginal, pero la rigidez y la hiperesrecia uterinas son intensas; el dolor espontáneo es variable, puede faltar y en casos raros ser insoportable, en abruptio placentae el signo, más fidedigno en la rigidez uterina excesiva, incluso en los casos más benignos, en el parto del útero no se relaja adecuadamente

entre los dolores, en la mayoría de los casos de desprendimiento prematuro de la placenta el choque está en relación directa con la hemorragia total, manifiesta y oculta. Además si se toma en cuenta la concentración de hemoglobina que presentaba la paciente antes de la hemorragia.

Rotura del seno marginal de la placenta antes del nacimiento del niño, puede considerarse como una variedad del desprendimiento prematuro de la placenta, aunque algunos autores por su frecuencia y algunos rasgos característicos la consideraban como una entidad definida, el cuadro clínico es hemorragia ligera, indolora, acompañada de rigidez uterina, cambios en el corazón fetal o cualquiera de los otros signos graves de la ablación placentaria.

Actualmente hay reportes en los cuales se utiliza desde 1969 el ultrasonido el cual da un diagnóstico acertado de la forma, tamaño, y localización del hematoma en la placenta y en relación al útero.

c) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Cuando la paciente embarazada padezca de hemorragia uterina en el último trimestre de la gestación debe pensarse en placenta previa o en desprendimiento prematuro de placenta, se descartará la posibilidad de la primera hasta que la exploración detenida compruebe que no existe y en cuyo caso se diagnosticará D.P.N.I.

Después de descartar placenta previa deberá hacerse también con rotura uterina, hidramios agudo, y más raramente con la torción de un quiste de ovario.

Desprendimiento prematuro de placenta	Placenta Previa
---------------------------------------	-----------------

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1) Hemorragia dolorosa | 1) Hemorragia indolora |
| 2) Hemorragia interna luego externa | 2) Hemorragia siempre externa |
| 3) Inicio súbito | 3) Inicio Insidioso |
| 4) Hemo Concentrada, no rutilante | 4) Roja, rutilante |
| 5) No coagula | 5) Coagula |

- | | |
|--|--|
| Aumenta la altura uterina | 6) No interfiere con A.U. |
| 7) Solo una hemorragia | 7) Es intermitente |
| 8) No hay movimientos fetales | 8) Si hay movimientos fetales |
| 9) Latidos fetales no audibles | 9) Latidos fetales audibles |
| 10) Utero de consistencia leñosa | 10) Utero Normal |
| 11) No se palpan partes fetales | 11) Si se palpan partes fetales. |
| 12) Presentaciones fetales normales | 12) Presentaciones anormales |
| 13) La hemorragia persiste después de la amniorrexia | 13) La hemorragia cesa con la amniorrexia, salvo si es total |
| 14) Hemorragia intensa desde el principio | 14) Hemorragia leve desde el principio. |
| 15) Abdomen doloroso | 15) Abdomen no doloroso |

f) ANATOMIA PATOLOGICA

En los casos de DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA comienza con derrame de sangre en la caduca basal, a veces produce de zonas de hemorragia dentro la propia placenta (infartos rojos) y otros de alteraciones de la permeabilidad de los vasos uterinos menores la caduca se divide en una capa delgada queda en contacto con la superficie materna de la placenta y una gruesa permanece unida a la muscular, en sus períodos incipientes el fenómeno consiste en la formación de un hematoma decidual que determina la separación, la comprensión y la pérdida de la función de la parte placentaria adyacente, no hay síntomas clínicos y la anormalidad solo se descubre cuando se examina el órgano expulsado, en la superficie materna hay una depresión bien circunscrita de unos centímetros diámetro con sangre coagulada y desorganizada.

La hemorragia decidual es más copiosa, la zona de separación es más grande y se extiende hasta el borde placentario, el útero aún está distendido por el producto de la concepción. Y no puede contraerse ni comprimir los vasos de la caduca basal, la sangre sale entre las membranas y la pared uterina, puede salir al exterior o quedarse retenida. La retención placentaria es más probable: 1) cuando existe hematoma retroplacentario y los bordes del órgano adheridos, 2) cuando la placenta se despegue totalmente y las membranas continúan fijas a la pared, 3) cuando la sangre penetra en la cavidad amniótica después de perforar las membranas 4) cuando la cabeza está en íntimo contacto con el segmento inferior del útero y no deja salir la sangre. En la mayoría de los casos las membranas se despegan gradualmente de la pared uterina y sale por el cuello una parte de sangre.

Las formas más graves de separación prematura de la placenta se asocian con frecuencia con un cambio notable e importantísimo en la coagulación de la sangre caracterizado por deficiencia de fibrinógeno, lo normal varía 300 a 700 mg. por 100cc. de fibrinógeno en plasma en las embarazadas, es importante que concentración inferior de 100mg. en 100cc. la sangre no coagule, es decir que priva a la sangre de la facultad de coagularse.

Además se ha comprobado que el extracto placentario y el líquido amniótico poseen actividad tromboplástica, se postula que en ciertos casos el hematoma retroplacentario pone en libertad en la circulación materna, substancias tisulares tromboplásticas y desechos residuales que producen coagulación intravascular y desfibrinación de la sangre. La fibrogenopenia del desprendimiento prematuro de la placenta cuando ocurre, invariablemente sigue a la separación y nunca la precede, es decir que la incoagulabilidad de la sangre nunca es la causa del hematoma retroplacentario inicial, pero después que el hematoma se ha formado la imposibilidad de la sangre para coagularse puede dar secuelas graves incluso crecimiento del hematoma original, hemorragia post partum y el fenómeno conocido como apoplejía uteroplacentaria.

Couvelaire en 1911 describió la apoplejía uteroplacentaria que también se conoce como útero de Couvelaire, este fenómeno se presenta en las formas más graves de

separación prematura de la placenta suele ocurrir extensa extravasación de sangre en la musculatura uterina y debajo del peritóneo uterino, también se observa el derrame sanguíneo ocasionalmente debajo del peritóneo tuvario, en el tejido conjuntivo de los ligamentos anchos y en los ovarios, el fenómeno hemorrágico que suele acompañar a los grados más avanzados de DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA.

La apoplejía uteroplacentaria ocurre en 5 a 20 o/o de los casos de ablación placentaria, se desconoce la causa de la apoplejía uteroplacentaria, pero parece probable que la incoagulabilidad de la sangre es el factor etiológico determinante en casi todos los casos, considerando los conocimientos recientes sobre la fibrinogenopenia.

g) EVOLUCION

Depende del estado de la paciente cuando llega al médico, pues es claro que las pacientes embarazadas que han experimentado hemorragia vaginal copiosa tienen menos probabilidades de restablecerse, que aquéllas que han tenido cuidados médicos anteriores, muchos pacientes que ingresan al hospital después de haber sido tratadas por médicos inexpertos evolucionan con infección puerperal y anemia aguda que son factores en el aumento de la muerte materna, en cuando al feto casi el 50 o/o son prematuros y la mortalidad es mayor. La evaluación de los signos y síntomas que el caso presenta se clasificará como benigno o grave y así será su evolución.

h) PRONOSTICO

En cuanto a la madre depende de los siguientes factores: Magnitud del despegamiento placentario, hemorragia total, grado de fibrinogenopenia, grado de apoplejía útero placentario, Presencia o ausencia de enfermedad vascular asociada, hemorragia externa u oculta (la más grave), además tiene importancia el tiempo que haya pasado entre el accidente placentario y el comienzo del tratamiento, aunque sólo son una minoría los casos de fibrinogenopenia y de apoplejía útero placentario relacionados con el desprendimiento prematuro de la placenta. Actualmente se ha reducido al 1 o/o la mortalidad materna con los métodos terapéuticos empleados, pues ésta era muy alta antiguamente.

Con frecuencia se asocia al ablación placentaria con hipertensión arterial, aguda, o crónica, clasificándose los desprendimientos como tóxicos (los más graves) y no tóxicos, por lo cual se suman los peligros que entrañan ambas complicaciones por consiguiente el pronóstico es inevitablemente peor, así también no se ha comprobado el mecanismo por el cual el ablatio placentae de larga duración en raros casos produce nefrosis de nefrona baja e insuficiencia renal aguda por lo cual la proteinuria es un signo grave.

El pronóstico para el feto en los casos graves es casi el 100 o/o de mortalidad, en los casos moderados o benignos (frecuencia 25-30 o/o) es alta la mortalidad porque el niño es prematuro al ocurrir el accidente, en casos asociados con hipertensión la mortalidad es muy alta y fluctúa entre 30 a 60 o/o según estudios efectuados.

El pronóstico es bueno en el desprendimiento prematuro de la placenta cuando es benigno el caso, saliendo bien la madre y el feto.

i) TRATAMIENTO

En el abruptio placentae no existe un patrón para la terapéutica a seguir, ya que todo depende de las condiciones generales en que la paciente llegue al hospital y donde el obstetra acertadamente debe de emplear el criterio clínico que el caso amerita, siendo ésta una emergencia obstétrica donde la gravedad existente tanto para la madre como para la viabilidad del feto.

Se enumeran a continuación medidas adecuadas inmediatas a cumplir en su ingreso, para luego valorar perfectamente el caso.

- 1) Medidas adecuadas para disponer inmediatamente de sangre para transfusiones múltiples, (exámenes de laboratorio, hematología completa, compatibilidad y Rh, cardiolipina, y orina completa).
- 2) Estimación del fibrinógeno plasmático, repetir el examen cada hora hasta después del parto.
- 3) Transfusión de sangre para sustituir la pérdida total, aparente y oculta, y para vencer el choque. Cuando el

choque y el colapso circulatorio son inminentes debe efectuarse el tratamiento parenteral ininterrumpido.

4) Administración intravenosa de fibrinógeno, si éste está disminuido a un nivel peligroso (valor de 100mg. en 100cc. a bajo de esta cifra) para corregirlo debe inyectarse 2g. de fibrinógeno disueltos en glucosa al 10 o/o. Luego efectuar controles de fibrinógeno plasmático.

5) Administración de antibióticos en todos los casos, salvo los más benignos, pues la hemorragia, incluso en la apoplejía útero placentaria, favorece la infección, se usan como medida profiláctica.

6) Tratamiento obstétrico encaminado a que el parto se resuelva en 10-12 horas término, pues es perjudicial prolongar el período en el cual exista desprendimiento prematuro de la placenta, esto puede originar aumento de la separación y de la hemorragia, extensión de la apoplejía útero placentaria, y a veces trastornos renales manifestados por proteinuria. Por eso la ruptura de las membranas tienen un lugar tan importante en el tratamiento de desprendimiento prematuro de la placenta. Porque va seguida de la expulsión del proclito de la concepción en término de 10 a 12 horas.

7) La operación Cesárea es conveniente cuando la ruptura artificial de las membranas no suscita la expulsión en término de 10 a 12 horas, período suficiente para reemplazar la sangre perdida, combatir el choque y tratar la fibrinogenopenia, para soportar la operación, un pequeño porcentaje de apoplejía útero placentaria perjudica la retracción uterina en tal grado que la matriz queda flácida después de la expulsión del niño y puede estar indicada la histerectomía, y esto sólo se puede fundar en que el útero se retrae adecuadamente o no lo hace. Y no en el color azul cobrizo de la matriz y de los tejidos adyacentes.

j) COMPLICACIONES

En el desprendimiento prematuro de la placenta las complicaciones más importantes son: El shock, apoplejía útero placentaria, fibrinogenopenia, insuficiencia renal aguda,

hemorragia post partum, muerte fetal, muerte materna.

-III-

ANALISIS SOBRE EL ESTUDIO DE LOS CASOS

a) FRECUENCIA:

Se analizaron en el presente trabajo 95 casos de pacientes con el diagnóstico de desprendimiento prematuro de la placenta norma inserta, observados durante un período de ocho años, en el departamento de maternidad del Hospital Roosevelt (del 1o. de julio de 1963 al 31 de diciembre de 1970). Se encontraron codificadas 311 papeletas con el mismo número, pero allí se encontraban también casos de "placenta previa y Ruptura prematura de membranas". Por lo cual se puede afirmar que estos datos son precisos. Durante este lapso ocurrieron 89, 530, por lo cual da una frecuencia del 0.10 o/o esto quiere decir que se presenta un caso por cada 895 partos.

b) EDAD

No se encontró ninguna relación entre la edad de las pacientes y la frecuencia del abruptio placentae, si bien las edades fluctuaron entre 14 y 43 años, repartidos así:

Edad	No. de Pacientes	o/o
14 a 20 años	13	14
21 a 25 años	26	27
26 a 30 años	20	21
31 a 35 años	18	19
36 a 40 años	16	17
41 a 45 años	2	2
TOTAL	95	00

Se puede decir que el mayor porcentaje fue la de las pacientes comprendidas entre 21 a 25 años, siguiéndole de 26 a 30 años, es decir entre la 2a. y 3a. década de la vida es más frecuente el abrupcio placentae.

c) RESIDENCIA

Es relativamente bajo el número de casos de abrupcio placentae que del área rural se atienden en la maternidad del hospital Roosevelt, ya que según la incidencia es la siguiente: Son 95 casos los revisados de los cuales 12 casos pertenecen al área rural, que hacen un 12.5 o/o del total mientras que el área urbana su incidencia es de 83 casos que es un 87.5 o/o del total.

Residencia del área Rural	No. de Casos
San José Pinula	5
Santa Catarina Pinula	2
El Progreso	1
Santiago Sacatepéquez	1
Mixco	1
Santa Rosa	1
San Raymundo	1

Mientras que el área urbana sólo las zonas 10, 15, 13, no aportaron un solo caso:

d) PARIDAD

Del total de casos presentados de desprendimiento prematuro de placenta, la paridad es la siguiente:

Paridad	No. de Casos	o/o
Primíparas (1)	12	11.5
Múltíparas (de 2 a 5)	39	42.5
Grandes Múltíparas (6 a 17)	44	46.

Entre las grandes múltíparas hubo una paciente que tuvo 3 partos cada uno con desprendimiento prematuro de la placenta, otra paciente con 2 partos cada uno con su ablatio placentae, otra paciente con un embarazo gemelar el primero con desprendimiento prematuro de la placenta.

e) EDAD DE EMBARAZO

En los 95 casos analizados de abrupcio placentae se encontró que las pacientes embarazadas estaban comprendidas entre la 23S y la 44S de las restantes se clasifican en la forma siguiente:

Edad de Embarazo	No. de Casos	o/o
De 23S a 30S	8	8.3
De 30S a 35S	26	27.
De 35S a 40S	55	58.
De 41S a 45S	6	6.7
TOTAL	95	100.

El mayor número de casos o sea 55 corresponden a pacientes embarazadas de 35S a 40S y dan un porcentaje de 58 o/o y el menor número de casos corresponde a las de 41S a 45S y su porcentaje es de 6.7 o/o.

f) PRENATAL

Es interesante hacer notar que solamente el 22.1 o/o de las pacientes embarazadas (21 caso), asistieron a la consulta prenatal por lo menos en una sola ocasión, mientras que el 77.9 o/o de las pacientes embarazadas (74 casos) restantes, no concurrió al servicio de prenatal, presentándose al hospital, ya con el desprendimiento prematuro de la placenta ya en evolución.

	No. de Casos	o/o
Prenatal SI	21	22.1
Prenatal NO	74	77.9
TOTAL	95	100.

g) MOTIVO DE INGRESO

Entre los 95 casos de desprendimiento prematuro de la placenta que sea la maternidad, el motivo de ingreso como síntomas más predominantes fueron hemorragia vaginal, dolores de parto, trabajo de parto, y otras pacientes con otra sintomatología, se enumeran a continuación.

Motivo de Ingreso	No. de Casos	o/o
Dolores de parto	39	41.
Hemorragia vaginal	24	25.
Trabajo de parto	10	11.
Hemorragia vag. y dolores de parto	15	15.7
Otros	7	7.3
TOTAL	95	100.

Entre el grupo designado como otros están; Contracciones uterinas (1) ruptura prematura de membranas (3) amenaza de aborto (1), infección urinaria (1) náuseas y vómitos (1), y gastro enterocolitis aguda (1)

h) HALLAZGOS CLINICOS

Es baja en realidad la cantidad de casos de desprendimiento prematuro de la placenta que se diagnosticaron a su ingreso, ya que sus cifras alcanzan un 10 o/o del total. Los hallazgos clínicos son los siguientes:



	No. de Casos	o/o
Embarzo a término	40	42
Embarazos prematuros	33	34
Eclamsia	2	2
Pre-eclamsia	3	3
Shock	2	2
Polidramios	1	1
Situación transversa	1	1
Transversa abandonada	1	1
Embarazos gemelares	2	2
D. PP. N. I.	10	10
TOTAL	95	100

i) EVOLUCION Y RESOLUCION:

En el desprendimiento prematuro de la placenta, con respecto a la evolución hospitalaria, de los casos de cada uno tendría que hacerse un cuadro en particular, la mayoría fueron pacientes que ingresaron por embarazo a término, trabajo de parto, y hemorragia vaginal, por lo que su evolución fue satisfactoria es decir partos autocicos simples, es de hacer notar que hubo casos especiales de los cuales haremos mención.

Paciente de 30 años residente en San Raymundo, multipara, sin control prenatal, quien consultó por dolor abdominal y que se ingresó como el diagnóstico de transversa abandonada, y embarazo de 37S por U.R. evolucionó a parto efectuándole versión por maniobras internas y gran extracción pelvina, produciéndole ruptura uterina, por lo cual hubo necesidad de efectuarle una histerectomía subtotal D.P.P.N.I. de 60 o/o a la paciente, el egreso de la paciente curado. (Producto del parto, una niña de 6.15 lbs. muerta).

2.— Paciente de 35 años residente en Santiago Sacatepéquez, gran múltipara sin control prenatal, quien consultó por hemorragia vaginal y quien fue ingresada con el diagnóstico de embarazo de 36 semanas por A.U. evolución a parto, el producto fue una niña de 4.15 lbs. la cual tenía anencefalia y espina bífida, hubo un desprendimiento del 80 o/o y el alumbramiento fue espontáneo, luego presentó un shock hipovolémico y atonía uterina, egresando en buenas condiciones.

3.— Paciente de 34 años, gran múltipara residente en esta capital y quien consultó por hemorragia vaginal, y fue ingresada con diagnóstico de embarazo de 35 semanas por A.U. su evolución hacia una cesárea corpórea, obteniéndose una niña de 4.6 lbs. muerta con un desprendimiento prematuro de la placenta del 95 o/o el alumbramiento fue artificial, además como complicación presentaba Ca de cuello L.N.L., su puerperio fué complicado, se egresó en buenas condiciones generales.

4.— Caso, paciente de 32 años residente en esta capital gran múltipara sin control prenatal, quien llegó a la emergencia por dolores de parto, se ingresó con el diagnóstico de embarazo de 36 semanas por U.R. feto muerto. D.P.P.I. luego se le efectuó una cesárea segmentaria transperitoneal, en la cual se extrajo un niño de 6.2 lbs. pero muerto, había desprendimiento de la placenta en un 80 o/o y Apoplejía útero placentaria (útero de Couvalier) por lo que se le efectuó una histerectomía abdominal total, procedimiento sin complicaciones y se le dió egreso curada.

El resto de los casos se resolvieron de acuerdo a

experiencias anteriores, siempre con una conducta conservadora, después de establecer el diagnóstico de D.P.P.N.I. se procedía a efectuar un tacto vaginal en sala de operaciones y en la cual se descubre que la hemorragia era debido a ablatio placentae, luego se lee a 41 pacientes la amniorrecis haciendo un 43 o/o del total, de los 95 casos atendidos.

a) PARTOS:

De los 91 casos que se presentaron a la emergencia del hospital Roosevelt en el departamento de maternidad, la evolución y resolución a parto se efectuó de la manera siguiente:

Partos	No. de casos	o/o
Partos eutócicos simples	66	68 o/o
Partos Distócicos Simples	29	32
Total	95	100

Los partos eutócicos simples ocurrieron de la forma siguiente:

52 partos en O.L.I.A., 7 partos en O.I.D.A., 4 partos en S. I.I.A., 3 partos en S. I.D.A. que hacen un total de 66 partos con un 68 o/o. Entre los 52 partos en O.L.I.A. hubo un gemelar.

Los partos distócicos simples fueron 19 casos que hacen un 32 o/o del total, los cuales se resolvieron así:

Tipo de parto	No. de Casos	o/o
Cesárea segmentarea transperitoneal	12	41
Cesárea Corpórea	1	3.
Cesárea e Histerectomía abdominal (Utero de Couvalier)	1	3.
Cesárea e histerectomía subtotal	1	3.
Forceps bajo	4	13.3
Gran extracción Pelvina	6	20.7
Forceps alto	1	3.
Pinza de Willet	1	3.
Forceps Profiláctico	2	6.
TOTAL	29	100.

Entre los partos distócicos simples hubo un parto gemelar en el cual hubo versión por maniobras internas y gran extracción pelvina del segundo gemelo.

b) RECIEN NACIDO:

De los 95 casos de desprendimiento prematuro de la placenta que se presentaron al departamento de maternidad nacieron vivos 50, de los cuales 21 R.N., Autrofic. I.R.N. Hipertrofico, (los 22 niños a término), mientras que nacieron 28 niños prematuros e hipotrofic, de los cuales 28 eran masculinos y 22 femeninos, haciendo un total de 50 niños vivos que representan un 52 o/o del total. Y niños nacidos muertos son 45 que representan un 48 o/o del total.

	No. de Casos	o/o
Recien nacido a término eutrófico	21	21
Recien nacido a término Hipertrofico	1	1
Prematuros e Hipotróficos	28	28
TOTAL	50	52

c) ALUMBRAMIENTO:

De los 95 casos de ablatio placentae atendidos en la maternidad del hospital Roosevelt el alumbramiento se realizó de la forma siguiente:

Alumbramiento	No. de Casos	o/o
Natural	50	52
Espontáneo	26	28
Artificial	19	20
TOTAL:	95	100

Creo que la revisión de placenta es de interés fundamental para dejar sentado el diagnóstico, por el estudio de la placenta dió el grado de desprendimiento: leve (menos del 25 o/o de desprendimiento de la superficie placentaria) en 15 casos (15 o/o), Moderado (entre 25 o/o y 50 o/o) 23 casos que hacen un (24 o/o, Severo (de 50 o/o a 100 o/o) se presentaron 2 casos que hacen un 20 o/o. Se presentaron además 5 Hematomas retroplacentario, coágulos regulares retroplacentarios 22 casos, y 10 casos no referidos el

porcentaje de desprendimiento.

Además ninguno de los 95 casos revisados tiene anatomía patológica.

j) ESTADO DE LA MADRE:

La observación de nuestros casos dan los resultados que confirman una vez más que el D.P.N.I. constituye un accidente altamente desfavorable para el curso de la gestación y el parto inmediato, concepto universalmente aceptado y se puede afirmar que en nuestro medio después de efectuados el parto, alumbramiento, los pacientes salieron bien del procedimiento tanto médico como en otros quirúrgico, solo hubo casos esporádicos en los cuales se presentó el shock hipolémico y otros que explicaremos en complicaciones; pero el estado de las pacientes post partum fue 100 o/o satisfactorio. De los 95 casos de ablatio placentae no hubo ni una sola paciente muerta, es decir 0 o/o de defunción materna, además de la experiencia y manejo de las pacientes dió este resultado tan satisfactorio.

k) PUERPERIO HOSPITALARIO:

Existe una franca relación entre el estado de la madre y el puerperio hospitalario ya que de los 95 casos presentados, 92 casos tuvieron un puerperio hospitalario normal haciendo un 97 o/o del total de casos, (de las pacientes que tuvieron abruptio placentae)

Puerperio Hospitalario	No. de Casos	o/o
Puerperio Hospitalario normal	92	97
Puerperio Hospitalario Complicado	2	2
Puerperio Hospitalario Tardío	1	1
TOTAL	95	100

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, el puerperio hospitalario fué satisfactorio.

1) ESTADO DE EGRESO A MATERNA

El estado de egreso de las madres es casi similar a los cuadros anteriores, es decir que de los 95 casos de ablato placenta que se sentaron 94 madres salieron curadas que hacen un 99 o/o, 1 paciente salió mejorada, que hace el 1 o/o pero porque presentó neumonía lobar izquierda no hubo ninguna defunción, es decir 0 o/o de muerte materna. No se sabe si alguna de las pacientes tuvo alguna pequeña complicación pues solo 13 pacientes fueron vistas en post natal.

II) ESTADO DE EGRESO DE R.N.

El estado de egreso de los niños fue satisfactorio ya que 45 niños salieron vivos lo que representa un 47.4 o/o del total, de este porcentaje 26.4 o/o son varones, y el 21 o/o son mujeres, que representan 25 niños y 20 mujercitas, habían nacido 50 niños que hacían un 52.6 o/o pero fallecieron 5 niños de los cuales 3 eran hombres y 2 mujeres.

El estado de los 45 niños era satisfactorio a la hora de su salida, no se sabe actualmente de ellos porque ninguno asistió a su control en clínica del niño sano.

m) COMPLICACIONES:

La morbilidad materna fue en relación a la población obstétrica en general ya que la apoplejía útero placentaria se presentó en un solo caso, la atonía uterina en un solo caso también, la ruptura uterina en un solo caso. Enumeraremos a continuación las siguientes complicaciones después del desprendimiento.

Complicaciones	No. de Casos	o/o
Shock hipovolémico	5	5
Apoplejía útero	1	1
Ruptura Uterina	1	1
Pre-eclampsia	3	3
Eclampsia	2	2
Fibrinogenopenia	2	2
Amnioitis	1	1
Anemia Severa	4	4
Dehiscencia de Episiotomía	2	2
Rasgadura perineal grado 2	1	1
Ca de cuello N.L.I.	1	1
Brevedad del cordón	1	1
Neumonía lobar izquierda	1	1
Gastrienterocolitis aguda	1	1
Normales:	69	74
TOTALES:	95	100

La gran mayoría de los casos de desprendimiento prematuro de la placenta no tuvieron complicación seria, es de hacer notar que el tiempo que las pacientes estan hospitalizadas hasta 48 horas es decir 2 días dentro de las cuales se le dió egreso a 92 casos que representan el 97 o/o del total. Es decir su recuperación total y sus condiciones

generales fueron aceptables.

-IV-

CONCLUSIONES

De la revista de los casos (95) de DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA, que se presentaron en el hospital Roosevelt durante el 1o. de julio de 1963 al 31 de diciembre de 1970, se exponen las siguientes conclusiones.

1. La incidencia de abruptio placentae en nuestro medio fue del 0.10 o/o o sea un caso por cada 895 partos.
2. Es más frecuente en grandes multíparas quienes aportaron el mayor número de casos es decir el 46 o/o.
3. El Ablatio placentae se presentó con más frecuencia en pacientes con embarazos comprendidos entre la 35 a 40 semanas.
4. Se atendió el 87.5 o/o que representan a 83 pacientes del área urbana por desprendimiento prematuro de la placenta.
5. De los 95 casos que se presentaron a la emergencia de maternidad, 66 pacientes se resolvieron por partos eutósicos simples es decir el 68 o/o; y 29 pacientes por parto distósico simple que es el 32 o/o.
6. Los recién nacidos tanto vivos como muertos fueron en su gran mayoría prematuros, representan 28 casos de los 50 casos vivos.
7. Se presentaron sólo 5 casos de Shock en nuestro medio.
8. Sólo se registró en la revisión del ablatio placentae 2 casos de fibrinogenopenia.
9. Se presentó un único caso de apoplejía uteroplacentaria en la revisión de los 95 casos resueltos en la maternidad del H. Roosevelt.

10. En los casos graves después de evacuado el útero, la recuperación total fue satisfactoria.
11. La mortalidad infantil está representada por un 52.6 o/o que son 50 casos de los 95 casos revisados.
12. La mortalidad materna en nuestro medio por ablatio placentae en la revisión de 95 casos fue 0 o/o.
13. El diagnóstico Postpartum, por el análisis de la placenta en su cara uterina fue del 85 de los casos que representa el 89.4 o/o dando diversos grados de desprendimiento prematuro de la placenta.
14. Sin la atención médica adecuada la mortalidad materna e infantil hubiera sido más alta.
15. Fueron factores determinantes, en los casos graves la pre-eclampsia y la eclampsia.

-V-

RECOMENDACIONES

El análisis de todas estas consideraciones demuestran una vez más que la falta de atención prenatal, el nivel cultural de nuestras pacientes y el desconocimiento íntimo de la fisiopatología de este cuadro clínico, son los factores más importantes, de tomarse en cuenta en relación a los índices de morbilidad materno-fetal. Pero a pesar de ser una complicación aparentemente conocida, el número de muertes y complicaciones que ocasiona, justifica su análisis periódico en beneficio de la madre y del feto.

Mandar a estudiantes (Externos del departamento de maternidad) al área rural hacer conciencia en la gente para que asista a los centros de salud, para así poder evitar desenlaces, y además hacer estudio anatómico-patológico de la placenta ya que en el presente trabajo no hubo ninguno con resultado de patología.

BIBLIOGRAFIA

1. Alpizar, Samuel E. Comentario al trabajo desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta. Ginecología y Obstetricia de México. 24:142-149. Agosto 1968.
2. Amézquita, Oscar. Contribución al estudio del desprendimiento prematuro de la placenta normo-inserta. Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología. 31:320, 1970.
3. Bosu, H.K. Fibrinolysis and abruptio placentae. J. Obstet Gynec Brit COMM. 76:481-96, Jan 69.
4. Bonilla Sandoval, Rodolfo. Estudio preliminar del desprendimiento prematuro de placenta. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Nov. 1963.
5. Burchell, R.C. Aetiology of premature separation of the normally implanted placentae. J. Obste, Gynec 104:795-68. 15 Jul 69.
6. Duarte Contreras, Alberto y Manuel José Palan C. Desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta. Rev. Col de Obstetricia y Ginecología 20 (2): 69-73, marzo-abril, 1969.
7. Eastman, J. R. Defibrination syndrome in an infant born after abruptio placentae. The journal of pediatrics, 72:342 pp. March 1968.
9. Fuentes Hernández, Roberto. Desprendimiento prematuro de la placenta. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Nov. 1958. 35 pp.
10. Guatemala, Hospital Roosevelt, Registros médicos del departamento de Maternidad, comprendidos del 1o. de Julio de 1963 al 31 de diciembre de 1970.
11. Henry, G. R. The aetiology of abruptio placentae with special reference to folate metabolism. Irish J med Sci

7:509. 15 Nov. 1968.

12. Kalstone C. E. Couvelaire uterus and placenta prev
American journal of Obstetrics and Gynecology, 105:63
October 15. 1969.
13. Lundberg, J. Diagnosis of abruptio placentas by ultrasoun
The Lancet.
14. Taylor, Stewart. ed. Obstetrica de Beck. Traducido
español de H. Vela Treviño. 8a. ed. México, Interamerican
269-460. 1968.
15. Wisot, A.L. Silent abruptio placentas with mark
hipofibrinogenemia. JAMA. 207:557-8, 20 Jan 1969.

Vo. Bo.

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria.