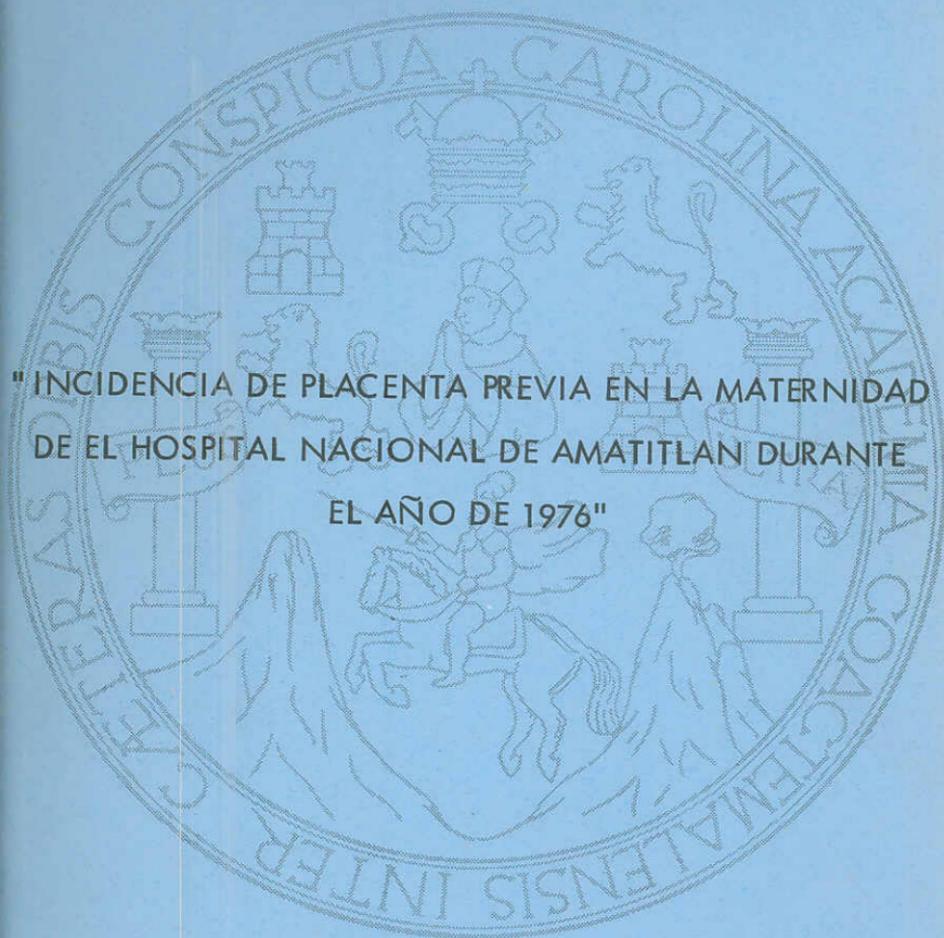


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"INCIDENCIA DE PLACENTA PREVIA EN LA MATERNIDAD
DE EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE
EL AÑO DE 1976"

HERNAN ALMENGOR VILLA DE LEON

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1978

PLAN DE TESIS

I.- INTRODUCCION

II.- OBJETIVOS

III.- MATERIAL Y METODOS

IV.- GENERALIDADES:

- a) Definición de Placenta previa
- b) Etiología
- c) Sintomatología
- d) Clasificación
- e) Anatomía patológica
- f) Diagnóstico
- g) Diagnóstico diferencial
- h) Tratamiento
- i) Pronóstico

V.- CASOS CLINICOS

VI.- RESUMEN

VII.- CONCLUSIONES

VIII.- RECOMENDACIONES

IX.- BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

El presente trabajo, está basado en el análisis de 1,265 partos correspondientes a pacientes obstétricas atendidas a parir del 1o. de Enero al 31 de Diciembre del año de 1,976, en el Hospital Nacional de Amatlán.

Teniendo como objetivo principal obtener una idea racional acerca de la incidencia de placenta previa en la maternidad de dicho centro hospitalario; conocer la morbi-mortalidad, así como contribuir en mínima forma al material informativo del departamento de maternidad del hospital en mención.

OBJETIVOS

- 1.- Obtener la información necesaria, para dar a conocer estadísticamente la incidencia de placenta previa en la maternidad del Hospital Nacional de Amatlán.
- 2.- Aportar datos y conocimientos, obtenidos mediante la presente revisión.
- 3.- Conocer la incidencia de morbilidad y mortalidad en la maternidad del Hospital en referencia.
- 4.- Contribuir aunque en mínima forma al material informativo del departamento de maternidad de dicho centro hospitalario.
- 5.- Que la población materna alcance los mayores beneficios posibles.

MATERIAL Y METODOS

- 1.- Revisión de libro de partos de la maternidad del Hospital General San Juan de Dios de Amatlán, en el Período de Enero a Diciembre del año de 1,976, encontrándose 4 casos de Placenta previa.
- 2.- Revisión de archivo del Hospital General San Juan de Dios de Amatlán; libro de registro encontrando un total de 1,265 partos, de los cuales 115 fueron resueltos por operación cesárea.
- 3.- Tabulación de datos de los 4 casos, tomando en cuenta los siguientes parámetros: edad, grupo étnico, condición socio-económica, paridad, control pre-natal, procedencia, ocupación, sintomatología, complicaciones, tratamiento, estancia hospitalaria y resultado final.
- 4.- Consultas bibliográficas correspondientes al tema.

IV.- GENERALIDADES

PLACENTA PREVIA:

Definición: Se conoce con el nombre de placenta previa o placenta baja, un proceso caracterizado, anatómicamente, por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y, clínicamente, por hemorragias de intensidades variables. La hemorragia, aunque frecuente, puede no estar presente en el proceso, constituyendo una complicación grave del embarazo, existiendo por lo tanto formas anatómicas sin expresión clínica.

Etiología:

Numerosas teorías intentan explicar la implantación viciosa de la placenta, la más importante lo constituye el hecho de que la placenta previa, se presenta principalmente en multíparas por las circunstancias siguientes:

a) lesiones de la mucosa, tales como endometritis del cuerpo del útero, frecuentes legrados y abortos, lesiones atróficas de la mucosa consecuencia de partos que se suceden con rapidez y cicatrices de cesáreas anteriores.

b) La placenta es mayor en la multípara.

Hofmeier: intenta explicar los hechos mediante su teoría, que llama refleja según ella, si el endometrio es sano, el huevo se fija en el fondo del útero, donde hipertrofia sus vellosidades, dando origen a la placenta; el resto de las vellosidades, en cambio, sufriría un proceso de atrofia hasta constituir el corion liso. Pero si el endometrio presenta algún proceso patológico, las ve-

llosidades destinadas a la atrofia no lo harán, constituyéndose la placenta en la caduca refleja (placenta refleja), la que, al crecer el trofoblasto, hará que ésta asiente en contacto con la caduca verdadera, siendo el resultado la ubicación inferior de la placenta.

SINTOMATOLOGIA:

A) Durante el embarazo. 1) El síntoma fundamental de la placenta previa es la hemorragia; este síntoma adquiere en este proceso tal importancia, que, excluidas las causas extragravídicas de metrorragia, de orden ginecológico o clínico, entre las gravídicas del final del embarazo, presenta una frecuencia de más del 90% de los casos. Esta acentuada frecuencia es lo que ha hecho decir que toda hemorragia del final de embarazo significa placenta previa mientras no se demuestre lo contrario. (10). Esta hemorragia presenta características peculiares, las que se describen a continuación:

- a) Se produce entre la 30 y 34 semanas del embarazo o al iniciar el trabajo de parto (10).
- b) La hemorragia de placenta previa, comienza antes de la ruptura de la bolsa de las aguas.
- c) Es indolora, iniciándose con frecuencia durante el sueño o estado de reposo (10).
- d) La primera hemorragia casi nunca es tan copiosa que ocasione la muerte y cesa espontáneamente, pero se repite cuando menos se le espera. En determinado número de casos, especialmente cuando la inserción de la placenta es baja, la hemorragia se presenta hasta que comienza el parto y entonces puede ser un ligero escurrimiento del líquido sanguíneo o una hemorragia profusa (5).

2) Presentaciones anormales:

Es muy alta la frecuencia de presentaciones anormales como lo constituyen las de hombros y podálicas, como consecuencia de la ubicación de la placenta, que actuando como un impedimento para el descenso, dificulta el encajamiento de la presentación.

B) Durante el parto: 1) Inercia uterina primaria: hay que sospechar de la presencia de placenta previa, cuando se presente este cuadro en determinado número de casos.

2) Tacto vaginal: Que en principio está proscrito, dado que puede movilizar cotiledones y coágulos formados, incrementándose la hemorragia, con grave riesgo para la paciente. El tacto vaginal permite apreciar en la placenta previa central total y parcial, los cotiledones de la misma; en la placenta marginal, las membranas rugosas y gruesas; y en la placenta previa de inserción baja, solamente las membranas. Para llevar a cabo este procedimiento debe hacerse en sala de operaciones, bajo condiciones asépticas, vena canalizada, anestesia adecuada y equipo necesario para una posible intervención (10).

d) CLASIFICACION POR SU INSERCIÓN

Placenta previa de inserción baja: cuando la placenta se inserta en el segmento inferior (tercio inferior del útero), sin llegar al borde del orificio cervical uterino (10).

Placenta previa marginal: cuando el reborde de la placenta alcanza el margen del orificio cervical interno; esta placenta previa marginal puede convertirse en parcial.

Placenta previa central parcial: cuando la placenta oclusi

va total durante el embarazo, al iniciarse el trabajo de parto puede ocupar sólo parcialmente el área del orificio cervical interno.

Placenta previa central total: cuando la placenta se implanta sobre el área cervical, cubriendo por completo el orificio interno.

e) ANATOMIA PATOLOGICA

El segmento inferior, asiento de la placenta, presenta un considerable desarrollo de los vasos sanguíneos; las vellosidades invaden en ocasiones el músculo, haciendo posible la evolución hacia la placenta acreta. Aspecto morfológico: la placenta es de mayor tamaño, más plana, más irregular que la placenta normal, con algunos cotiledones atróficos. Las membranas son gruesas, rugosas y frágiles. El cordón se inserta con frecuencia excentricamente.

f) DIAGNOSTICO CLINICO

Se hace en primer lugar, con base en el cuadro clínico y a descrito, siguiendo los cánones médicos: historia, antecedentes obstétricos, examen físico, examen obstétrico, etc. etc. sin embargo el tacto vaginal como medio para llegar al diagnóstico clínico es imprescindible y prácticamente debe hacerse como procedimiento para previo a la resolución del caso.

Métodos para localizar el sitio de la inserción de la placenta: a) cistografía. b) placentografía contrastada; c) radioisótopos; d) rayos blandos (es el método más sencillo) ultrasonido.

g) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Deben de excluirse todas las hemorragias de origen ginecológico, como exocervicitis, cáncer del cuello del útero y rotura de várices vaginales. Entre las enfermedades de orden gravídico debe tenerse presente: desprendimiento de la placenta normalmente insertada, la rotura del seno circular y el prolapso de la placenta.

h) TRATAMIENTO

A) Durante el embarazo: reposo absoluto en cama, sedantes uterinos y transfusiones sanguíneas.

B) Durante el parto: en las multíparas con feto en situación longitudinal y placenta marginal o lateral: a) rotura amplia de la bolsa de las aguas (método de puzos), para que evite el tironamiento y facilite el descenso de la presentación; b) si esto no sucede, se tracciona el feto, tomándolo del cuerno cabelludo con las pinzas de Willet-Gauss y se lo tiene traccionado por un peso desde el exterior; c) si existe una cierta permeabilidad cervical para por lo menos dos dedos, el feto está muerto o no es viable, y según el medio, aun con feto vivo, se practica la versión de Braxton Hicks; d) la colocación de un balón de Champetier de Ribes, intraovularmente; está ya abandonada.

Cesárea abdominal: en las primíparas en las distocias complejas, en las variedades oclusivas, en las hemorragias masivas y siempre que el cuello ofrezca obstáculo por su poca dilatación en el momento de intervenir con feto vivo y de término. La cesárea vaginal debe ser desechada.

i) PRONOSTICO

En la placenta previa el pronóstico es grave tanto para la madre como para el feto.

V.- CASOS CLINICOS

CASO No. 1. No. de Registro Médico: 42968, H. C. A., Edad: 27 años, originaria: de Chiquimulilla, Santa Rosa. Ladina, oficios domésticos. Ingresó: el 21 de Octubre de 1,976 a las 14:45 horas.

MOTIVO DE CONSULTA:

Hemorragia vaginal con coágulos de aproximadamente un mes de evolución.

ANAMNESIS:

Paciente refiere que se encuentra embarazada, ignorando fecha de última regla y que desde hace un mes aproximadamente viene presentando hemorragia vaginal con coágulos. Antecedentes obstétricos: Gesta: 7, Partos: 6, Abortos: 0.

EXAMEN FISICO:

Paciente con palidez generalizada, con signos físicos: Temperatura: 37°C (0), Tensión arterial: 90/60, Pulso: 84X¹ Cardiorpulmonar: dentro de límites normales. Abdomen: gravídico, 28 cms. de altura uterina. Cefálico. Foco fetal: 144 pulsaciones por minuto. Ginecológico: genitales de multípara, presencia de coágulos y hemorragia vaginal, dilatación 2-3 cms. No se palpó placenta.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Hemoglobina: 8.10 gramos, Hematócrito: 25%; Grupo sanguíneo: "A" Rh: positivo.

IMPRESION CLINICA:

Trabajo de Parto Prematuro.

TRATAMIENTO:

- a) Transfusión de sangre completa de 500 c.c.
- b) Día 22 de Octubre/76 a la 1:00 hrs. se efectúa C.S.T.

RESULTADO:

Se comprueba placenta previa marginal. Se obtiene feto muerto e inmaduro, sexo femenino. Post-operatorio: normal. Egreso: 27 de Octubre de 1,976. Nota: Foco fetal ausente, 9 horas después de su ingreso.

CASO No. 2. No. de Registro Médico: 42831, L. de la C., - Edad: 19 años, originaria: de la Democracia, Escuintla. Ladina, oficios domésticos. Ingresó: el 10 de Octubre de 1,976.

MOTIVO DE CONSULTA:

Hemorragia vaginal y trabajo de parto de 12 hrs. de evolución.

ANAMNESIS:

Refiere la paciente que hace 12 horas inició dolores de parto y hemorragia vaginal, ignora fecha de última regla. Antecedentes obstétricos: Gestas: 2, Partos: 1, Abortos: 0.

EXAMEN FISICO:

Paciente con palidez generalizada, con temperatura de 37°C (0), Tensión arterial: 60/40, Pulso: 100 X', Foco fetal: 140 X'. Ginecológico: abundante hemorragia de coloración obscura con coágulos, cuello con 2-3 cms. de dilatación, borrado en un 60%.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Hemoglobina: 8.5 gramos, Hematócrito: 27%, Grupo "0" Rh positivo.

IMPRESION CLINICA:

Placenta previa.

TRATAMIENTO:

- a) Transfusión de sangre completa de 500 c.c.
- b) Con anestesia raquídea se efectúa C.S.T.

RESULTADO:

Se obtuvo feto con APGAR 1, sexo femenino, el cual falleció. Se encontró placenta previa parcial. Post-operatorio normal. Egresó: el 18 de octubre de 1,976.

CASO No. 3. No. de Registro Médico 40666, M.E.F.V., Edad: 33 años, originaria de: San Vicente Pacaya, Escuintla y residente en Villa Canales, municipio de Guatemala.

Ingresó: 5 de Mayo de 1,976.

MOTIVO DE CONSULTA:

Hemorragia vaginal.

ANAMNESIS:

Refiere la paciente que el día de ayer cumplió 9 meses de embarazo y que hace ocho días viene presentando hemorragia vaginal.

EXAMEN FISICO:

Paciente con palidez generalizada, presión arterial: 110/70, Temperatura: 37°C. (0), no se detectó presentación, feto vivo, foco fetal: 140 X'.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Hemoglobina: 5 gramos, Hematócrito: 18%, Grupo "0"
Rh: positivo.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION:

Se administró 500 c.c. de sangre completa; presión arterial 70/50, se efectuó con anestesia general, C.S.T. y Pomeroy, obteniéndose feto de sexo femenino de 6 libras de peso con APGAR 1, falleciendo 30 minutos después, encontrándose placenta previa marginal. Post-operatorio: tormentoso, falleciendo 24 horas después.

DIAGNOSTICO FINAL: Shock hipovolémico, Anemia severa.

CASO No. 4. No. de Registro Médico: 28555, V.R.S., Edad: 40 años, originaria y residente en: Amatitlán. Ladina, Oficios domésticos; ingresó: 1o. de Mayo de 1,976.

MOTIVO DE CONSULTA:

Hemorragia vaginal y dolores de parto.

EXAMEN FISICO:

Temperatura: 37°C (0), presión arterial 90/50, foco fetal: 140 pulsaciones por minuto.

Con anestesia raquídea se efectuó Cesárea Segmentaria - Transperitoneal; no hay datos de la misma y suerte del producto. Post-operatorio: normal. Egresó: 7 de Mayo de 1,976.

VI.- RESUMEN

El presente estudio ha sido elaborado tomando en cuenta la incidencia de morbi-mortalidad de placenta previa, en el Hospital Nacional de Amatitlán, durante el año de 1,976.

Se procedió a la revisión de 1,265 papeletas correspondientes a pacientes obstétricas atendidas a partir del 1o. de Enero al 31 de Diciembre del año de 1,976. Se recopilaron 4 casos, basados en la clasificación internacional de enfermedades.

En la mayoría de los casos fueron atendidos por vía natural; y 115 fueron resueltos por operación cesárea.

CUADRO NUMERO UNO:

FRECUENCIA DE PLACENTA PREVIA

Número total de Partos:	1,265 ptes.....	100 %
Número de Cesáreas:	115 -----	9.17%
Número de Ptes. con Placenta Previa:	4 -----	.3 %
Relación de ptes. con Placenta Previa con total de Pacientes ...	1 -: 318 emb.	

Se deduce del cuadro anterior, que de los 1,265 ptes. obstétricas, 4 casos correspondieron a Placenta Previa, la cual nos da una frecuencia de 1:318 embarazos; dato que concuerda con los encontrados en Guatemala en estudios realizados en el Materno-Infantil en el año 1,955 y que fue de 1:302 y los reportados en 1,963 en un estudio realizado en la maternidad del Hospital

Roosevelt, cuya relación es de 1: 329 embarazos.

CUADRO NUMERO DOS:

EDAD MATERNA

Edad: -----	Casos	%
15-20:	1	25 %
21-25:	0	0 %
26-30:	1	25 %
31-35:	1	25 %
36-40:	1	25 %
	4	100%

Menor edad 19 años; mayor edad 40 años. Siendo edad promedio 29.7 años, la cual está de acuerdo con estadísticas reportadas por Domínguez Robles, que da un promedio de 31 años.

CUADRO NUMERO TRES:

PARIDAD:

Gestas: -----	Partos	%
2 -----	1	50 %
1 -----	7	25 %
1 -----	9	25 %
Menor paridad 2 gestas. Mayor paridad 9 gestas. - Promedio: de paridad: 4.5		

En general los textos de Obstetricia están de acuerdo en que el cuadro patológico de placenta previa está ligado a la multiparidad como causa etiológica.

CUADRO NUMERO CUATRO:

ASISTENCIA PRENATAL

SI -----	CERO PACIENTES: -----	0%
NO -----	CUATRO PACIENTES: -----	100%*

CUADRO NUMERO CINCO:

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:			
C.S.T.: -----	0 casos	-----	0%
Abortos: -----	0 casos	-----	0%
Legrados: -----	0 casos	-----	0%
Complicaciones Post-Op. --	1 caso	-----	

La asistencia pre-natal fue del 0%, por las razones ya expuestas.

Tres de las pacientes pertenecían a otros municipios, La Democracia, Escuintla, Chiquimulilla, Sta. Rosa; Villa Canales y únicamente una paciente correspondía a el municipio de Amati-lán.

Es de notar que los pacientes obstétricos, a los que se les diagnosticó placenta previa fueron ingresados a el Hospital por el Servicio de Urgencias, y nunca llegaron a Control Pre-natal - a la Consulta externa de dicho centro hospitalario.

VII. CONCLUSIONES

- 1.- Revisión de 4 casos de Placenta previa en 1,265 papeletas.
- 2.- En todos los casos los síntomas fueron similares, o sea la hemorragia vaginal predominantemente.
- 3.- La conducta tomada fue eminentemente quirúrgica, es decir Operación Cesárea.
- 4.- El tipo de intervención quirúrgica fue en todos los casos de Cesárea Segmentaria Transperitoneal.
- 5.- La incidencia de mortalidad materna correspondió al 25%. La incidencia de mortalidad fetal al 75%.
- 6.- No se dio ningún caso de Control Pre-natal.
- 7.- La paciente obstétrica atendida de menor edad fue de 19 años, y la mayor de 40 años.
- 8.- La menor paridad fue de 2 gestas, la mayor paridad de 9 gestas dando un promedio de 4.5.

- 9.- De 1,265 pacientes obstétricas, 115 fueron resueltos por operación cesárea.
- 10.- En relación a los cuatro casos de placenta previa reportados, el grupo étnico correspondió a la raza ladina.
- 11.- El mayor tiempo de estancia Hospitalaria fue de 8 días, y el menor fue de 6 días.
- 12.- En cuanto a la ocupación de las pacientes atendidas correspondió a oficios domésticos.

VIII.- RECOMENDACIONES

- 1) Tratar por medio de Programas de orientación, que la asistencia a control Pre-natal sea más efectiva, con el propósito de detectar cualquier complicación durante el embarazo; muy especialmente en el último trimestre.
- 2) Tratar de hacer énfasis en la historia clínica de toda paciente obstétrica, especialmente cuando ésta encierre alto riesgo.
- 3) Mejorar la asistencia pre-natal, en cuanto a el número de pacientes vistas por médico; contribuyendo la calidad de asistencia.
- 4) Manipular lo menos posible a una paciente que consulte por hemorragia vaginal, especialmente en el último trimestre de su embarazo.
- 5) Ante un caso de placenta previa en el momento de su ingreso al hospital, el practicante interno debe consultar inmediatamente con el médico de guardia, para poder evaluar y tomar una conducta adecuada.
- 6) Hacer conciencia a las madres, para sus respectivos controles post-partum, para brindarles los beneficios de la asistencia médica durante su puerperio.

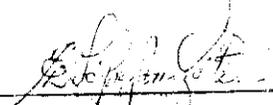
- 7) Contar con la asistencia de un médico pediatra. Ya que la mayoría de productos nacen en malas condiciones.
- 8) Mejorar la integración entre Centros de Salud y Hospital, para ser remitidos los casos de alto riesgo, y así tratar de disminuir la morbi-mortalidad de estos.
- 9) Insistir en que el Ministerio de Salud Pública y Facultad de Ciencias Médicas en su integración al Servicio Hospitalario, doten de elementos más adecuados para la atención materna y la reanimación pediátrica.
- 10) Insistir en un plan de Salud que permita la regionalización de servicios.

IX.- BIBLIOGRAFIA

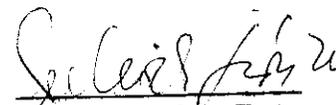
1. Agüero, Oscar. et al. Diagnóstico de las hemorragias de la gestación. *Obstet. Ginec. Venezuela*. 32(1):17-28, 1972.
2. Beck, Alfred C. Placenta previa. *Obstetricia*. Ed. por E. Stewart Taylor. Trad. por Homero Vela Treviño. 8a. ed. México, Interamericana, 1968. pp. 452-455.
3. Benson, Ralph C. Placenta previa. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Trad. por F. Reyes R. 2a. ed. México, El Manual Moderno, 1969. pp. 264-276.
4. Domínguez Robles, H. et. al. Placenta previa. Experiencia del Hospital de Gineco Obstetricia No. 1 del I.M.S.S. *Ginec. Obstet. Mex.* 22:567-77, Mayo junio 67.
5. Eastman, Nicholson J. Ed, Placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta y choque obstétrico, *Obstetricia de Williams*. Trad. por Homero Vela Treviño. 3a. ed. México, UTEHA., 1960. pp. 584-611.
6. Medina Girón, Haroldo de Jesús. Localización de placenta con ultrasonido. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Febrero 1973, 28 p.

7. Pérez de Salazar, J.L. et al. Placenta previa: estudio en relación al sitio de inserción. Tratamiento morbi-mortalidad materna. Ginec. Obstet. Mex. 25: 655-62, Junio 69.
8. Sagastume y Sinibaldi, Edmundo Alberto. Placenta previa. Estudio de 200 casos. Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Noviembre 1963, 41 p.
9. Schwarcz, Ricardo., Sala, Silvestre., y Duverges, Carlos. Después de la expulsión de la placenta. Obstetricia 3a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1970. pp. 689-694.
10. Schwarcz, Ricardo., Sala, Silvestre., y Duverges, Carlos. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Obstetricia. 3a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1970. pp. 519-611.

BR. 
 Hernán Almengor Villa De León.

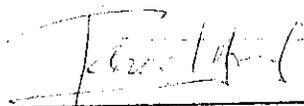

 Dr. Edgar Raúl López Arrazatte.


 Revisor.
 Dr. Edgar William Reyes Arévalo


 Director de Fase III.
 Dr. Julio De León Méndez.


 Secretario General
 Dr. Raúl Alcides Castillo Rodas.

Vo. Bo.


 Decano

Dr.: Oscar Rolando Castillo Montalvo.