

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“ABRUPTIO PLACENTAE EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT”**

TESIS

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

POR

JORGE ROBERTO ESCOBEDO ARIAS

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JULIO DE 1978

INDICE

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III JUSTIFICACION
- IV ANTECEDENTES
- V PATOLOGIA
- VI MATERIAL Y METODOS
- VII ESTANDARIZACION EN EL MANEJO DE DPPNI EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT.
- VIII ANALISIS Y EXPOSICION DE DATOS
- IX CONCLUSIONES
- X RECOMENDACIONES
- XI BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Este trabajo contiene un estudio retrospectivo sobre desprendimiento prematuro de placenta, revisión hecha en el departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt durante el tiempo comprendido entre el 1o. de enero de 1965 al 31 de diciembre de 1972.

El estudio se realizó en este período, debido a que es el único en que están codificados los registros clínicos según el diagnóstico de egreso del paciente.

Se encontraron 30 casos de desprendimiento prematuro de placenta en un total de 98,287 partos.

Fuí motivado a realizar el presente estudio en la entidad mencionada, debido a que los únicos datos que se tienen de nuestro medio son de una tesis de graduación de 1958, realizada en el departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

OBJETIVOS:

1. Revisar la incidencia del problema en el Hospital Roosevelt.
2. Tratar de establecer las causas etiológicas de esta entidad en nuestro medio.
3. Disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil en pacientes que desarrollan desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. (DPPNI)
4. Establecer un criterio estandarizado en el manejo de esta entidad.

JUSTIFICACION:

La hemorragia en general es la tercera causa de mortalidad materna (14.4 o/o), en las estadísticas de otras latitudes (3) en Guatemala en el trabajo de tesis del Dr. Roberto Fuentes (2) se encuentra que el 0.2 o/o de las muertes maternas se debieron a DPPNI (Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normalmente Inserta), dato que considero muy antiguo por lo que en el presente trabajo se actualiza.

Hasta la fecha no se cuenta con un esquema básico para el manejo del Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normalmente Inserta (DPPNI), en el Hospital Roosevelt, no se ha definido la magnitud del problema, en consecuencia hemos visto la diversidad de conductas en su manejo según el criterio individual de cada profesional que los trata, teniendo buenos y malos resultados como es lógico pensar, sin establecer a cabalidad el método que dé mejores resultados, por estas razones me permito sugerir un plan terapéutico, basado en la experiencia hospitalaria de nuestro medio con el que esperamos aparte de estandarizar el manejo terapéutico, disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil de las pacientes que desarrollen DPPNI.

ANTECEDENTES:

Se denomina abruptio placentae al cuadro en el que la placenta se encuentra normalmente localizada y sufre una separación del útero entre la 28 semana de gestación y el nacimiento.

Con frecuencia se han utilizado como sinónimos de esta entidad, desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta (DPPNI), ablatio placentae y hemorragia accidental.

Desde 1,609 Madame Bourgoies descubrió esa entidad. En 1,824, Baudelocque bautizó con su nombre el problema y más tarde Couvelaire en 1911 hizo estudios más sofisticados del DPPNI.

Revisando la literatura nos encontramos con una larga lista de causas etiológicas, entre ellas citaremos:

La deficiencia del ácido fólico. Se ha dicho que es la causa del 8 o/o de abruptio placentae (12).

Alteraciones en la secreción de renina durante el embarazo (11), pueden producir abruptio placentae así como la hipertensión arterial (4), toxemia gravídica (8), trauma directo abdominal (Kristeller), 6 o/o de los casos (3), multiparidad (3), paciente añosa (3), brevedad del cordón (3), desnutrición protéico calórica (3), exceso de oxitócicos (3), descompresión de la cavidad uterina (3), etc.

Queremos recordar que la forma etiológica primaria, permanece desconocida. A esta larga lista se le podrán ir agregando aún, más causas conforme se vayan describiendo, convergiendo a las siguientes consecuencias: (7)

- I Anemia y anoxia fetal con sus consecuencias.
- II Shock hipovolémico.
- III Hipofibrinogenemia.

IV Utero de Couvelaire.

V Muerte fetal y materna.

Desde el punto de vista epidemiológico, la frecuencia varía entre 1.5 y 1/1000 dependiendo del criterio diagnóstico, se dice que los cuadros hemorrágicos del embarazo causan el 14.4 o/o de las muertes maternas y de este porcentaje el 5 o/o son producidas por DPPNI (7), en cuanto a mortalidad fetal varía de un autor a otro del 60 o/o al 100 o/o, coincidieron todos en una mortalidad fetal alta (1).

Con respecto a signos y síntomas clínicos de la entidad, estos varían de acuerdo al grado del desprendimiento de la placenta, desde pocos milímetros hasta un desprendimiento total de la placenta. (5).

PATOLOGIA:

El DPPNI, se inicia con hemorragia en la decidua basal, seguidamente se desarrolla un hematoma decidual, que permite la separación, compresión y finalmente la destrucción de la función de la porción placentaria desprendida, como el útero permanece distendido con el producto de la concepción, éste no se contrae, en consecuencia el escape de sangre diseca las membranas de la pared uterina y algunas veces aparece externamente, otras queda retenida in útero (6).

El diagnóstico clínico precoz permite disminuir las siguientes complicaciones (10): Hemorragias, Oliguria (shock), defectos de la coagulación, severo daño fetal o muerte.

MATERIAL Y METODOS:

MATERIAL:

Registros clínicos de pacientes en las que se diagnosticó DPPNI del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, de 1965 a 1972, debido a que este período es el único en que los diagnósticos están codificados en el archivo.

Registros clínicos de pacientes a quienes actualmente se ha hecho el diagnóstico de DPPNI.

Laboratorio Químico y Hematológico del Hospital Roosevelt.

Banco de Sangre del Hospital Roosevelt.

Bomba de perfusión continua tipo Harvard.

METODO:

El trabajo se decidió efectuar en dos etapas. En la primera se hizo la revisión bibliográfica del tema y se efectuó una investigación retrospectiva de las papeletas de las pacientes a quienes se les ha hecho diagnóstico de DPPNI en los últimos años, habiéndose encontrado de 98,287 registros clínicos, 30 casos (0.30 o/o)

Para el desarrollo de la segunda etapa, la cual será prospectiva, se sugiere estandarizar el manejo del DPPNI de acuerdo al protocolo que me permito presentar a continuación:

ESTANDARIZACION EN EL MANEJO DE DPPNI EN EL HOSPITAL ROOSEVELT:

Toda paciente a quien se le sospeche DPPNI se le trasladará al servicio de Séptico o Labor y Partos para su tratamiento. Inmediatamente se efectuarán controles hematológicos y determinación de grupo Rh y se avisará al banco de sangre para que tengan disponible varias unidades de sangre.

Determinar el fibrinógeno con una técnica simple y rápida en repetición cada hora si es posible hasta después del parto.

Monitorizar la excreta urinaria y la presión venosa central (VC), administrar transfusiones frescas, líquidos intravenosos como sea necesario.

Programar el manejo obstétrico del caso, que incluye evacuar útero en las 6 horas siguientes y al inicio de la hemorragia, o los síntomas. Tratar de ser lo menos intervencionista que se pueda; la experiencia ha demostrado que la prolongación del período de DPPNI en el útero ocupado es deletéreo. Por esta razón debe producirse el parto al menos en 6 horas (7). Amniorrexia deberá hacerse en las pacientes en las que no exista contra-indicación obstétrica.

INDUCCION O CONDUCCION SI ES NECESARIO ASI:

Oxitócina endovenosa, 20 unidades en 250 cc. de solución Hartmann, para ser administrada con la bomba de Harvard (infusión continua), empezando con una miliunidad por minuto, hasta llegar a 35 ó 40 miliunidades por minuto, teniendo mucho cuidado de no producir hipertensión uterina.

Deberá hacerse una clasificación, previa a iniciar el tratamiento. En un grupo se tendrán a las pacientes en las que se ha diagnosticado DPPNI con feto vivo y en otro grupo las pacientes en quienes se ha

hecho el diagnóstico de feto muerto.

Para el primer grupo deberá efectuarse una operación cesárea si se diagnostica sufrimiento fetal y si a pesar de la amniorrexia, uso de la oxitocina no se establece trabajo de parto y no se logra evacuar el útero en 6 horas, período en el cual se repondrá la sangre perdida y se combatirá el shock.

En los raros casos en los que el proceso ha llegado hasta haber una apoplejía útero placentaria la histerectomía está indicada. En ningún caso se administrarán anticoagulantes y fibrinógeno, por considerarlos contra indicados. (8).

PACIENTES CON DPPNI EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

(1965 – 1972)

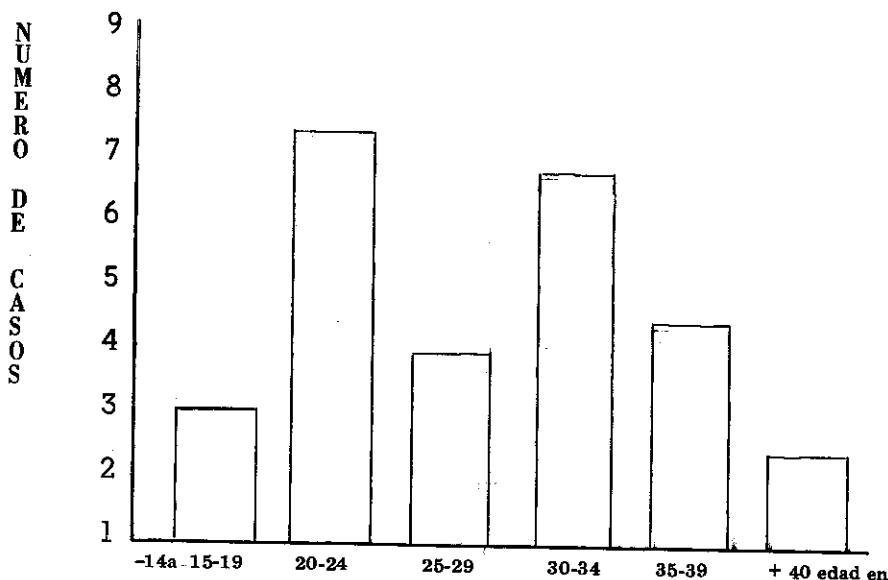
DISTRIBUCION ETAREA

CUADRO No. 1

EDADES			NUMERO	PORCENTAJE
MENOS DE 14 AÑOS			0	0
15	A	19	3	10.00
20	A	24	9	30.00
25	A	29	4	13.34
30	A	34	8	26.66
35	A	39	4	13.34
MAYOR DE 40 AÑOS			2	6.66
T O T A L E S :			30	100.00 o/o

DISTRIBUCION ETAREA

GRAFICA No. 1



En el Cuadro No. 1 y gráfica No. 1 puede apreciarse que la edad en la cual hubo mayor número de casos fue entre los 20 y 24 años de edad, 9 casos (30.00 o/o). Le siguen en orden descendente las edades de 30 y 34 años con un total de 8 casos (26.66 o/o). No se reportaron casos menores de 14 años y entre las edades de más de 40 años se encontraron 2 casos, siendo la mayor edad, 41 años.

PACIENTES CON DPPNI EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

(1965 - 1972)

EMBARAZOS

CUADRO No. 2

ESTAS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	8	26.66
2	4	13.34
3	3	10.00
4	3	10.00
5	5	16.66
6	1	3.34
7	6	20.00
TOTAL:	30	100.00 %

no puede observarse en el cuadro No. 2 el mayor número de casos se presentaron en primigestas 8 casos (26.66 o/o), pero si agrupamos a las pacientes con más de 4 embarazos encontramos 15 casos (50 o/o), dato que coincide con la literatura mundial, el DPPNI es más frecuente en pacientes con múltiples embarazos previos.

(1965 - 1972)

EDAD DE GESTACION*

CUADRO No. 3

SEMANAS DE GESTACION	NUMERO DE CASOS	PORCENTA
MENORES DE 37	17	56.66
DE 38 A 42	12	40.00
MAYORES DE 42	1	3.34
TOTAL:	30	100.00 %

Vemos en el cuadro No. 3 que el mayor número de casos fueron registrados antes de la 37 semana correspondiéndole el 56.66 o/o de los casos. Siguen en orden descendente los embarazos a término (38 y 40 semanas), con 40 o/o de los casos.

No pudo establecerse una explicación entre el DPPNI y la edad gestacional menor a 37 semanas.

* EDAD CALCULADA.

(1965 - 1972)

GRUPO ETNICO

CUADRO No. 4

RAZA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
LADINAS	26	86.66
INDIGENAS	4	13.34
TOTAL:	30	100.00 %

El resultado del cuadro No. 4 considero que está determinado por la clase de personas que visitan este centro hospitalario, ya que como vemos la mayoría absoluta es de ladinas y en el caso que nos compete corresponde a un 86.66 del total de casos registrados en los años estudiados, es de hacer notar que la Maternidad del Hospital Roosevelt se encuentra ubicada en la capital de la República, donde la población indígena es escasa. O sea que no se puede decir, con este cuadro que en Guatemala, el DPPNI es más frecuente en pacientes ladinas.

(1965 - 1972)

ESTADO CIVIL

CUADRO No. 5

ESTADO CIVIL	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
SOLTERAS	4	13.34
CASADAS	9	30.00
UNIDAS	17	56.66
TOTAL:	30	100.00 %

En el cuadro No. 5 el porcentaje más alto lo integran pacientes unidas teniendo un total de 17 casos equivalentes a un 56.66 o/o, forma frecuentemente observada de coexistencia en los grupos sociales de las pacientes que hacen uso del Hospital Roosevelt, le siguen las pacientes casadas con 9 casos y con un porcentaje de 30.00 o/o y por último las solteras con 4 casos y un porcentaje de 13.34 o/o.

PACIENTES CON DPPNI EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

(1965 – 1972)

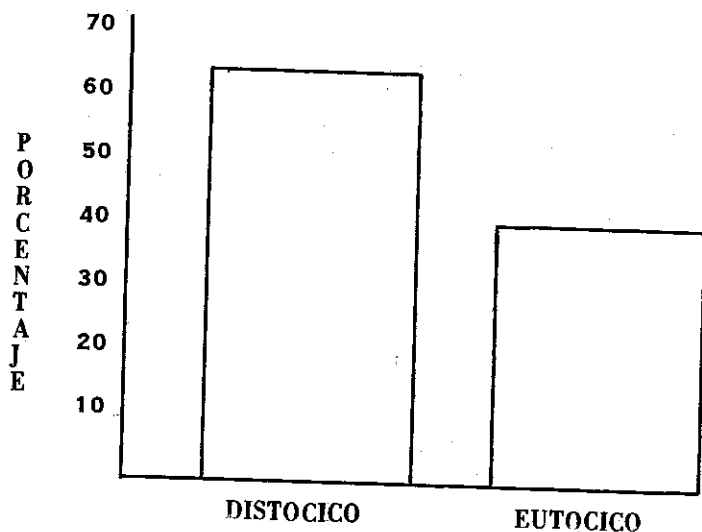
TIPO DE PARTO

CUADRO No. 6

TIPO DE PARTO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
DISTOCICO	19	63.34
EUTOCICO	11	36.66
TOTAL:	30	100.00 %

TIPO DE PARTO

GRAFICA No. 2



El tipo de parto más frecuente según el estudio realizado fue el distócico, como se observa en el cuadro No. 6 y en la gráfica No. 2, 19 casos (63.34 o/o), coincidiendo nuevamente con los datos de otras latitudes, debido a que el feto está más expuesto a anoxia in útero que amerite la evacuación rápida del útero y a las complicaciones puramente obstétrico-hemorrágicas que son frecuentes.

De los partos eutócicos 3 se atendieron con forceps profiláctico por preclampsia leve.

PACIENTES CON OPPNT EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

(1965 – 1972)

DISTRIBUCION DE LAS DISTOCIAS

CUADRO No. 7

	NUMERO DE CASOS	o/o SOBRE EL TOTAL DE CASOS	PORCENTAJE
PERACION ESAREA *	13	43.34	68.36
EXTRACCION ELVIANA	2	6.66	10.42
ORCEPS BAJO	2	6.66	10.42
RAN EXTRACCION ELVIANA	1	3.34	5.21
ORCEPS MEDIO	1	3.34	5.21
TOTAL:	19	63.34 o/o	100.00 o/o

12 cesáreas segmentarias transperitoneales y 1 cesárea corpórea.

Es de hacer notar en el cuadro No. 7 que el método de elección para evacuar el útero fue la operación cesárea debido en la mayoría de casos a que había sufrimiento fetal y no había oportunidad de un parto por vía vaginal. Hubo 12 (63.15), cesáreas segmentarias transperitoneales y una (5.21 o/o), cesárea corporea, esta se efectuó a una paciente que tenía un útero de Couvelaire, posteriormente hizo una atonía, por lo que se procedió a efectuarsele una histerectomía (única histerectomía realizada en este estudio).

PACIENTES CON DPPNI EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

(1965 – 1972)

USO DE OXITOCICOS PARA LA EVALUACION UTERINA

CUADRO No. 8

OXITOCICOS USADOS	NUMEROS DE CASOS	PORCENTAJE
INDUCCIONES	1	3.33
CONDUCCIONES	1	3.33
NO SE USARON	28	93.34
TOTAL:	30	100.00 o/o

Según el estudio realizado en el cuadro No. 8 puede apreciarse que en 28 casos o sea el (93.34 o/o), no se usaron oxitócicos, pre-parto. Tan solo un caso se indujo por indicación de preclampsia severa, el parto fue distócico resuelto por forceps medio debido a un paro en transversa, un caso se condujo por inercia secundaria.

PACIENTES CON DPPNI EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

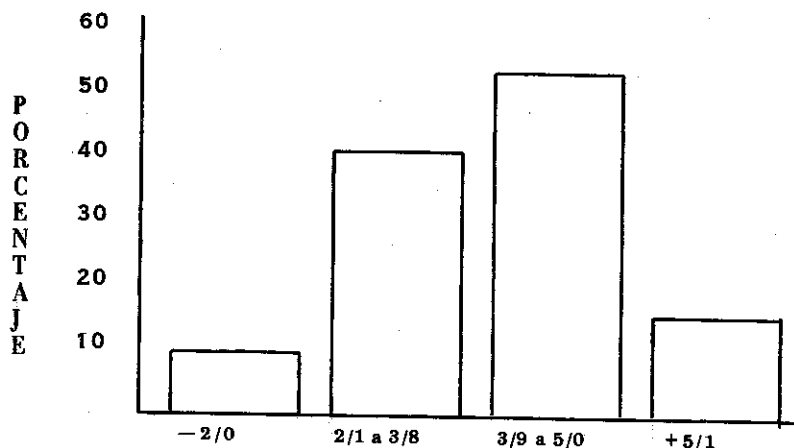
(1965 – 1972)

PESO DE LOS RECIEN NACIDOS

CUADRO No. 9

PESO EN LIBRAS/ONZAS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
MENOS DE 2/0	1	3.33
DE 2/1 A 3/8	11	36.67
DE 3/9 A 5/0	16	53.33
MAYOR DE 5/1	2	6.67
TOTAL:	30	100.00 o/o

GRAFICA No. 3



PESO EN LIBRAS/ONZAS

Como puede observarse en el cuadro No. 9, los pesos de los recién nacidos estuvieron contemplados más frecuentemente entre las 3/9 a 5/0 libras con un porcentaje de 53.33 o/o equivalente a 16 casos, es importante el hecho de que el 93.33 o/o de los niños pesaron menos de 5 libras y que se relaciona con el dato de tener un porcentaje alto de partos prematuros.

PACIENTE CON DPPNI EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

(1965 – 1972)

ESTADO DEL NIÑO AL NACER

SCORE DE APGAR

CUADRO No. 10

APGAR	1 MINUTO	o/o	5 MINUTOS	o/o
0	23	76.66	23	76.66
1-5	6	16.66	1	3.33
6-10	2	6.68	6	20.00
TOTAL	30	100.00o/o	30	100.00

ESTADO DEL NIÑO AL NACER

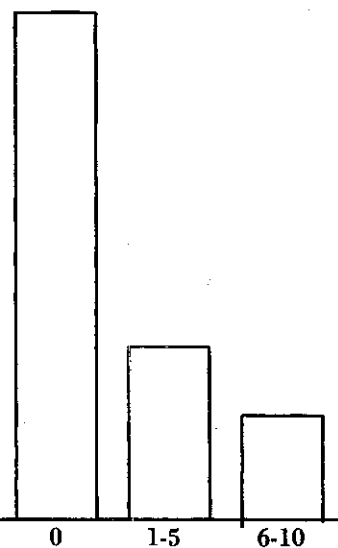
ESTADO DEL NIÑO AL NACER

APGAR AL MINUTO

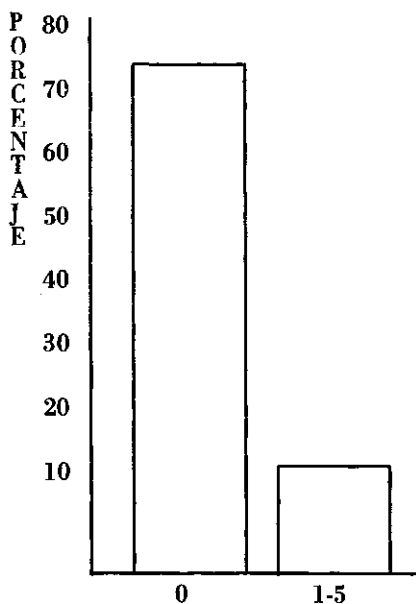
APGAR A LOS 5 MINUTOS

GRAFICA No. 4

GRAFICA No. 5



Apgar al minuto



Apgar a los 5 minutos

En el cuadro No. 10 y gráficas 4 y 5 se observó que el mayor número de niños en este estudio nacieron muertos, 23 casos (76.66 o/o) de estos se hizo diagnóstico de muerte fetal al llegar al hospital en 8 casos o sea el 26.66 o/o. Fallecieron estando en el Hospital 15 fetos equivalentes al 50 o/o del total de casos lo que quiere decir que con un buen cuidado y seguimiento de las pacientes se puede lograr disminuir esta alta mortalidad fetal.

De los niños vivos el mayor porcentaje para los niños con apgar de 1 a 5 en un minuto fué de 16.66 o/o igual a 5 casos. Solamente 2 recién nacidos tuvieron apgar mayor o igual a 6 al minuto, lo que equivale al 6.68 o/o dato que nos revela el alto riesgo a que están sometidos estos fetos.

Todos los recién nacidos con vida lograron subir su apgar por arriba de los 6 a los 5 minutos, a excepción de uno que lo mantuvo en 5 y que después de cuidados especiales logró sobrevivir.

El tratamiento al que estuvieron sometidos los recién nacidos por los pediatras que los atendieron varió desde aspiración de flemas, lavado gástrico, estimulación con masaje y oxígeno hasta un paciente que hubo necesidad de intubar, darle respiración asistida, oxígeno, además de cateterizarle la vena umbilical pasándole solución Dextrosa en agua al 5 o/o y bicarbonato de sodio.

Por último vale la pena hacer notar que la entidad en estudio es causa de una morbilidad fetal bastante elevada así como lo es la morbilidad.

PACIENTES CON DPPNI EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

(1965 – 1972)

ESTADO DE LA MADRE AL EGRESO

CUADRO No. 11

ESTADO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
MEJORADAS	13	43.33
ECURADAS	16	53.33
FALLECIDAS	1	3.34
TOTAL:	30	100.00 %

Se puede observar que 16 pacientes o sea 53.33 o/o que presentaron infarto placentae egresaron del Hospital curadas, el 43.33 o/o que equiva a 13 pacientes que egresaron mejoradas, y tan solo una paciente fallecida, debido a un paro cardíaco, de lo que se deduce que la mortalidad materna es baja (3.34 o/o) para pacientes con DPPNI.

PACIENTES CON DPPNI EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

(1965 – 1972)

HEMOGLOBINA MATERNA PRE-PARTO

CUADRO No. 12

HEMOGLOBINA	NUMERO DE CASOS	PORCEN
MENOS DE 5 GRAMOS	1	3.3
DE 5 A 9 GRAMOS	9	30.0
DE 10 A 13 GRAMOS	9	30.0
MAYOR DE 13 GRAMOS	1	3.3
IGNORADO	10	33.3
TOTAL:	30	100.0

En relación al grado de anemia, determinado por la hemoglobina materna preparto (ver cuadro No. 12), debe anotarse que no todas las pacientes tienen un control hematológico, pese a que algunas de estas pacientes tuvieron un parto por cesárea, las razones que se encuentran es que hay muy mal manejo en cuanto a exámenes de laboratorio se refiere, entran en este inciso 10 pacientes o sea el 33.34 o/o.

1 caso hubo que presentó hemoglobina menor de 5 y 4.2 gramos la cual se transfundió y salió curada del hospital. También hubo una paciente con hemoglobina mayor de 13 gramos. 9 o/o

PACIENTES CON DPPNI EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1965 – 1972)

PRESENCIA DE TOXEMIA

CUADRO No. 13

GRADO DE TOXEMIA	NUMERO DE CASOS PORCENTAJE	
ECLAMPSIA	1	3.34
PREECLAMPSIA LEVE	3	10.00
PREECLAMPSIA MODERADA	4	13.34
PREECLAMPSIA SEVERA	2	6.66
AUSENTE	20	66.66
TOTAL:	30	100.00 %

En el cuadro No. 13 se observa que la mayoría de pacientes no presentaron signos ni síntomas de toxemia (66.66 o/o), una paciente tuvo eclampsia con desprendimiento total de la placenta, el feto llegó muerto al Hospital.

En las pacientes preeclámpsicas el grado de desprendimiento fue variable entre el 20 o/o que es el menor y el 100 o/o, hubo 2 pacientes con preclampsia severa de las cuales un feto nació muerto y otro vivo. Además entre las que no presentaron toxemia, hubo 2 pacientes con hipertensión esencial antigua, una con feto vivo y el otro muerto, este último con desprendimiento total de placenta y el otro con un 40 o/o

(1965 - 1972)

ASISTENCIA A CONTROL PRENATAL

CUADRO No. 14

PRENATAL	NUMERO DE CASOS	PORCEN
CON CONTROL	8	26.66
BAJO CONTROL	22	73.33
TOTAL:	30	100.00

Podemos observar en el cuadro No. 14 que la mayoría de pacientes con ablatio placentae no tuvieron control prenatal y entre las que tuvieron control prenatal hubo 5 con fetos muertos. No hay relación entre control prenatal y peso de los recién nacidos, su estado o estado de la madre al egreso, esto es de suponerse, ya que el control prenatal que se presta en el Hospital Roosevelt es deficiente como fué expuesto en el VII Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia (9).

(1965 – 1972)

HOSPITALIZACION DURANTE EL EMBARAZO

CUADRO No. 15

HOSPITALIZACION	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
SI	2	6.66
NO	28	93.34
TOTAL:	30	100.00

En el estudio efectuado hubo únicamente 2 pacientes con ingreso al Hospital (Cuadro 15), al Hospital previo a su parto, una de ellas por amenaza de aborto 2 veces y la otra por falso trabajo de parto, esto se relaciona con la poca asistencia a la consulta externa por parte de las pacientes embarazadas, en relación al número de partos que se atienden anualmente, además puede relacionarse también por la poca promoción y las deficiencias anotadas en cuanto a los servicios que presta la consulta

PACIENTES CON DPPNI EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

(1965 – 1972)

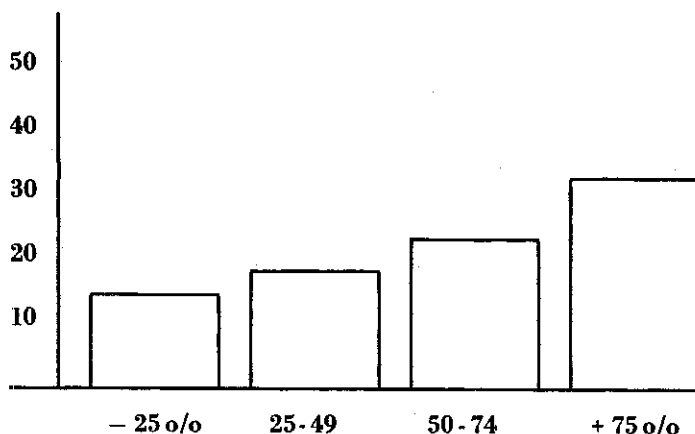
GRADO DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO

CUADRO No. 16

GRADO DE DESPRENDIMIENTO	NUMERO DE CASOS	PORCIENTO
Menor de 25 o/o	5	16.6
Entre 25 A 49 o/o	6	20.0
Entre 50 A 75 o/o	7	23.3
Mayores de 75 o/o	12	40.0
TOTAL:	30	100.0

P
O
R
C
E
N
T
A
J
E

D
E



CASOS

PORCENTAJE DE DESPRENDIMIENTO

Es de observar el orden ascendente en el número de casos y el grado de desprendimiento placentario (cuadro 16), pudiendo decir que hubo casos benignos y que el 63.34 o/o de los casos estuvieron enmarcados en un desprendimiento mayor del 50 o/o, relacionándose esto con el porcentaje de muerte fetal, que en los casos menores de 50 o/o de desprendimiento la mortalidad fetal es menos, siendo lo contrario en desprendimientos mayores.

(1965 - 1972)

MORBI-MORTALIDAD MATERNA

CUADRO No. 17

MORBI-MORTALIDAD MATERNA	NUMERO DE CASOS	PORCEN
A - ANEMIA	11	32.35
B - UTERO DE COUVELAIRE	7	20.59
C - SHOCK HIPOVOLEMICO	5	14.71
D - HIPOFIBRINOGENEMIA	5	14.71
E - HIPERTENSION ARTERIAL	2	5.88
F - ATONIA UTERINA	2	5.88
G - PARO CARDIACO	1	2.94
H - EDEMA PULMONAR AGUDO	1	2.94
TOTALES:	34	100.00

Podemos observar en el Cuadro No. 17 que la morbi-mortalidad materna tuvo su grado máximo de significación en la anemia con 11 casos (32.35%), hubo además 7 casos de útero infiltrado además de los 5 casos de hipofibrinogenemia y shock hipovolémico que sobrepasan el 20%. No tiene significación etiológica además de éstas, el edema pulmonar agudo y el cáncer del cervix. La única paciente que falleció por causa de un paro cardíaco cuando se le efectuaba histerectomía por atonía uterina y útero de Couvelaire, que es aquél en que tiene enormes extravasaciones de sangre en la musculatura uterina y que puede llegar más allá de la mucosa tubarica. Llamado también apoplejia utero-placentaria o infiltración uterina.

Se hace notar que solo a 8 pacientes (23.53%) se les hizo

PACIENTES CON DPPNI EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

(1965 – 1972)

MORBI-MORTALIDAD FETAL

CUADRO No. 18

MORBI-MORTALIDAD FETAL	NUMERO DE CASOS	PORCENTO
MUERTE FETAL	23	76.66
PREMADUREZ	17	56.66
ANOXIA PERINATAL	5	16.66

Como puede verse la mortalidad fetal es bastante elevada, y a de ello es que hay 23 muertes o sea un 76.66 o/o, le siguen la anoxia perinatal con 5 casos que equivalen a 16.66 o/o, hubo 2 casos de anomalías congénitas múltiples, uno de los recién nacidos nació muerto presentando espina bífida, mielocèle equinovarus, polidactilia; el otro falleció 24 horas más tarde y presentaba exencefalia, labio leporino, paladar hendido, pie equinovarus, estos casos fueron incluidos en la mortalidad fetal. De los niños que vivieron uno fue prematuro. Hay que hacer mención que de los 30 niños que nacieron 17 (56.66 o/o), fueron prematuros por lo que se correlaciona edad de embarazo y bajo peso.

La mortalidad materna de este estudio fue de 3.34 o/o (1 caso de pacientes que presentaron Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normalmente Inserta. En relación a la mortalidad materna total el DPPNI ocupó el 0.37 o/o, lo que coincide con los datos de la literatura mundial.

Se aclara que algunas de las pacientes presentaron varias entidades patológicas, mientras que otras no presentaron ninguna.

CONCLUSIONES

1. El DPPNI se produjo con más frecuencia en pacientes múltiparas (50 o/o).
2. 17 pacientes (56 o/o), presentaron embarazos menores de 37 semanas de gestación por edad calculada, sin que se pudiera encontrar una explicación lógica.
3. En el presente estudio el DPPNI fue más frecuente en pacientes comprendidas entre 20 y 24 años.
4. El tipo de parto más frecuente fue el Distócico, debido a la necesidad de evacuar el útero rápidamente por el riesgo materno y fetal que conllevó a la entidad estudiada.
5. El método de elección para resolver los partos distócicos fue la operación cesárea en la mayoría de los casos (68.36 o/o).
6. En 28 casos (93.34 o/o), no se utilizaron oxitócicos.
7. La gran mayoría de los recién nacidos nacieron muertos en el presente estudio o sea el 76.66 o/o (23), de los recién nacidos.
8. El 50 o/o o sea 15 casos de los fetos murieron estando hospitalizada la madre.
9. 16 pacientes (53.33), salieron curadas al momento de egresar del hospital.
10. Hay muy mal manejo en cuanto a exámenes de laboratorio se refiere.
11. 22 casos (73.34 o/o), de las pacientes no tuvieron control prenatal.

19 casos (63.34 o/o), presentaron un desprendimiento placentario mayor del 50 o/o.

La mortalidad fetal fué alta (76.66 o/o).

La mortalidad fetal fué directamente proporcional al grado desprendimiento placentario.

La morbilidad materna más frecuente fué la anemia.

No se investiga el problema de hipofibrinogenemia en 2/3 pacientes con DPPNI.

La mortalidad materna por DPPNI fué baja en relación a la reportada en otras latitudes.

La causa de las 23 muertes fetales fué anoxia in útero.

La incidencia general de DPPNI en el período de tiempo en estudio (1965 a 1972) fué de 0.30 o/o.

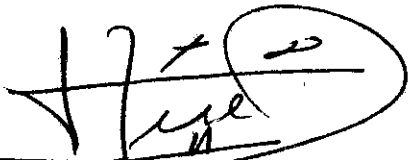
RECOMENDACIONES

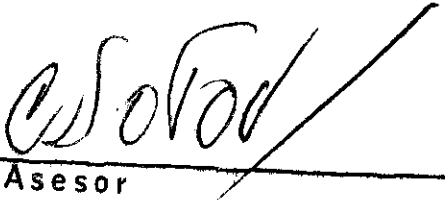
1. Investigar rutinariamente el fibrinógeno en pacientes con DPPNI.
2. Mejorar el servicio que presta la consulta externa de prenatal.
3. Controlar mejor el trabajo de parto de las pacientes, especialmente la frecuencia cardíaca fetal ya que muchas muertes fetales pueden evitarse. (Monitorización materno-fetal).
4. Mantener una estrecha relación entre el laboratorio, banco de sangre y el Departamento de Maternidad, en el manejo de los casos con DPPNI.
5. Llevar un archivo adecuado que funcione para el Departamento de Maternidad.

BIBLIOGRAFIA:

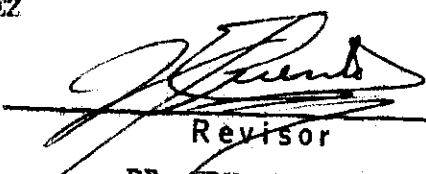
1. Cohen R.W. ET AL
Infant Survival Following Protracted Abruption Placentae.
Pediatrics 531: 760-1. May 1, 1974
2. Fuentes H. Roberto
Desprendimiento Prematuro de Placenta
Tesis, de graduación
Facultad de Ciencias Médicas USAC, Noviembre 1, 1958
3. Hellman L. Pritchard J. Wynn R.
Willams Obstetricia, 1o. Edición Salvat Editores S.A.
México 1, 1973
4. Jewett J.F.
Committee on Maternal Welfare
New English Journal of Medicine 200: 1020-1
May 2 1, 1974
5. Naftolin F, ET AL.
The Syndrome of Chronic Abruption Placentae Hidrorrea,
and Circunvalate Placenta
American Journal Obstetrics and Gynaecology 116 : 347-50
June 18 1, 1973
6. Nova y Sánchez RM, ET AL
Our Experience in the premature detachment of the Normally
Inserted Placenta.
Ginecología y Obstetricia, México 33: 269-84
7. Pritchard J.A., ET AL
Genesis of Severe Placentae Abruption
American Journal Obstetrics and Gynaecology 108:22-7
September 1o. 1, 1970.

8. Pritchard J. A., Stone
Clinical Laboratory Observation on Eclampsia
American Journal Obstetrics And Gynaecology 99: 754
1967.
9. Soto Carlos
Maternidad del Hospital Roosevelt
Trabajo presentado en el VII Congreso Nacional de
Ginecología y Obstetricia
Guatemala, febrero de 1,978.
10. Soto Carlos
Primigesta Juvenil en el Hospital Roosevelt
Trabajo presentado en el VII Congreso Nacional de
Ginecología y Obstetricia.
Guatemala, febrero de 1,978.
11. Sutton Dm., ET AL
Intravascular Coagulation in Abruptio Placentae
American Journal Obstetrics and Gynaecology 109: 604-14
February 15, 1,971.
12. Symoides EM., ET AL
Inapropriate Renin Secretion in Pregnancy
American Journal Obstetrics and Gynaecology
118: 6-13, January 1,974.
13. Whalley PJ., ET AL
Maternal Folate Deficiency and Pregnancy Wastage
American Journal Obstetrics and Gynaecology
105: 670-8 November 10. 1,969.

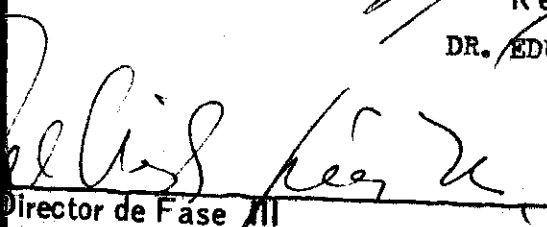

Br. JORGE ROBERTO ESCOBEDO AÑAS

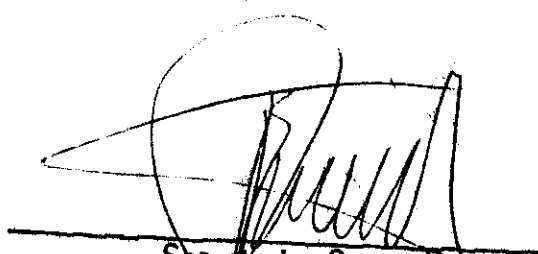

Asesor

DR. CARLOS SOTO VASQUEZ


Revisor

DR. EDUARDO FUENTES SPROSS.


Director de Fase III
Dr. Julio de León


Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo

Vo.Bo.