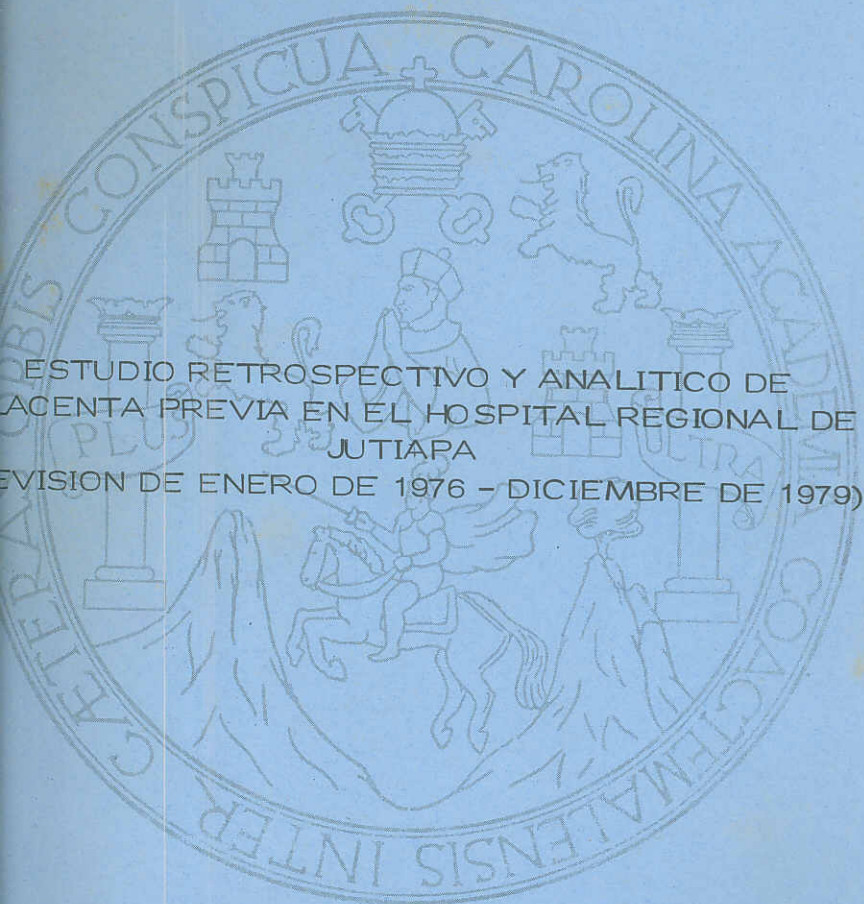


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



ESTUDIO RETROSPECTIVO Y ANALITICO DE
ACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
JUTIAPA
EVISION DE ENERO DE 1976 - DICIEMBRE DE 1979)

CESAR AUGUSTO BARILLAS HERNANDEZ

PLAN DE TESIS

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- ANTECEDENTES
- 3.- OBJETIVOS
- 4.- MATERIAL Y METODOS
- 5.- REVISION DE LITERATURA:
 - Definición
 - Etiología
 - Signos y Síntomas
 - Diagnóstico
 - Métodos de diagnóstico
 - Diagnóstico diferencial
 - Tratamiento:
 - Médico
 - Quirúrgico
 - Pronóstico
- 6.- PRESENTACION DE CASOS
- 7.- ESTUDIO ESTADISTICO Y PORCENTUAL
- 8.- CONCLUSIONES
- 9.- RECOMENDACIONES
- 10.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Siendo la placenta previa uno de los cuadros de mayor gravedad en clínica obstétrica, nos llamó la atención como tema para realizar el presente estudio de tesis, tomando en cuenta su importancia como entidad patológica, considerada ésta dentro del grupo denominado hemorragias del tercer trimestre del embarazo y que afecta enormemente al grupo Materno y por ende al grupo Infantil. Los riesgos que conlleva la aparición de esta patología, son numerosos, variables y que incluso, en algunas ocasiones por su severidad del cuadro pueden ser fatales si no se detecta con prontitud en determinado momento y que además de ello no se establezca de inmediato el tratamiento adecuado y una pronta hospitalización del paciente, tomando en cuenta y poniendo en práctica los últimos conocimientos obstétricos en la atención médica que merecen los pacientes afectados a esta entidad patológica.

Es mi deseo que el presente trabajo de tesis cumpla su cometido como un aporte más al estudio de la patología obstétrica, esperando que su aprovechamiento redunde en beneficio y bienestar de nuestra patria Guatemala.

ANTECEDENTES

En relación al presente trabajo no existe ningún estudio previo que se haya efectuado en el Hospital Regional de Jutiapa.

En el país se han realizado los siguientes estudios:

- 1.- Cantoral Campos, Emio Alfredo.
Placenta Previa en el Departamento de Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios (Revisión de 40 casos) Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala 1973.
- 2.- Sagastume y Sinibaldi, Edmundo Alberto.
Placenta Previa (Estudio de 200 casos) Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala 1963.
- 3.- Pérez Jacobo, Jorge.
Contribución al estudio de la Placenta Previa. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala 1959.
- 4.- Fuentes S, Eduardo.
Algunas consideraciones sobre Placenta Previa. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala 1955.

OBJETIVOS

- 1.- Determinar la incidencia de este problema obstétrico a nivel departamental en un período de 4 años.
- 2.- Presentar una revisión de la literatura sobre Placenta Previa.
- 3.- Efectuar un análisis estadístico y porcentual sobre los casos encontrados en el Hospital Regional de Jutiapa.
- 4.- Presentar resultados obtenidos en el manejo de esta clase de casos.
- 5.- Revisión bibliográfica sobre métodos diagnósticos y tratamientos, enfocados principalmente a este tipo de patología y relacionarlos con el presente estudio.

MATERIAL

A) HUMANO

Integrado por:

El Asesor

El Revisor

El ejecutante del trabajo

B) FISICO

1.- Papeletas de registros clínicos del Hospital Regional de Jutiapa.

2.- Material bibliográfico de las bibliotecas de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, del Hospital Roosevelt e INCAP.

3.- Material de Uterina.

METODO

ANALITICO: (Inductivo-Deductivo) aplicado en la revisión de literatura, registros e informes, así como en la revisión de casos en el análisis del material recabado y en el proceso de arribar a conclusiones definidas.

REVISION DE LITERATURA

DEFINICION

Se le ha asignado con el término de Placenta previa para describir la condición en la cual la placenta se implanta en el polo inferior del útero, ya superponiéndose al orificio interno, ya alcanzando la vecindad del mismo y al menos una parte o la totalidad de la placenta va a preceder a la parte presentada del feto. (previo-precendente). Por ello obstaculiza más o menos el camino del feto hacia afuera según el grado de la precidencia. (1,4,5)

CLASIFICACION

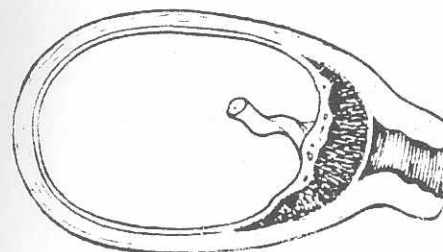
Puesto que la relación de la placenta con el orificio interno del cérvix es importante en el manejo y éxito del embarazo, ciertos términos descriptivos son necesarios para su clasificación: (1,3,4,7)

- 1.- Placenta previa total: el orificio interno está totalmente cubierto por la placenta aún cuando el cérvix está completamente dilatado.
- 2.- Placenta previa parcial: la placenta únicamente cubre una parte del orificio interno. La placenta cubre el orificio interno cuando está cerrado, pero No cuando está completamente dilatado y esto se expresa como el porcentaje del orificio cubierto a la hora de que se haga un diagnóstico definitivo.

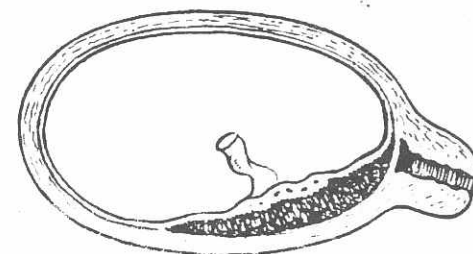
3.- Placenta previa marginal: cuando la placenta se extiende hacia el borde del orificio interno, sin extenderse más allá de él.

4.- Placenta de inserción baja: la placenta se implanta cerca del orificio interno, por lo que el borde de aquélla puede ser palpado por el dedo explorador, introducido a través del cuello, pero la placenta no se extiende más allá de los márgenes del orificio interno.

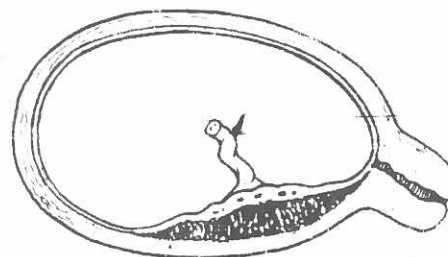
La terminología descrita anteriormente se clasifica e ilustra en las siguientes figuras:



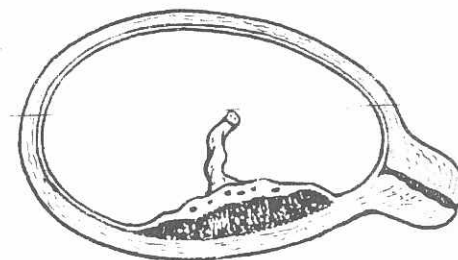
TIPO No. 1
Placenta Previa Total



TIPO No. 2
Placenta Previa Parcial



TIPO No. 3
Placenta Previa Marginal



TIPO No. 4
Placenta Previa de Inserción Baja

ETIOLOGIA

La causa específica de la placenta previa es desconocida. La indicación etiológica más importante lo constituye el hecho de que la placenta previa es más común en multíparas, debido a una serie de factores que se describen a continuación:

La multiparidad puede predisponer a la placenta previa a causa del aumento del área superficial de la placenta o placentas. Hay cambios en el tamaño y contorno de la cavidad uterina después del embarazo. Los vasos en los sitios de previa implantación placentaria son sometidos a cambios que posiblemente disminuyen la irrigación sanguínea a esas regiones del endometrio. En embarazos posteriores se necesitará más área superficial para la implantación de la placenta y proveer de esta manera un adecuado riego sanguíneo materno al espacio intervelloso. Esto, indudablemente, aumentará las posibilidades de pasar los límites del orificio interno. (1)

La placenta previa se presenta con mayor frecuencia en multíparas que en primigestas.

Las lesiones de la mucosa uterina se encuentran principalmente en multíparas, que aparecen sobre todo, después de partos que se suceden unos a otros con rapidez; cabe mencionar las lesiones del endometrio; endometritis del cuerpo del útero, frecuentes abortos y legrados. (5)

También es importante mencionar la incidencia

de placenta previa en pacientes quienes se han curado de sus incisiones uterinas después de tales operaciones como Cesárea, Histerotomía, Miomectomía o Metroplastía en que es bastante común encontrar que subsecuentes sitios placentarios incluyen el área de las cicatrices. Todas estas lesiones empeoran sobre todo la irrigación sanguínea de las correspondientes zonas de mucosa, y disminuyen por ello en alto grado las posibilidades de nutrición del huevo, por ende, éste no anida en la parte superior del cuerpo del útero, sino que se localiza hacia abajo en la región del segmento inferior. (1,5)

Hay un aumento en la incidencia de placenta previa en pacientes con partos previos por Cesárea anterior, sea que la incisión uterina fue vertical o transversal; esto puede ser el resultado de alteraciones en el suministro de sangre al área, y de cambios en la calidad y profundidad del endometrio. (1)

Hay un caso especial del que haremos mención: placenta previa istmica-cervical en la que la anidación primaria del huevo es el segmento inferior del útero, en lugar de hacerlo en la mucosa del cuerpo del útero. Esta "Placenta istmica primaria es rara". (5,6)

Otra causa que parece favorecer la aparición de placenta previa es la edad avanzada. La edad y el número de partos juegan cierto papel como causas del proceso, aunque la edad puede tener mayor importancia. Las mujeres de más de 35 años presentan placenta previa con una frecuencia de 3 y medio veces mayor que las de menos de 25 años, prescindiendo del número de partos. (4)

En lo que se refiere a la hiperactividad tubárica hay frecuentes y apreciables diferencias de la actividad contráctil de las trompas por influencia de las hormonas ováricas, admitiendo la posibilidad de implantaciones anómalas de huevo de ahí resultantes. Las contracciones más rápidas podrán llevarlo en menos tiempo a la cavidad uterina, trayendo como consecuencia la implantación baja. (6)

SIGNOS Y SINTOMAS

La hemorragia indolora es la característica principal en la placenta previa que generalmente no aparece hasta después de las 32 semanas de gestación. La hemorragia aparece por lo general, repentinamente en una mujer embarazada que hasta entonces había disfrutado de una salud satisfactoria. No es raro que la paciente manifieste que ha presentado hemorragia cuando está durmiendo o cuando está efectuando cualquier tipo de actividad. (1,3,4,6)

Otra característica de la hemorragia en la placenta previa es el color rojo rutilante. (1)

La hemorragia inicial raras veces es tan profusa y abundante que pueda provocar la muerte de la enferma, sin embargo, no es raro encontrar una hemorragia masiva inesperadamente, por sí sola capaz de poner en peligro la vida de la mujer. (4,6)

Por lo general, la hemorragia que es escasa, cesa en forma espontánea, para reaparecer en el momento más inesperado, aumentando la cantidad a medida que está próximo el fin de la gestación. En otros casos la hemorragia no cesa del todo. Es importante tener presente esta sucesión de pequeñas pérdidas porque pueden conducir a un estado de anemia aguda. (4,6)

Aunque el episodio hemorrágico inicial coincide con el trabajo de parto, el paciente no experimenta ningún dolor y el útero permanece blando. (1)

En placentas de implantación baja la hemorragia no aparece hasta el comienzo del parto, la cual varía desde unaligera leucorrea sanguinolenta hasta una hemorragia profusa. Cuando la placenta está situada sobre el orificio interno, la formación del segmento inferior y la dilatación del orificio interno provocan el inevitable desgarro de las conexiones placentarias, que va seguido por hemorragia de los vasos uterinos. Se comprende que la hemorragia será más abundante cuanto mayor sea la superficie del desprendimiento. (4)

Otro síntoma frecuente es el parto prematuro. El fenómeno podría explicarse por la excitación del cuello, resultante de la permanencia de los coágulos sanguíneos, por la protusión de las membranas o de la placenta desprendidos. (6)

Una de las causas de interrupción prematura de la gestación en la placenta previa es la rotura antes de tiempo de las membranas, uno de los síntomas que también se encuentra. (6)

Al implantarse la placenta en las proximidades del orificio cervical, sus bordes y las porciones internas, no es raro presentar vellosidades atrofiadas en vista de la deficiente nutrición obtenida a través de una decidua poco nutritiva, como generalmente suele ser el de las porciones bajas de la cavidad uterina y en el segmento inferior. (6)

También en las placentas parciales o totales es frecuente encontrar atrofia de las vellosidades coriales, siendo ahí sustituidas por un tejido membranoso, sujetos a rotura espontánea. El fenómeno atrófico no

siempre se limita a la región del orificio cervical.

Un endometrio poco nutritivo, una de las causas posibles de condicionar la placenta previa, lleva frecuentemente a un aspecto difuso de la placenta, de superficie más extensa que lo normal, de paredes poco espesas y rebordes irregulares, como suele ocurrir en los casos de placenta previa. (6)

Entre los signos de placenta previa, es frecuente encontrar presentaciones y situaciones anormales — del feto: presentaciones de hombros en un 9%, de nalgas 16% y de vértice 70%, debido a la deformación y restricción al área del estrecho superior por la placenta ahí localizada. (4,6,7)

La hemorragia indolora en el tercer trimestre — de la gestación haciendo caso omiso de si es severa o mínima debe considerarse como consecuencia de placenta previa hasta que ésta se descarte.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

En pacientes con hemorragia uterina durante el último tercio del embarazo, hay que sospechar siempre una placenta previa o una abruptio. La posibilidad de una placenta previa no debe descartarse hasta que una cuidadosa exploración haya demostrado su ausencia. El diagnóstico definitivo de placenta previa se hace por palpación de la placenta al examen vaginal. Haciendo caso omiso de la cantidad de una hemorragia — previa, ESTE EXAMEN PUEDE PROVOCAR LA MAS VIOLENTA HEMORRAGIA, SUFICIENTE PARA PONER EN PELIGRO LA VIDA DE LA MADRE. En consecuencia, éste se hace únicamente 1) si todo está en disposición para una operación Cesárea inmediata si fuera necesario y 2) si la conducta expectante no es apropiada. El examen, a que se hace referencia como el doble examen instituido, se describe bajo tratamiento, ampliamente. (1,4)

MÉTODOS INDIRECTOS DE DIAGNOSTICO

Los siguientes métodos de diagnóstico son aplicables únicamente si la hemorragia inicial se ha detenido y si hay una ventaja clara en posponer el parto hasta que el niño esté más grande. (1,2,4)

TECNICAS DE RAYOS-X:

Una ventaja de los varios métodos de localización de la placenta por rayos X es que se obtienen radiografías del esqueleto fetal.

Método posicional:

Con esta técnica se toman radiografías que pueden mostrar desviación de la parte presentada de su posición natural en relación a la pelvis. Se obtiene mayor información, algunas veces, inyectando material radio-opaco dentro de la vejiga o la cavidad amniótica (cistografía y amniografía) y mediante presión manual sobre la parte presentada, en un intento por cerrar cualquier aparente abertura entre ella y la pelvis. Este método no es confiable hasta las últimas semanas del embarazo, cuando menos se le necesita. Positivamente no localiza la placenta sino meramente expone si hay o no espacio entre señales óseas fetales y pélvicas que podrían estar ocupadas por una placenta previa de espesor normal. (2)

Método de tejidos blandos:

Con esta técnica se usan rayos-X de baja penetración para demostrar la sombra placentaria. En algunos casos de embarazo tardío, éste es ayudado por el hecho de que la placenta ha sufrido calcificación. En manos expertas es un método confiable de localización placentaria y a diferencia de la técnica posicional da localización positiva. Esta depende, sin embargo, de técnica radiográfica de primera clase y si ésta faltara, como sucede a menudo, involucra exposición inútil a la radiación. (2,4)

TECNICAS DE ULTRASONIDO

El valor del ultrasonido en el diagnóstico obstétrico está generalmente aceptado ahora. Esta técnica es útil para la localización placentaria no solo en los casos de hemorragia antepartum sino para identificar el sitio de la placenta antes de la amniocentesis y cuando existe duda acerca de la madurez fetal. Los métodos de ultrasonido fueron introducidos a la obstetricia y ginecología por Donald en Glasgow en 1958. El término se aplica a ondas de sonido de una frecuencia mayor de 16,000 que es el límite audible más alto. En la práctica de la medicina se emplean frecuencias de 1 1/2-2 1/2 millones de Hz. Sonido de muy alta frecuencia se transmite como un rayo, parecido al rayo de luz a diferencia del sonido audible, el cual se irradia hacia afuera desde su punto de origen de un modo circular. Este rayo de ultrasonido puede ser proyectado en cualquier dirección deseada y como un rayo de luz puede ser reflejado, refractado o absorbido. Sólidos y líquidos

dos tales como aquellos presentes en varios tejidos del cuerpo permiten el paso de ondas ultrasónicas, aunque atenuándolas hasta una extensión variable, dependiendo de la consistencia del tejido de que se trate; cada tejido, entonces, tiene lo que se denomina como "Resistencia acústica específica". Como el rayo de ultrasonido es grandemente atenuado por el aire debe emplearse algún medio de excluir el aire; esto se consigue aplicando una capa de aceite sobre la piel (2)

El tipo de examen "B" en que la onda reflejada se representa por un punto correspondiente a la posición del eco. En este tipo de examen la onda que emite el ultrasonido se dirige en sentido lineal a través de la superficie del cuerpo. Con este examen mayor cantidad de tejidos y espacios son atravesados por el sonido; finalmente, se muestra un ecograma del área respectiva.

La placentografía ultrasónica en algunas partes se compara favorablemente con otros métodos hasta donde el reconocimiento correcto del sitio placentario concierne; en casos de hemorragia antepartum Donald y Abdulla informan de una exactitud del 94%. El método tiene ventajas sobre otros por su simplicidad, su falta de cualquier incomodidad o peligro para la paciente y por la fotografía extremadamente clara que da, en la mayor parte de los casos de la relación precisa del punto más bajo de la placenta al orificio interno.

El examen ultrasónico debe realizarse con la vejiga de la paciente llena, de modo que esta relación entre el punto más bajo de la placenta y el cervix pueda ser apreciada. (2)

AORTOGRAFIA:

La cateterización retrógrada aortográfica con medio de contraste radio-opaco es ahora un procedimiento rutinario en los departamentos de rayos-X y que es virtualmente indolora. Hay positiva demostración de la placenta y donde la localización precisa es importante o bien donde se requiera la localización, particularmente en el embarazo temprano puede estar indicada. (2)

Localización placentaria por Isótopos:

Mediante la inyección de isótopos radioactivos dentro de la circulación materna, seguida por conteo de la intensidad de radiación sobre el útero, puede localizarse el sitio de la placenta. La mayor parte de técnicas utilizan albúmina sérica marcada con yodo radioactivo (^{131}I) o Tecnecio ($^{99\text{m}}\text{Tc}$). Estos isótopos poseen vida media de 2 1/2 y 6 horas, respectivamente. La radiación es mínima y mucho menor que aquella producida por rayos-X, ya que con éstos, ambos la madre y el feto reciben considerable radiación. (2,4)

Mediante esta técnica la placenta se visualiza con prontitud en el segundo trimestre e inicio del tercero, punto muy importante, ya que es la placentografía temprana la que resulta de mayor ayuda.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se hace primeramente con el Desprendimiento prematuro de la Placenta normalmente inserta (D.P.P.N.I.), la cual también se manifiesta por hemorragias en el último trimestre de la gestación, pero el estado general de la paciente no está en relación con el volumen de la pérdida. Cuando la sangre reunida en gran proporción detrás de la placenta (hemorragia interna) la paciente puede presentar un cuadro clínico de anemia aguda; en los cuadros graves, la paciente entra en choque independientemente del surto hemorrágico. (2,5,6,7)

Las pérdidas sanguíneas de la placenta previa no se acompaña de dolor, fuera de la contracción uterina; en el desprendimiento prematuro de placenta siempre es doloroso, dolor continuo, como puñalada. El útero en el D.P.P.N.I. es tenso, hipertónico, leñoso; en la placenta previa se palpa fácilmente y el foco fetal se escucha con facilidad, que en el primer caso muere generalmente en el inicio del proceso y en el segundo caso se mantiene vivo por más tiempo. (4,5,6).

De Lee condensó de modo esquemático los diversos signos y síntomas diferenciales, de modo bastante elucidativo en el cuadro siguiente: (6)

Desprendimiento prematuro

- a) Ataque súbito, ruidoso.
- b) Dolor grlte. localizado en el sitio placentario.
- c) Hemorragia interna o externa después de cierto tiempo.
- d) Hemorragia generalmente grave.
- e) Generalmente una sola pérdida hemorrágica.
- f) Posible verificación de la causa responsable.
- g) Fenómenos generales desproporcionales a la cantidad de la sangre perdida.
- h) Cese de los movimientos fetales.
- i) Hemorragia continua, cesando algunas veces

Placenta Previa

- a) Ataque prodrómico, en silencio
- b) Ausencia de dolor cuando no hay contracciones uterinas.
- c) Hemorragia siempre externa, desde el inicio.
- d) Hemorragia de inicio, generalmente ligera.
- e) Varias pérdidas hemorrágicas; hemorragia de repetición.
- f) Comúnmente sin causa apreciable.
- g) Fenómenos generales proporcionales a la pérdida sanguínea.
- h) En general no hay alteración.
- i) La hemorragia generalmente cesa excepto

durante las contracciones uterinas.

to en la variedad central.

- j) La hemorragia aumenta durante las contracciones uterinas.

Signos

- | | |
|---|--|
| 1) Abdomen distendido, -
tenso y doloroso a la
presión. | 1) Abdomen como en la
gravidez normal. |
| 2) Utero tenso, leñoso, -
no dejando percibir al
feto. | 2) Utero de consistencia-
normal. |
| 3) Ausencia de ruidos -
cardíacos fetales. | 3) Foco fetal casi siem-
pre presente. |
| 4) No se percibe la pla-
centa por el tacto. | 4) La placenta se perci-
be fácilmente. |
| 5) Membranas tensas, se
siente con facilidad la
presentación. | 5) Cabeza casi siempre -
desencajada. |

En el D.P.P.N.I. se presenta casi siempre en pacientes toxémicas o después de un traumatismo abdominal. En la placenta previa, la hemorragia surge inesperadamente y no es raro de noche, durante el sueño; las pacientes se sorprenden mojadas y no es raro que tengan la impresión de que se orinan inesperadamente. (4,6)

Las várices cervicales son raras, pero cuando existen pueden provocar pérdidas sanguíneas en la gestación avanzada, capaces de simular el cuadro clínico de placenta previa. (1,2,5,6)

Los pólipos del cuello raramente coinciden con la gestación. Un examen con espéculo fácilmente los reconocería, sin despreciar la coincidencia con la placenta previa.

El carcinoma del cérvix, más raro todavía, en coincidencia con la gestación. Casos semejantes son citados en la literatura médica como raros, y la razón es lógica; el carcinoma del cuello aparece en ocasiones, en pacientes que están en el climaterio, cuando las posibilidades de embarazo están reducidas. La posible confusión diagnóstica se aclara fácilmente con exámenes de citología y con espéculo. (1,2,5,6,7)

TRATAMIENTO

EVALUACION GENERAL DEL PACIENTE:

Al ingresar al hospital, la paciente debe colocarse en reposo en el servicio de intensivo, tal como el departamento de partos. (1,2)

Aunque la hemorragia se haya detenido o sea mínima, debe introducirse un cateter intravenoso, obtener sangre para determinar su grupo y Rh hemoglobina e iniciar tratamiento con líquidos I.V. Las manifestaciones sistémicas de la hemorragia dependen de la cantidad de sangre perdida. Los episodios hemorrágicos o de flujo sanguíneo, usualmente ocurren durante la fase de embarazo, en que el volumen sanguíneo circulante está aumentado en un 20 - 40%; de consiguiente las pacientes pueden ser llevadas a un falso sentido de seguridad si no se registran mayores cambios en el pulso y la presión sanguínea. La evidencia de hipovolemia sugiere que la hemorragia ha sido severa, salvo que hubiere algún factor no relacionado - (preeclampsia, hemorragia previa, uso prolongado de diuréticos) causando con ello una disminución en el volumen sanguíneo. Se deben obtener: el detalle exacto del episodio la historia de hemorragia previa y los antecedentes ginecoobstétricos y médicos. Lo fidedigno del historial depende del estado clínico y hemodinámico de la paciente. El examen físico debe ser completo EXCEPTO los exámenes vaginales y rectales, que deben ser omitidos en esta oportunidad. Pueden estar presentes cualquiera o todas las manifestaciones de shock hipovolémico. La observación de las extre-

midades inferiores, del periné, usualmente revelan sangre. Al examen de abdomen, usualmente se encuentra que el útero está blando y de tono normal y no tierno. Con la presencia de una presentación longitudinal el fondo está usualmente más alto de lo que se esperaba aún con la ausencia de polihidromnios o de embarazo múltiple ya que la parte presentada está asida en lo alto por la placenta. Las partes de nalgas, oblicuas y transversales son comunes.

La muerte fetal antepartum no es lo usual y el foco fetal es audible fácilmente. Como regla general el sufrimiento o la muerte fetal ocurre solamente si se quitan o separan del útero una porción significativa de la placenta o con la presencia de shock hemorrágico. (1)

TRATAMIENTO EXPECTANTE:

En 1945 aparecieron dos documentos, uno por Johnson y otro por Macaffe, quienes introdujeron el tratamiento moderno expectante de casos seleccionados de placenta previa (notablemente aquellos en que el niño es prematuro y en el cual un parto inmediato no es obligatorio para detener la hemorragia). En grandes series de casos, demostraron que la primera hemorragia vaginal de placenta previa es rara aún cuando no fatal, mediante no haber hecho exámenes vaginal o rectal y si el paciente no es anémico al inicio de la hemorragia vaginal. El propósito del tratamiento expectante es el ganar y por ende, agregar madurez fetal y de consiguiente agregar las probabilidades de supervivencia. Este no tiene lugar con la presencia de

hemorragia persistente o recurrente que no se detiene y no es apropiado si el embarazo se encuentra dentro de las pocas semanas para llegar a término. (1,4)

TRATAMIENTO DEFINITIVO:

Prácticas diseñadas para taponar la placenta mediante Metrorrinter (bolsa intrauterina), la tracción de un pie después de versión podálica interna, o por tracción del cuero cabelludo o las nalgas con los forceps de Willett, se usaron antes del advenimiento de la reposición sanguínea, la anestesia moderna y de los antibióticos. Con muy raras excepciones, ellas no tienen lugar en el manejo moderno de placenta previa. El tratamiento hospitalario moderno está casi limitado enteramente a la amniotomía (para los grados menores de placenta previa) y la sección Cesárea (para los restantes). (1)

La decisión acerca de cual de éstos se aplicará, es usualmente y en casi todos los casos preferiblemente hecha por el arreglo o disposición del doble examen. A continuación se exponen los siguientes requisitos que deben observarse detenidamente: (1,4)

- 1.- El examen debe efectuarse en una sala de operaciones o de partos en la que pueda practicarse cirugía mayor.
- 2.- El personal debe incluir: una enfermera instrumentista, enfermera circulante, el médico que practica el examen y el tratamiento correspondiente, al menos un médico asistente, un anes-

tesista o anestesiólogo y alguien más para suministrar atención y cuidados al niño.

- 3.- El instrumental debe estar listo de inmediato para la intervención del parto vía vaginal o abdominal.
- 4.- Debe haber mantenimiento estricto de vena con un cateter o aguja y que estén pasando líquidos. Si no se está administrando sangre completa debe obtenerse ésta en sala de operaciones o de partos.
- 5.- El personal de enfermería y de pediatría deben haber sido notificados para esperar un recién nacido de alto riesgo.

Cuando todas las condiciones arriba indicadas hayan sido satisfechas y la paciente haya sido preparada para practicar el parto vaginal o abdominal, se comienza con el examen aséptico vaginal visualizando el cér-vix. Si no se hallaran lesiones significativas, se palpan suavemente los fórnices vaginales, para determinar si hay algo entre las puntas de los dedos y la parte presentada, salvo la pared vaginal y uterina y el líquido amniótico. Esto no nos dará un diagnóstico específico, pero posiblemente puede proveernos información de provecho. En este punto debe pasarse cuidadosamente un dedo dentro del canal cervical. Si el tejido placentario cubre el orificio, se percibirá una característica masa placentaria ligeramente áspera en el tejido palpado. Cuando solo una porción del orificio está cubierta, se siente el borde placentario. El examen debe detenerse inmediatamente, si alguna de las

condiciones anteriores está presente, ya que aún el examen más grave puede precipitar la más violenta hemorragia. Si no se palpa tejido placentario sobre el orificio o en sus bordes deben quitarse las membranas de la pared uterina y el dedo introducirse a lo largo de la superficie del segmento uterino inferior. Esta área debe ser palpada tan lejos como el dedo del examinador pueda alcanzar o llegar. Se diagnostica placenta de inserción baja si se palpa tejido placentario durante esta maniobra. Como este examen puede llamar fuertemente flujo sanguíneo, no debe de intentarse salvo que sea esencial el diagnóstico inmediato o que se haya decidido sobre un parto por vía vaginal. (1,4)

Las siguientes consideraciones son de importancia con respecto al uso del examen doble en pacientes con historial de flujo sanguíneo reciente:

- 1.- Cualquier paciente con embarazo de 36 semanas o más en quién la edad estimada esté en proporción con la duración de la gestación, debe efectuársele un examen aséptico doble con prontitud, después del ingreso. Si se encontrara placenta previa, el tratamiento debe instituirse en esa oportunidad.
- 2.- Cualquier paciente que tenga persistente o fuerte hemorragia con trabajo de parto activo, sin hacer caso de la duración del embarazo, debe efectuársele un examen doble inmediato. Si se hallara placenta previa debe de realizarse el tratamiento adecuado en esa oportunidad.
- 3.- Cualquier paciente que tenga un feto prematuro,

en quién la hemorragia no sea severa y no presente trabajo de parto activo debe ser cuidadosamente observada en reposo por 48 horas. (1)

No deben practicarse exámenes vaginales o rectales durante este período. Cuando la hemorragia haya cesado, debe hacerse un cuidadoso examen con espéculo para descartar lesiones traumáticas, infecciosas o neoplásicas de la vagina y el cérvix. Si no se hallara ninguna, puede permitírsele gradualmente a la paciente levantarse de la cama, salvo que hubiera recurrencia de la hemorragia. Si la placenta previa no se descarta por los métodos indirectos anotados la paciente debe permanecer bajo estrecha observación, hasta que el feto ya no sea prematuro. En esa oportunidad está indicado un examen doble electivo. Debe iniciarse la terapia apropiada para el diagnóstico. De comenzar el trabajo de parto o de repetirse persistente o fuerte hemorragia antes de alcanzar la adecuada madurez fetal, debe abandonarse el manejo expectante y el examen doble e instituir la terapia apropiada. (1)

OPERACION CESAREA:

Si se trata de un caso de placenta previa, su manejo depende de la duración del embarazo y de la extensión o grado de la hemorragia. Si el embarazo resulta ser de menos de 37-38 semanas la tendencia actual es permitirle continuar, hasta que el niño haya crecido de un tamaño aceptable y se le de la oportunidad de supervivencia extraútero. (véase Macafee, tratamiento expectante.). (1,2)

Una vez que el embarazo ha avanzado hasta la 37-38 semanas, o si ocurre entonces la primera hemorragia, es usualmente mejor proceder al parto del niño. Si existiera duda acerca de la madurez fetal, puede ser útil evaluar las perspectivas de función pulmonar si el parto se realiza, practicando estimaciones de Lecitina y esgingomielina sobre una muestra de solución obtenida por amniocentesis. (2)

Las opiniones difieren en cuanto a si el examen vaginal bajo efectos de la anestesia, debe practicarse seguido de la operación Cesárea, si se encontrara un grado mayor de placenta previa, o si se hace una decisión con la evidencia disponible sin examen vaginal para efectuar la operación Cesárea electiva. En grados menores de placenta previa la amniotomía vaginal puede ser suficiente para permitir a la cabeza controlar cualquier flujo sanguíneo en el parto, haciendo presión sobre el borde placentario. (2)

La operación Cesárea es el método de elección dondequiera que hay un grado muy menor de placenta previa y el niño esté vivo. Macafee y Crenshaw et al,

atribuyen la disminución de la mortalidad perinatal en ambos hospitales, al menos en parte, a un uso más grande de la operación Cesárea. Dicha operación para placenta previa es mucho más peligrosa que aquella que se efectúa por muchas otras indicaciones. Siempre tiende a producir hemorragia y pueden presentarse un número de dilemas diferentes, los cuales exigen un juicio claro y algunas veces audaz para solucionarlos. De donde resulta que la experiencia del cirujano es de gran importancia. (2)

Si se estuviera dando una hemorragia severa, puede que sea juicioso abrir el abdomen con una incisión de media línea vertical antes que la normalmente preferida Pfannenstiel. Los segundos son vitales. La decisión que sigue es si practicar la operación convencional del segmento inferior o elegir por la clásica incisión uterina. El cirujano inexperto puede desanimarse por la cantidad de vasos muy aumentada y algunas veces evidentes sobre un segmento inferior sobre el cual está implantada la placenta.

El cirujano experto, no obstante, raramente considerará como justificada la incisión clásica con sus consecuentes desventajas.

El siguiente problema es de que si se adoptase por aproximarse al segmento inferior, es como tratar con la placenta si ésta se halla al fondo de la incisión. Si se incidiera para extraer al niño a través de ella, puede ocurrir pérdida de sangre fetal y, por supuesto aún una pequeña cantidad de ésta puede resultar fatal para el niño. Por otra parte, si se hicieran intentos por extraer al niño alrededor del borde placentario, -

puede que surjan dificultades, las cuales pueden llevar a la muerte fetal por asfixia. Siempre y cuando ambos riesgos se tomen en cuenta, es improbable que uno u otro den lugar a seria perturbación. (1,2)

Después de la operación, la eliminación de la placenta del segmento inferior puede resultar difícil. Como consecuencia de la relativa falta de decidua, tiende a ocurrir marcada adherencia y ésta tiene que ser separada por partes. En esta circunstancia el flujo sanguíneo puede resultar profuso. El plan a seguir es, en tonces, proceder con la mayor rapidez posible con la separación de la placenta y cierre de la incisión uterina. A menudo se asegura un notable grado de hemostasis con una sutura de tipo continuo y atraumática. Si el control de flujo sanguíneo persiste, haga presión con empaques (torundas) tibias, ocitócicos, etc. vendrá entonces un intervalo de tiempo en el cual ha de contemplarse la histerectomía. Esta es una decisión concerniente a la cual no pueden formularse reglas precisas. El cirujano experto sabrá cuantos intentos adicionales se pueden hacer y que probablemente pongan en peligro la vida de la madre y optará por la acción drástica de la histerectomía antes de que sea demasiado tarde. (2)

PRONOSTICO

La placenta previa es uno de los cuadros de mayor gravedad en clínica obstétrica. Por la terapéutica clásica, la mortalidad materna era bastante alta. Con la adecuada terapéutica actual, ha sido reducida de 1 a 2%, habiendo estadísticas numerosas de 0%. (6)

Al repasar los informes de muchas grandes clínicas, se ha conseguido una gran mejoría en la mortalidad materna desde 1927 cuando Bill aconsejó transfusión adecuada y Cesárea en el tratamiento de la placenta previa. Con un adecuado tratamiento y una rápida hospitalización, el índice de mortalidad materna puede aproximarse a 0. El pronóstico no es tan buen en países en fase de desarrollo, donde el índice de muertes maternas excede a veces el 15%. (4)

La mortalidad perinatal ha disminuido progresivamente, según datos procedentes de gran número de casos registrados, debido a una combinación de mejor cuidado pediátrico, el uso del manejo expectante de placenta previa y el uso creciente de la operación Cesárea para el parto. Las pérdidas perinatales en la actualidad oscilan entre el 15 y 20%. (1,4)

La prematuridad plantea todavía un formidable problema, ya que sólo 1/4 de todas las pacientes con placenta previa pueden recibir tratamiento expectante. La mitad, ya están casi al término de su gestación, y la mitad de los casos restantes, el parto es forzado por las contracciones uterinas o por una hemorragia profusa. La hemorragia grave explica el incremento

en casi 4 veces de las pérdidas perinatales en casos de placenta previa total. (4)

La morbilidad materna puede resultar de la placenta previa en sí, del tratamiento, o de la combinación de ambos; la hemorragia antepartum en sí puede resultar fatal.

La hipotensión prolongada con excepción de la muerte, puede producir daño cerebral o renal, siendo éste último reversible en la mayoría de los casos con terapéutica apropiada.

Puede ocurrir el síndrome de Sheehan pero es más probable que esté asociada con Abruptio Placentae que con placenta previa.

Defectos coagulantes han sido informados pero son bastante menos comunes que con la separación abrupta. (1)

La hemorragia severa postpartum, en pacientes con placenta previa puede ocurrir con la presencia de un útero bien contraído lo mismo que de atonía. La comprensión bimanual del útero y la administración de ocitócicos son de poco o ningún valor. Los otros medios para el control de la hemorragia postpartum son bilaterales; el ligamiento de la arteria hipogástrica o la histerectomía. (1)

Otra razón de mal pronóstico es de que la anatomía y las capacidades fisiológicas del endometrio del segmento uterino inferior pueden contribuir a otro tipo de complicación que se manifiesta por sí misma ante-

partum, pero usualmente no sucede así sino hasta después del parto. La falta de profundidad del endometrio la falta de capacidad para controlar las calidades invasoras del trofoblasto o ambos, permiten un aumento en la incidencia de que se tiene informes de placenta acreta, increta y percreta, cualquiera de las cuales usualmente requiere de histerectomía para el control de la hemorragia postpartum.

Otra de las razones de mal pronóstico son las complicaciones asociadas con el tratamiento y que incluyen: sepsis, trauma operativo a estructuras adyacentes al útero, hemorragia severa por el examen o trabajo de parto, reacciones a la transfusión sanguínea, hepatitis por suero y problemas relacionados con la anestesia. Una continua monitorización de la presión venosa central por cateterización intravenosa permitirá el control preciso de la reposición sanguínea y de líquidos corrigiendo la hipovolemia sin riesgos de sobretransfusión o sobreinfusión.

PRESENTACION DE CASOS

CASO No. 1

Fecha: 21-5-1976

D.G.

Paciente de 30 años, sexo femenino, O/R de Moyuta, Jutiapa.

M.C. Referido del puesto de salud de Moyuta por embarazo de 40 semanas, situación transversa.

Historia: paciente refiere dolores de embarazo de 8 horas de evolución por lo que consulta al puesto de salud. La atiende el médico EPS, quién la refiere a este hospital con Dx. de embarazo de 40 semanas, situación transversa.

Antecedentes: G: 9, P: 7, AB: 1, FUR: 14-8-1975. FPP: 21-5-76.

Ingresa con I.C. 1) Embarazo de 40 S X UR, situación transversa.

Primer día: Se sacan Rx de abdomen: feto en podálica, variedad de nalgas.

Décimo primer día (1-6-1976): paciente inicia T. de parto activo con abundante hemorragia vaginal. Se hace examen ginecológico: cuello con dilatación completa. No se palpan extremidades, sólo se palpan bordes placentarios. I.C. 1) Placenta previal marginal

2) Presentación de vértice.

Se ordena de inmediato canalizar vena, pasar líquidos,

plasma y transfusión sanguínea al conseguir donadores de sangre. Si el estado general de la paciente es aceptable se indicará operación Cesárea stat.

Se practica Cesárea segmentaria transperitoneal. Se obtienen RN con apgar 8 al' y 10 a los 5'. Paciente tolera bien procedimiento y sale bien de sala de operaciones con transfusión sanguínea y líquidos I.V. y antibioterapia. Evolución satisfactoria sin complicaciones postoperatoria. Se da egreso y cita en un mes para control.

CASO No. 2

Fecha: 29-6-1976

Paciente de 23 años, sexo femenino, unida O/R de aldeia San Marcos Jutiapa.

M.C. hemorragia vaginal de 7 días de evolución.

Historia: Paciente refiere que el día de hoy en forma repentina le vino un sangrado vaginal intenso al estar en su casa, haciendo sus quehaceres domésticos. Dicha hemorragia le principió hace 7 días pero ésta era muy escasa.

Antecedentes: ginecoobstétricos: G: 2, P: 1, AB: 0, C: 0. FUR: ?

I.C. 1) Placenta previa.

Ingreso y evolución: sala de maternidad.

Examen físico: Paciente en regulares condiciones generales, tranquila S/V P/A 100/80, PR 60 x', T 37.5° C.

Cardiopulmonar: normal.

Abdomen: feto vivo en cefálica. AU: 38 cms. Foco fetal: 140 x'. la hemorragia vaginal cedió en un 95%. Embarazo sigue su curso.

Ordenes: se prepara a la paciente para intervención quirúrgica, con transfusión sanguínea. Se lleva paciente a sala de operaciones para efectuar CSTP bajo anestesia epidural. Hallazgos operatorios: placenta previa marginal. Se obtiene RN con apgar 8 al ' y 10 a los 5'. Paciente tolera procedimiento quirúrgico, sin complicaciones. Pte. queda en observación con transfusión sanguínea, líquidos I.V y antibioterapia. Evolución satisfactoria sin complicaciones postoperatoria.

Al 7o. día se le da egreso ya que su estado general es satisfactorio y se cita en un mes para control.

CASO No. 3

Fecha: 1-7-1977

Paciente de 36 años, sexo femenino, unida, O/R de Santa Catarina Mita, Jutiapa.

M.C. Hemorragia vaginal de 2 horas de evolución.

Historia: Paciente refiere que hace 2 horas inició cuadro de hemorragia vaginal con coágulos, rojo-oscuro, con dolor leve en hipogastrio.

Antecedentes médicos: Hipotensión; Quirúrgicos: - apendicectomía hace 4 años; Ginecoobstétricos: G: 6, P: 4, AB: 1 FUR: 18-10-1976

Examen físico: paciente en regulares condiciones generales.

Cardiopulmonar: normal.

Abdomen: feto en cefálica, AU: 31 cms. Foco fetal: 174 x'. soplo placentarios bajo. Se observa hemorragia vaginal abundante.

Ingresa con I.C. 1) Embarazo de 38 S X AU, 2) feto vivo, 3) placenta previa.

Ingresa a sala de L. y Partos y se prepara a la paciente, se canaliza vena para transfusión sanguínea y líquidos I.V.

Se hace CSTP y pomeroy clásico. Hallazgos operatorios: neg. Se obtuvo Rn con peso de 7 libras con buen apgar. Pte. queda con antibióticos. Evolución postoperatoria: al 7o. día se da egreso y cita en un mes para control.

CASO No. 4

Fecha: 10-10-1978

Paciente de 32 años, sexo femenino, unida, O/R del Progreso Jutiapa.

M.C. hemorragia vaginal de 5 horas de evolución.

Historia: Paciente refiere que hace más o menos 5 horas inició cuadro de hemorragia vaginal en regular cantidad con leves dolores en la región lumbar irradiándose hacia el abdomen.

Antecedentes: ginecoobstétricos: G: 8, P: 7, AB: 0, C: 0, FUR: 24-1-1978. EPP: 1-2-1978.

Ingresó con I.C. 1) embarazo de 37 SXUR, 2) feto vivo, 3) placenta previa.

Se efectuó de inmediato CSTP, con transfusión sanguínea. Hallazgos operatorios: neg. Se obtuvo Rn - con apgar de 10 al '.

Paciente sale de sala de operaciones con transfusión sanguínea y líquidos I.V. y antibioterapia. La evolución fue satisfactoria no se reportan complicaciones - del postoperatorio. Se da egreso al 7o. día y se le cita en un mes para control.

CASO No. 5

Fecha: 1-11-1978

Paciente de 30 años, sexo femenino, unida, O/R de San Matías, Jutiapa.

M.C. dolores de parto de 3 horas de evolución y hemorragia vaginal de 3 días de evolución.

Historia: paciente refiere que hace más o menos 3 días inició cuadro de hemorragia vaginal sin dolor, en regular cantidad. Además refiere que hoy comenzó con dolores de parto a los 8 horas, pero su último dolor lo tuvo a las 11:00 horas, aproximadamente 6 horas antes.

Antecedentes: ginecoobstétricos: G: 7, P: 5, AB: 1, C: 0.

Examen físico: Paciente en malas condiciones generales, con signos evidentes de anemia severa; piel fría sudorosa, palidez marcada.

S/V P/A 50/40, PR 95 x' FR 20 x'.

Abdomen: aumentado de tamaño por útero grávido, AU: 31 cms, Foco fetal: 130 x'.

Ingresó con I.C. 1) Embarazo de 39S x AU, 2) T. de parto inicial 3) placenta previa, 4) feto vivo, 5) anemia severa, 6) Shock-hipovolémico.

Ordenes: se prepara a la paciente en sala de L. y partos para intervención quirúrgica, con vena canalizada y pasando plasma y líquidos. Se piden donadores de sangre previo a realizar operación Cesárea. Se obtiene sangre completa y se practica CSTP: hallazgos operatorios: placenta total sangrante. Se obtuvo Rn con apgar de 3 al ' y 7 a los 10'. Paciente queda cu-

bierta con antibióticos.

El 2-11-78; Nota de defunción de Rn quién fallece 8 horas después de la operación.

Paciente con evolución satisfactoria por lo que se da egreso al 7o. día postoperatorio y control en un mes.

CASO No. 6

Fecha: 3/10/1978

D.G.

Paciente de 34 años, sexo femenino, unida, O/R de la cabecera Jutiapa.

M.C. hemorragia vaginal de 3 días de evolución.

Historia: paciente refiere que cada 15 días aproximadamente ha estado presentando hemorragia vaginal en regular cantidad por el término de 2 meses.

Antecedentes ginecoobstétricos: G: 4, P: 3, AB: 0
FUR: 20-1-78.

Ingresa con I.C. 1) Placenta previa.

En sala de maternidad: Examen físico: Paciente en regulares condiciones generales, afebril, conscientes, tranquila.

S/V P/A 130/90, T 37°C.

Cardiopulmonar: normal.

Abdomen: aumentado de tamaño feto con movimientos fetales, AU: ? Foco fetal: 140 x'.

Extremidades inferiores: edema grado I.

I.C. 1) placenta previa, 2) preeclampsia leve, 3) T. de parto inicial, 4) embarazo de 37 semanas X UR, 5) feto vivo.

Tercer día, 5-10-78. Paciente continúa con hemorragia intermitente en regular cantidad. Se prepara a la paciente para intervención quirúrgica; vena canalizada para transfusión sanguínea en sala de operaciones.- Se hace CSTP. Hallazgos operatorios: placenta previa total. Se obtuvo Rn con apgar de 5 al' y 8 a los -

10'. Paciente tolera procedimiento y queda con transfusión sanguínea y líquidos I.V. y antibioterapia. Evolución satisfactoria, sin complicación postoperatorio. Se da egreso el 7o. día y cita para control en un mes.

CASO No. 7

Fecha: 6-9-1978

Paciente de 32 años, sexo femenino, unida, O/R de San Gertrudes, Quezada, Jutiapa.

M.C. Hemorragia vaginal de 1 semana de evolución.

Antecedentes ginecoobstétricos: G: 10, P: 8, AB: 1, C: 0

Examen físico: paciente presenta hemorragia con coágulos; hay dolores de parto, Foco fetal 144 x', foco placentario bajo.

Ingresa con I.C. 1) placenta previa.

Se prepara al paciente en sala de Labor y Partos; se canaliza vena para pasar líquidos I.V. se piden donadores de sangre.

Pasa a sala de operaciones y se hace CSTP. inmediatamente.

Hallazgos operatorios: placenta previa total. Se obtuvo Rn con buen apgar. Se efectuó pomero y. Paciente tolera bien procedimiento y queda en observación con líquidos I.V. y antibioterapia.

Evolución satisfactoria por lo que se da egreso al 7o. día y se cita para control en un mes.

CASO No. 8

Fecha: 2-12-1978

Paciente de 32 años, sexo femenino, unida, O/R de Agua Blanca, Jutiapa.

M.C. hemorragia vaginal de 6 días de evolución.

Historia: paciente refiere que ha presentado hemorragia vaginal en regular cantidad desde hace 6 días, con dolores de cintura que se irradian hacia la región hipogástrica.

Antecedentes ginecoobstétricos: G: 8, P: 6, AB: 1, C: 0, FUR: 9-5-78 FPP: 16-2-79.

Examen físico: S/V 110/70, FC 72 x', Foco fetal 140 x'.

Ingresa con I.C. 1) amenaza de parto prematuro.

Evolución: del 2o. al 6o. día la hemorragia cedió. No se reportan otros cambios. Se piden donadores de sangre.

Séptimo día: paciente en sala de labor y partos en malas condiciones generales, hipotensa con P/A 70/50, FC 60 x'.

Genitales: se observan abundantes coágulos y hemorragia vaginal.

I.C. 1) Shock hipovolémico sec. a 2) placenta previa. Corregido el cuadro hipovolémico se decide efectuar CSTP. No se reporta complicación operatoria. Hallazgos operatorios: Negativos. Se obtuvo Rn con apgar 0 no responde a estímulos, fallece.

Evolución postoperatoria satisfactoria. No se reporta ninguna complicación por lo que se decide darle egreso al 7o. día postoperatorio y cita en un mes para control.

CASO No. 9

Fecha: 6-11-79

Paciente de 40 años, sexo femenino, O/R de Atescatempa, Jutiapa.

M.C. Referido por el Centro de Salud de Asunción Mita por hemorragia vaginal del 3er. trimestre.

Historia: Refiere la pte. que el día de ayer por la noche al estar durmiendo, repentinamente sintió dolor en el abdomen y luego presentó una hemorragia vaginal abundante, sin coágulos, mojando una sábana por lo que consultó con el Centro de Salud de Asunción Mita quien lo refiere a este Hospital con I.C. de Placenta previa a descartar.

Antecedentes: ginecoobstétricos: G: 14, P: 10, AB: 3, C: 0, hijos vivos 3. FUR: 18-2-79. FPP: 25-11-79.

Examen físico: S/V T 37.5°C, FC 80 x', FR: 18 X' Pte. en regulares condiciones generales, intranquila. Cardiopulmonar: normal.

Abdomen: Abdomen aumentado de tamaño por útero grávido, blando, movimientos fetales. Foco fetal: 140 X'. AU: 30 cms.

Genitales: se observa sangre en región pública, periné.

Extremidades: se observa sangre en muslos, piernas.

Ingreso el 6-11-79 con I.C. 1) Placenta previa marginal

2) Embarazo de 38S XAU y 37 XUR

El 8-11-79 en sala de labor y partos inicia T. de parto activo, expulsa feto en podálica con retención de cabeza; se extrae feto sin complicaciones. Puerperio normal. Paciente se le da egreso el 11-11-79.

CASO No. 10

Fecha: 14-8-1979

Paciente de 17 años, sexo femenino, unida, O/R de aldea el Tamarindo Asunción Mita, Jutiapa.

M.C. hemorragia vaginal de un mes de evolución.

Historia: paciente refiere que desde hace un mes viene presentando hemorragia vaginal intermitente, no dolorosa, en regular cantidad,

Antecedentes: ginecoobstétricos: G: 4, P: 2, AB: 1, C: 0 FUR: ?

Examen físico: S/V T 37°C, FC: 88 x'.

Cardiopulmonar: Normal.

Abdomen: aumentado de tamaño por útero grávido: - AU; 32 cms. Foco fetal: 140 x'.

Examen ginecológico: se observa sangre en genitales. Al tacto hay hemorragia leve; se palpa placenta en cuello con cotiledones.

Ingresa con I.C. 1) Placenta previa.

En sala de operaciones inició T. de parto activo, expulsando feto con apgar de 8 al ' y 10 a los 5'. Parto sin complicaciones. En revisión del alumbramiento se observó parte de implantación de placenta. Evolución satisfactoria, sin ninguna complicación por lo que se le da egreso al tercer día.

CASO No. 11

Fecha: 21/10/1979

Paciente de 36 años, sexo femenino, unida, O/R de la cabecera, Jutiapa.

M.C. hemorragia vaginal de una hora de evolución.

Historia: Paciente refiere que estaba durmiendo cuando de repente despertó al sentirse mojada, observando que la sábana estaba llena de sangre al igual que sus partes genitales y extremidades inferiores. La hemorragia vaginal continuó, sin presencia de dolor, sin coágulos refiriendo que aproximadamente expulsó dos litros de sangre por lo que consulta a este Hospital.

Antecedentes ginecoobstétricos: G; 8, P: 5, Ab: 2, C: 0 FUR: 29-1-1979. FPP: 6-11-1979.

Examen físico: S/V T 37.5°C, FC 88 x'.

Cardiopulmonar: Normal.

Abdomen: Abdomen aumentado de tamaño, ocupado por útero grávido, con movimientos fetales. AU: 30 cms. Foco fetal: 140 x'.

Genitales: externos con sangre al igual que periné.

Extremidades inferiores con sangre en muslos.

Ingresa con I.C. 1) Placenta previa.

2) Embarazo de 38 semanas X AU y UR.

Ordenes: pasar líquidos I.V. Conseguir donadores para transfusión. Paciente queda en observación, en el servicio de Maternidad.

Primer día: paciente continúa con hemorragia vaginal en regular cantidad sin coágulos, sin dolor. Su estado general es bueno con S/V dentro de límites normales. Se obtienen 500 c.c. de sangre completa y se ordena efectuar operación Cesárea, de inmediato. Se efectúa CSTP, obteniendo Rn N1 con apgar de 8 al 1' y 10 a los 5' con peso de 6.4 libras. Paciente tolera bien procedimiento y sale bien de sala de operaciones, con antibioterapia y transfusión sanguínea continua. Evolución es satisfactoria sin complicaciones por lo que al 7o. día postoperatorio se decide dar egreso y cita en 1 mes.

CASO No. 12

Fecha: 26-4-1979

Paciente de 34 años, unida, O/R del Municipio de Atescatempa, Jutiapa.

M.C. hemorragia abundante de 3 horas de evolución.

Historia: Paciente refiere que hace 3 horas inició cuadro de hemorragia vaginal abundante por lo que consultó de inmediato a este Hospital.

Antecedentes ginecoobstétricos: G: 10, P: 9, AB: 0, C: 0, FUR: ? FPP: ?

Examen físico: Paciente en malas condiciones generales, piel fría sudorosa, intranquila, responde poco a preguntas.

S/V P/A 50/20

Abdomen aumentado de tamaño. Foco fetal: 60 x'

Ginecológico: sangre en genitales externos, periné, con coágulos.

Al tacto: cuello con 3 cms. de dilatación.

Ingresa con I.C. 1) Shock hipovolémico.

2) D.P.P.N.I.

3) Placenta previa.

Ingresa a sala de maternidad con soluciones y plasma I.V. a chorro.

En órdenes: se piden donadores para transfusión sanguínea y luego al corregir problema hipovolémico y si estado de la paciente es bueno evaluar operación cesárea.

Primer día: Paciente en regulares condiciones generales, tranquila piel normotérmica con S/V P/A - 100/60. Refiere que la hemorragia vaginal persiste pero en menor cantidad.

Se obtiene sangre completa de donadores 500 c.c. por lo que se ordena efectuar operación Cesárea de inmediato.

Se practica CSTP, obteniendo óbito fetal. No hay complicaciones en el proceso operatorio. Paciente tolera bien procedimiento y sale bien de sala de operaciones con transfusión sanguínea y líquidos I.V. y antibioterapia. Evolución fue satisfactoria sin complicaciones postoperatorias. Se le da egreso al 7o. día postoperatorio y se le cita en un mes para su control.

ESTUDIO ESTADISTICO Y PORCENTUAL

1.- EDAD:

EDAD:	CASOS	%
15 - 19	1	8
20 - 24	1	8
25 - 29	-	0
30 - 34	7	58
35 - +	3	25

Según la gráfica No. 1 podemos observar que las edades más afectadas por placenta previa están entre 30-34 siguiendo en el mismo orden las de 35 y más lo cual nos confirma que la edad avanzada es un factor predisponente de importancia, lo que concuerda con la Revisión Bibliográfica.

2.- PARIDAD:

PARIDAD	CASOS	%
1 - 3	1	8
4 - 6	3	25
7 - 9	5	42
10 - 12	2	17
13 - +	1	8

Gráfica No. 2. La revisión bibliográfica refiere que la multiparidad afecta enormemente en la aparición de placenta previa, y nuestros datos obtenidos confirman lo anterior, como se puede observar en la presente gráfica en que el índice medio correspondió al 42%, seguido de una menor paridad del 25% y de una mayor paridad del 17 y 8%. Sumados dichos porcentajes nos da un total de 92%.

3.- SIGNOS Y SINTOMAS:

	CASOS	%
Hemorragia indolora	12	100
Parto Prematuro	6	50
Rotura prematura de membranas	--	--
Shock hipovolémico	3	24
Anemia aguda	1	8
Presentaciones anormales	2	16

Gráfica No. 3. Como se puede observar en esta gráfica los signos y síntomas que se presentaron con mayor frecuencia fueron la hemorragia vaginal indolora que se hizo evidente en la totalidad de los casos estudiados con un 100% y que en la revisión bibliográfica hacen referencia de un signo clásico y cardinal de placenta previa. Otro síntoma frecuente a que hace referencia la literatura es el parto prematuro el cual coincide con nuestros datos obtenidos que corresponde al 50% de los casos.

4.- METODOS DE DIAGNOSTICO

METODOS DE DIAGNOSTICO	
Rayos X	8%
No tomados	92%

Gráfica No. 4. El examen radiológico como método diagnóstico se hizo únicamente en un paciente, correspondiendo al 8%, del total de pacientes estudiados. Su utilización como medio de diagnóstico es aconsejable a pesar de que no hace localización positiva de la placenta. Sólo hay exposición de partes óseas fetales y pélvicas. Por otro lado, tanto la madre como el feto reciben una radiación considerable, mayormente en el embarazo temprano con sus posibles consecuencias.

5.- TRATAMIENTO UTILIZADO

	CASOS	%
Médico	2	17%
Quirúrgico	10	83%

Gráfica No. 5. La operación Cesárea fue el método de elección que se utilizó en el 83% de los casos estudiados. El 17% corresponde a 2 casos que se resolvieron espontáneamente por parto eutósico simple. El uso más frecuente de la intervención quirúrgica, como lo demuestra esta gráfica, coincide con la revisión bibliográfica en la que expone que la tendencia actual es el uso de la operación Cesárea como método de elección, ya que por este medio la mortalidad materna ha disminuido notablemente.

6.- HALLAZGOS OPERATORIOS

HALLAZGOS OPERATORIOS	CASOS	%
Placenta Previa Total	3	30
Placenta Previa Parcial	0	--
Placenta Previa Marginal	1	10
Placenta Previa implantación baja	0	--
Negativos (No reportados)	6	60

Gráfica No. 6. Los hallazgos operatorios no están reportados en el 60% de los casos estudiados, según se puede apreciar en la gráfica. Se considera necesario e importante que los hallazgos sean reportados ya que por un lado confirmará el diagnóstico clínico y por el otro se evaluará el pronóstico del paciente.

7.- PRONOSTICO MATERNO:

PRONOSTICO MATERNO	
COMPLICACIONES:	
Hemorragias post-parto	0%
Infecciones post-parto (del puerperio)	0%
Mortalidad materna	0%
Evolución satisfactoria	100%

Gráfica No. 7. La evolución fue satisfactoria en el 100% de los casos estudiados, de donde se deduce que la mortalidad materna, al igual que cualquiera de las otras complicaciones inherentes a la placenta previa, se ha reducido a 0%. Esto concuerda con estadísticas numerosas obtenidas de estudios efectuados en diferentes hospitales, sin embargo, en la revisión bibliográfica también hacen mención de que los países en fase de desarrollo el índice de mortalidad materna excede a veces el 15%. A pesar de ello, los casos estudiados fueron manejados de acuerdo con los principios básicos modernos para el tratamiento de la placenta previa.

8.- PRONOSTICO FETAL

PRONOSTICO FETAL	
Mortalidad Perinatal	24%

Gráfica No. 8. Como se puede observar en la presente gráfica la mortalidad perinatal fue de 24% del total de casos estudiados. La bibliografía y estudios efectuados refieren que las pérdidas perinatales en la actualidad oscilan entre el 15 y 20%. Aunque los datos obtenidos están ligeramente elevados confirman lo encontrado en otras latitudes.

CONCLUSIONES

- 1.- La edad más afectada por placenta previa fue la comprendida entre 30-34 años.
- 2.- La multiparidad es factor predisponente en la aparición de placenta previa en un 92%.
- 3.- Los signos y síntomas más frecuentes fueron: hemorragia indolora, parto prematuro, shock hipovolémico y presentaciones anormales.
- 4.- El examen radiológico como método diagnóstico no es utilizado en ese centro hospitalario en la mayor parte de casos.
- 5.- El tratamiento quirúrgico fue el más utilizado en ese centro hospitalario.
- 6.- Los hallazgos operatorios fueron reportados únicamente en un 40% del total de casos estudiados.
- 7.- La mortalidad materna fue del 0%.
- 8.- La mortalidad perinatal fue de 24%.

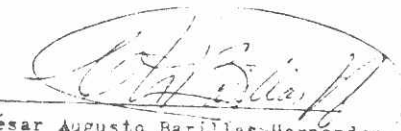
RECOMENDACIONES

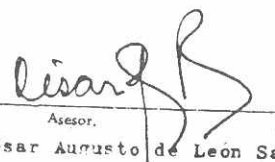
- 1.- Los Hospitales Departamentales deben aumentar el personal tanto médico como paramédico para prestar una mejor atención al grupo Materno-Infantil afectos a la patología de placenta previa.
- 2.- Que en lo futuro las papeletas sean llenadas a cabalidad por el personal médico que labora en dicho hospital objeto de nuestro estudio, en lo concerniente a la historia, antecedentes y examen físico y así obtener datos más precisos para facilitar estudios posteriores.
- 3.- Que las notas operatorias sean claras y precisas anotando los hallazgos operatorios que son importantes en el diagnóstico y pronóstico del paciente.
- 4.- Incentivar a las pacientes para que acudan periódicamente a las clínicas de maternidad para prever cualquier riesgo relacionado con su embarazo mediante el diagnóstico precoz de placenta previa y su tratamiento temprano.
- 5.- Que el médico haga conciencia en cada caso particular de los riesgos que conlleva el embarazo múltiple y la edad avanzada en la gravidez, factores predisponentes en el apareamiento de la patología que nos ocupa, sometiéndose a un programa anticonceptivo adecuado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Danforth, David N. Obstetrics and Gynecology.- Editor. David N. Danforth. 3rd. ed. with 73 authors. New York. Harper & Row Publishers - 1977. 378-384 Páginas ilustrated.
- 2.- Dewhurst, Christopher John, Integrated Obstetrics and Gyneacology for postgraduates. 2nd edition, Oxford England Blackwell Scientific Publications. 1976. 267-281 Pages illustrated.
- 3.- Garrey, Mathew M, Obstetrics illustrated by Mathew M. Garrey and others. 2nd edition, - Edimburgh Scotland. Churchill Livingstone Publishers, 1974. 432-436 pages illustrated.
- 4.- Pschyrembel, Phil W., Obstetricia práctica, 2a. ed. traducido al español por Lesmes Zabal Cervera. Editorial Labor, S.A. Barcelona 1967. Páginas 501-520.
- 5.- Achar Arturo, Carreras Manuel, Emergencias-en tocoginecología 2a. ed. Editorial Rocas, Barcelona, 1972. Páginas 219-239.
- 6.- Schwarcz, Ricardo y Et al. Obstetricia. 3a. edic. El Ateneo, Argentina, 1973. Páginas 542.
- 7.- Williams, Hellman, Pritchard. Obstetricia. 4a. reimpresión de la 1a. edic. Salvat Editores S. A. México, 1973. 530-542.

- 8.- Guyton, Arthur. Tratado de Fisiología Médica. 4a. Ed. Traducido al español por Alberto Folch y Pi. Interamericana, México. 1971 Páginas 1031-1035.
- 9.- Fuentes S, Eduardo. Algunas consideraciones sobre Placenta Previa. Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1955.
- 10.- Acevedo Salinas, Hernaldo José. Consideraciones sobre la Cesárea en un Hospital Departamental. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala 1977.
- 11.- Fuytlenbroeck, M.D. Some topical problems in operative Gyneacology. 1a. Ed. Fontein Medical Book. Louvain, Belgium 1973. Pages 143-52.
- 12.- Fuytlenbroeck, M.D. Some topical problems in clinical obstetrics and gyneacology. 1a. Ed. Fontein Medical Book. Louvain, Belgium 1974. - Pages 203-214.
- 13.- Dumont, Martial, Obstétrique. Traisième édition. Vigot Frères éditeurs. Belgium 1966. - Pages 330-335.
- 14.- O. Käse, Francfort del M. et al. Ginecología y Obstetricia. 1a. Ed. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1973. Páginas 744-750.

Br. 
César Augusto Barillas Hernández

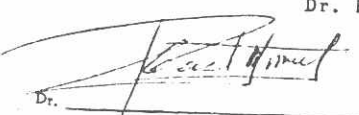
Dr. 
Asesor.
Dr. César Augusto de León Santizo

Dr. 
Director de Fase III
Dr. Héctor Alfredo Nuila

Dr. 
Dr. Juan Alirio Braratti Castro
COLEGIADO No. 2241

Dr. 
Secretario
Dr. Raúl Castillo Rodas

Vo. Bo.

Dr. 
Decano.
Dr. Rolando Castillo Montalvo