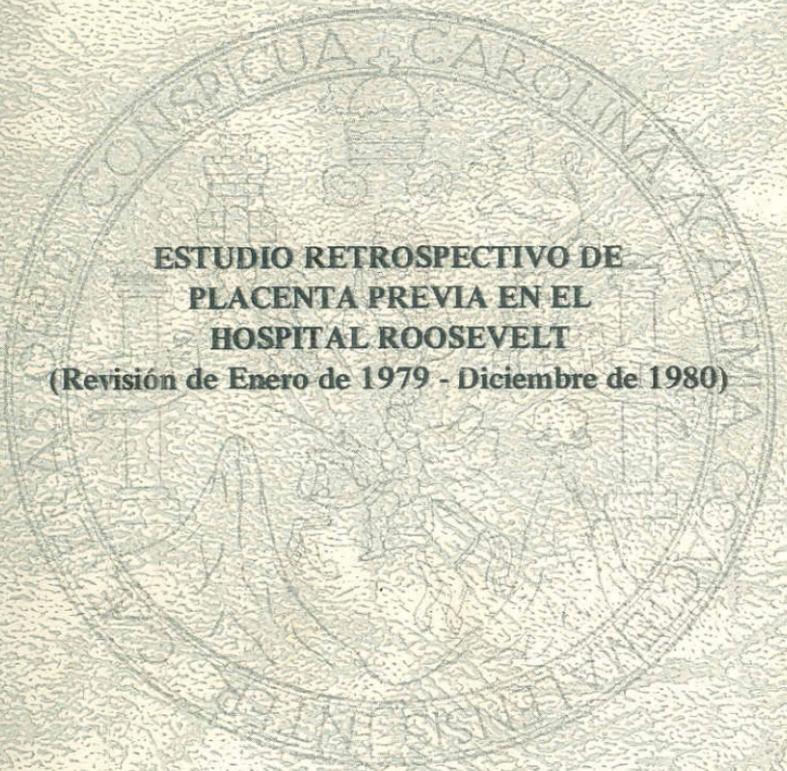


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**



**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE
PLACENTA PREVIA EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT**
(Revisión de Enero de 1979 - Diciembre de 1980)

SALVADOR ALVARADO MOLINA

GUATEMALA, ABRIL DE 1,981.

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES
3. REVISION DE LITERATURA
4. OBJETIVOS
5. HIPOTESIS
6. MATERIAL Y METODOS
7. ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS.
8. CONCLUSIONES
9. RECOMENDACIONES
10. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La presente investigación trata de dar una idea de la magnitud del problema que constituye en nuestro medio la aparición anormal de la placenta, especialmente en la población que consulta al Departamento de Maternidad del Hospital Roos.

Siendo la Placenta Previa uno de los cuadros de mayor gravedad en las hemorragias del tercer trimestre de embarazo, como su sintomatología lo es la hemorragia espontánea indolora que se presenta y conlleva a la paciente a consultar al Hospital y dependiendo del cuadro de benignidad o severidad que se dá al efectuarse el diagnóstico, su tratamiento es especialmente de urgencia para la buena resolución del caso.

Siendo el Diagnóstico precoz de esta entidad patológica que nos ayuda para el bienestar del grupo materno-infantil debido a que los riesgos que presenta y conlleva la aparición de esta patología son numerosos, variables y en un momento dado de llevar a consecuencias fatales.

Debido a la problemática que se presenta en varios casos de la aparición de esta entidad patológica y la urgencia en su diagnóstico me lleva a investigar y a realizar el presente trabajo que espero sirva de ayuda y aprovechamiento en beneficio de la población.

ANTECEDENTES

Las investigaciones efectuadas sobre los trabajos de la patología de la inserción anómala de la Placenta en el segmento uterino inferior, como sus condiciones y prevalencias en el país como en el extranjero, me viene a despertar la inquietud para realizar este trabajo y presentar a continuación los siguientes antecedentes de mayor importancia.

Hasta la fecha hay diversidad de opiniones con respecto a la frecuencia de Placenta Previa, arrojando cifras estadísticas oscilantes de cada uno de los autores que se han preocupado sobre este problema. De acuerdo a algunos autores sus estudios servirán como datos comparativos con las cifras encontradas.

Ambito guatemalteco:

Según revisión de los autores en el Hospital del IGSS en 1955, la frecuencia fue de 1-302 partos (10), en el Hospital Roosevelt para 1963 fue de 1-329 partos (17), en 1978 fue de 1-382 partos (4), en el Hospital San Juan de Dios nos da una cifra de 1-292 partos (6), estos datos nos demuestran que la frecuencia en el país no es tan variable debido a la magnitud de pacientes que se ven en los hospitales.

Ambito extranjero:

Según ellos nos dan cifras de De Lee-Grenhill, tuvo una frecuencia de 1-1000 partos (12), Schwarcz refiere 1-500 a 600 partos (18), Williams dice 1-200 partos (20), Benson menciona 1-200 partos (5), y por último en el IMSS nos dan una frecuencia de 1-200 partos (9,16).

Estas variantes nos demuestran que la frecuencia en el orden trascendental ha ido disminuyendo, debido a los adelantos tecnológicos e instrumentales que han sido utilizados por ellos.

Como referencia según los investigadores la alta prevalencia que existe, es la multiparidad en las pacientes con este problema (4,6,10,17,18).

Una de las catástrofes mayores que se presentan durante el embarazo, son las pérdidas sanguíneas genitales, que tienen su origen en la Placenta y tenemos que la hemorragia es el síntoma más frecuente. (5, 18, 20). Debido a que ésta es la causa que conlleva a la mortalidad materna, en tiempos antiguos había una alta incidencia (17), pero ahora con el advenimiento de los nuevos adelantos científicos, esta incidencia ha disminuido y tenemos que en 1955 hay una incidencia de 5.88% (10), en 1963 hay un 2% (17), en 1978 fue de 0% (4), esto es con lo que corresponde a nuestro país, ahora en otros países tenemos que Benson refiere 0.5-5% (5), Schwarcz dice 1.2% (18), Williams menciona que según el ámbito en donde se encuentre el problema se encontrarán cifras de 0.15% (20), así tenemos que el IMSS refiere 2% (16).

El Diagnóstico precoz de esta anomalía ha sido de fructífera búsqueda científica para llegar a tener una ayuda en el bienestar del grupo Materno-Infantil y tenemos que entre los estudios contamos con el Ultrasonograma, el cual está en auge en nuestros tiempos, y va a diagnosticar en un 90%, la Placenta Previa en el embarazo. (14, 21), pero según referencias en nuestro medio es poco utilizado. (4).

REVISION DE LITERATURA

A) HISTORIA

El cuadro de Placenta Previa, puede haber principiado a presentarse desde que existe el embarazo y haber pasado desapercibido como entidad clínica. En época de Soranus, se mencionan cuadros hemorrágicos y se sospecha la inserción baja del órgano nutricio (6). No es sino, hasta 1709, cuando Schacher describió la implantación en la Placenta Previa en la necropsia, y en 1758 Von Walbaum usó una vejiga de animal, distendida con aire, como un "tapón" vaginal para inhibir la hemorragia (1). En 1776 Rigby hace una clara diferencia entre el desprendimiento prematuro de placenta y Placenta Previa, a la cual la llamó hemorragia inabordable. A partir de los estudios de diversos autores,

desde el siglo XVI prácticamente la historia de la entidad clínica está íntimamente ligada al método terapéutico consistente en el parto forzado con la ayuda de maniobras manuales; así también mencionaremos a Puzos, con su famosa maniobra de la ruptura de membranas. Cada autor y cada escuela han propuesto diferentes métodos que a la postre van encaminados a la hemostasia y evacuación uterina (6).

En 1803 Leroux, saliéndose de esta idea general, popularizó el taponamiento cervical; y poco más tarde, Barnes introdujo los balones compresivos. Debemos mencionar que este autor fue el creador de la clasificación topográfica de la inserción placentaria, con la delimitación de la, aún hoy llamada zona peligrosa de Barnes. A mediados del siglo pasado, Simpson, propone la ruptura de la placenta seguida de la extracción fetal como medio terapéutico, pero Braun, su contemporáneo, vuelve al uso de los balones. Más tarde, en 1860 Braxton Hicks, crea la maniobra que lleva su nombre y que persigue el descenso de un miembro inferior, para hacer hemostasis compresiva con la presentación. Bossi y Bonaire, a su vez sugieren la dilatación rápida del cuello por maniobras manuales e incluso instrumentales. En los comienzos de este siglo, Voorhees colocaba un balón de 10 cms., lleno de agua en el cuello uterino para comprimir la placenta, y Willet unía una pinza en T con pesos de medio a 1 Kg, al cuero cabelludo del feto, como compresión en el sitio de hemorragia placentaria, por medio de la propia cabeza fetal (1).

Fue hasta 1908, en que Krönig y Selhaim, establecen definitivamente la importancia de cesarizar a las pacientes que presentaban una hemorragia patológica del último trimestre del embarazo. A partir de esta fecha, puede decirse que los progresos históricos se han realizado más acerca de los métodos diagnósticos, mientras que la terapéutica se ha ido perfeccionando y en particular, inclinándose por la vía abdominal (6).

El avance más importante en el tratamiento de la placenta

previa se realizó en 1927 cuando Bill, al apreciar la elevada mortalidad de las parturientas (10% en todos los casos y 5% en la placenta previa total), recomendó el empleo liberal de la transfusión sanguínea y la ejercitación más frecuente de la cesárea. Señaló que el tratamiento de la placenta previa era perfectamente claro, como en cualquier otra situación obstétrica, y era en realidad el problema de la hemorragia, que se resolvía por sí solo al: 1) reponer la sangre perdida y 2) expulsar el feto en una forma que originara la mínima pérdida de sangre durante el parto, y el menor peligro de hemorragias postparto. En 1945, Johnson y Mac Afee independientemente, recomendaron el tratamiento "conservador" de la placenta previa, con el único fin de mejorar las cifras de mortalidad perinatal (1962). La expulsión se difería hasta que el feto alcanzaba un estado aceptable de madurez, o hasta que la gravedad de la hemorragia inicial o ulterior obligaba a ello. El método conservador para el tratamiento de la placenta previa se aceptó ampliamente desde que se propuso en la fecha señalada (1).

B) DEFINICION

Se le ha asignado con el término de Placenta Previa, para describir la condición anatómica, en la cual, la placenta se implanta en el segmento inferior del útero; alcanzando la vecindad o superponiéndose al orificio interno y clínicamente por hemorragia de intensidad variable durante el tercer trimestre del embarazo. (11, 20).

C) ANATOMIA

La placenta humana normalmente tiene forma discoide, que al término del embarazo mide de 15 a 20 cms. de diámetro y de 2.5 a 3 cms. de espesor máximo, que disminuye del centro a la periferia, pesa entre 500 y 600 gramos, la relación entre el peso de la placenta y el del feto es de $1/6$ a $1/5$. La placenta se

inserta en la cara posterior o anterior del cuerpo del útero y con menos frecuencia en el fondo o en los bordes (18).

b) ANATOMIA PATOLOGICA .

El segmento inferior del útero, asiento de la placenta previa, presenta un considerable desarrollo de los vasos sanguíneos. Las vellosidades invaden en ocasiones el músculo, haciendo posible la evolución hacia la denominada placenta acreta. El aspecto morfológico es por lo general de mayor tamaño, más delgada e irregular; las membranas son gruesas, frágiles y rugosas; el corión se inserta con frecuencia excéntricamente (3); presenta algunos cotiledones atróficos entre el resto normal (20).

CLASIFICACION POR INSERCIÓN (6)

a) Placenta Previa Central Total:

Cuando la placenta se implanta sobre el área cervical, cubriendo por completo el orificio interno.

b) Placenta Previa Central Parcial:

Puede ser que la placenta sea oclusiva total durante el embarazo, pero al iniciarse el trabajo de parto puede ocupar sólo parcialmente el área del orificio cervical interno cuando éste principia a dilatarse; adoptando entonces el carácter de placenta oclusiva parcial.

c) Placenta Previa Marginal:

Cuando el reborde de la placenta alcanza el margen del orificio cervical interno. Puede convertirse en parcial, ya que el cérvix pero no la placenta, se retrae a medida que el orificio cervical interno se dilata y el segmento uterino inferior se va formando.

huevo se fija en el fondo del útero, donde hipertrofia sus vellosidades, dando origen a la placenta; el resto de las vellosidades, sufrirá un proceso de atrofia hasta constituir el corion liso. Si el endometrio presenta algún proceso patológico, las vellosidades destinadas a la atrofia no lo harán, constituyéndose la placenta en la cáduca refleja (Placenta Refleja) (18).

F) MANIFESTACIONES CLÍNICAS

1) Durante el embarazo

A) Hemorragia:

Síntoma principal, que excluidas las causas extragravídicas de metrorragias de orden ginecológico o clínico, entre las causas gravídicas del final del embarazo, presenta una frecuencia de más del 90% de los casos. Esta hemorragia presenta características peculiares (18).

- a) Se produce especialmente entre la 30 y 34 semana del embarazo o al iniciarse el trabajo de parto.
- b) La hemorragia de la placenta previa comienza antes de la ruptura de las bolsas de agua.
- c) Es sin dolor, iniciándose con frecuencia durante el sueño o estado de reposo.
- d) La primera hemorragia casi nunca es tan copiosa que ocasione la muerte y cesa espontáneamente, pero se repite cuando menos se le espera; muchas veces persiste un escurrimiento continuo del líquido sanguinolento, que con el tiempo debilita tanto a la paciente que una hemorragia aguda adicional, por leve que sea, puede causar la muerte. En determinado número de casos,

especialmente cuando la inserción de la placenta es baja, la hemorragia se presenta hasta que comienza el parto y entonces puede ser un ligero escurrimiento del líquido sanguinolento o una hemorragia profusa.

El mecanismo responsable por el cual se produce la hemorragia reside en:

a) Durante el embarazo:

La formación del segmento inferior, cuya constitución por deslizamiento de sus capas no puede ser seguida por la placenta dada la distinta extensibilidad de los tejidos, produciendo por ello un desprendimiento con numerosas rupturas vasculares, interútero placentarias, origen de la hemorragia. (18).

b) Durante el parto:

Por un mecanismo análogo de desprendimiento al iniciarse la dilatación y cierto tironeamiento de las membranas al formarse la bolsa. La metrorragia proviene de los vasos parietales y de la superficie placentaria desprendida. (18).

) DIAGNOSTICO CLINICO

El diagnóstico se hace en primer lugar basándose en el cuadro clínico descrito anteriormente, después de realizar en forma concisa y explícita: una buena historia clínica, antecedentes y un buen examen físico. El tacto vaginal está proscrito efectuarlo en ese momento y se dejará para después. (1).

) DIAGNOSTICO DEFINITIVO

En pacientes con hemorragia uterina durante el último

tercio del embarazo, hay que sospechar siempre una placenta previa o un 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 aguda vaginal, este examen puede provocar la más violenta hemorragia, suficiente para poner en peligro la vida de la madre. En consecuencia, este 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. (8).

Para efectuar el tacto vaginal o doble examen a continuación se exponen los siguientes requisitos que deben observarse detenidamente. (8,7).

- 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, un médico asistente, un anestésista y un pediatra.
- 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 deberá obtenerse rápidamente.

MÉTODOS INDIRECTOS DE DIAGNÓSTICO ULTRASONIDO:

El uso de ecosonografía para la localización placentaria fue primeramente reportado en 1966 por Gottesfeld. Utilizando el

sistema de representación B, en un aparato biestable; en ese mismo año, Kratochwill localizó la placenta con el sistema A. Se ha demostrado su inocuidad para la madre y el feto, por lo que puede ser utilizado en cualquier época de la gestación. En la actualidad, la técnica ultrasónica de localización placentaria excede en utilidad a los demás métodos. Gottesfeld y colaboradores observaron que con el ultrasonido se obtenía un índice de exactitud de 97% en la localización de la placenta. (21).

King ha observado que los exámenes ultrasónicos o clínicos de vigilancia ulterior, no mostraron la placenta previa en 14 mujeres en quienes se había hecho el diagnóstico por ultrasonografía. Llamó a este proceso "Migración Placentaria". (14).

King es de la opinión de que demostrar la presencia de la placenta previa antes de la etapa tardía del tercer trimestre, obliga a un nuevo examen al término del embarazo y no es necesariamente indicación de cesárea. (14).

El principio básico de esta metodología es el análisis de los ecos, esto es, sonido reflejado y dado que se utilizan sonidos de alta frecuencia (más de 20,000 Hertz), este método tiene dos grandes ventajas:

-) Es una técnica no invasiva
-) No existe peligro biológico en los niveles de ultrasonido diagnóstico.

El cuarzo fue usado por muchos de los equipos de ultrasonido y actualmente ha sido sustituido por cristales de cerámica sintética tales como: el titanio de bario y el circinato de plomo.

La superficie fetal de la placenta es generalmente bien reconocida observándose una línea de espesor variable y algunas

veces interrumpida que contrasta con el espesor placentario, se le conoce como "Placa Coriónica". Algunas veces esta placa no es fácil de identificar, principalmente en el embarazo de término y cuando la placenta está localizada en la pared posterior del útero, ya que el cuerpo del feto se adosa a la placa o bien existe una atenuación del haz ultrasónico a su paso por el tronco del feto. Los siguientes datos han sido considerados como factores de error en el diagnóstico ecosonográfico de placenta previa (15).

- Crecimiento uterino
- Migración placentaria
- Grado de rotación del cuerpo uterino
- Magnitud del llenado vesical

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, pero su inconveniente es que no se puede utilizar a principio del embarazo por su exposición a la radiación. (14).

J) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe tomarse en cuenta en primer término, toda hemorragia de origen ginecológico: exocervicitis hemorrágica, el cáncer del cuello del útero, la ruptura de las várices vaginales y el pólipo cervical. Entre las enfermedades hemorrágicas de orden gravídico, que más frecuentemente entran en consideración, es el deprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta; en la cual los caracteres de la hemorragia y signos que le acompañan, difieren en grado variable a los que se observan en la placenta previa.

Se menciona también en orden de importancia la ruptura del seno marginal placentario y las erosiones del cuello uterino o partes blandas de la vagina, entidades que nos obligan a ser más cuidadosos en el examen general y obstétrico de la paciente o recurrir a métodos y técnicas complementarias, para llegar a un diagnóstico exacto (20).

K) PRONOSTICO

El cuadro patológico de placenta previa, entraña un pronóstico grave tanto para la madre como para el feto.

1) Mortalidad Materna:

Es muy importante señalar que las altas cifras de mortalidad materna, en otra época eran elevadas hasta un 40%, últimamente ha disminuído considerablemente, oscilando en un 2%, muy especialmente después de generalizar la operación cesárea. (5,8,18,20).

Entre las causas se encuentran las siguientes:

- a) La hemorragia (80%) que amenaza a la paciente en el embarazo, el parto el alumbramiento e inclusive en el puerperio.
- b) La infección debida a la vecindad del foco del proceso con la zona séptica vaginal.
- c) La embolia gaseosa, producida por la ausencia de hemostasis fisiológica, por falta de atrición de los vasos deciduales.

2) Mortalidad Fetal:

La premadurez es la causa principal de mortalidad fetal

ocasionada por la placenta previa. La mortalidad es de 60% si se incluyen los fetos prematuros, para descender a un 30%, si sólo se consideran los fetos viables. También aquí el mejoramiento de la terapéutica, especialmente la quirúrgica, ha hecho disminuir en forma considerable la mortalidad fetal a cifras promedio del 10%. Las causas más frecuentes de muerte fetal, después de la premadurez, las constituyen: la asfixia intrauterina, shock post-hemorrágico o de un trauma al nacer como consecuencia de manipulación o maniobras vaginales, otro es el síndrome de dificultad respiratoria. (5,8,18,20).

L) TRATAMIENTO

Evaluación General del Paciente:

Al ingresar al hospital, la paciente debe colocarse en reposo en el servicio de intensivo, o en el Departamento de Partos (8).

Aunque la hemorragia se haya detenido o sea mínima debe introducirse un cateter intravenoso, obtener sangre para prueba de tipificación de grupo y Rh, hemoglobina y fibrinógeno e iniciar tratamiento con líquidos I.V. especialmente con Lactato de Ringer mientras se obtiene la transfusión. Los episodios hemorrágicos o de flujo sanguíneo, usualmente ocurren durante la fase del embarazo, en que el volumen sanguíneo circulante está aumentado en un 20-40%; de consiguiente la paciente puede ser llevada 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. (8).

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. (13).

Tratamiento Expectativo:

En 1945, aparecieron dos documentos, uno por Johnson y otro por Macaffe, quienes introdujeron el tratamiento moderno expectante de casos seleccionados de placenta previa. (13).

Los autores basan sus conductas en el hecho de que, en la placenta previa las hemorragias iniciales y las subsiguientes son raras veces fatales sino ha existido manipulación vaginal o rectal, siempre y cuando la concentración de hemoglobina sean normales en el momento de la hemorragia. Teniendo en cuenta que el único propósito de la terapéutica expectante es permitir que los niños pequeños y prematuros tengan oportunidad para un mayor desarrollo intrauterino, no deben aplicarse a mujeres que están cerca del término o en quienes el niño pesa 2500 gr. o más. Cuando el feto parece tan pequeño que la probabilidad de supervivencia es muy reducida, y cuando el parto no ha empezado, es posible adoptar una actitud expectante. Se introduce suavemente un espéculo para inspeccionar la vagina y el cuello y eliminar la posibilidad de las causas de la hemorragia. (1,13,19).

Una vez que el embarazo ha avanzado hasta la 35-36 semana o si ocurre la primera hemorragia, es usualmente mejor proceder al parto. Si existiera duda acerca de la madurez fetal, puede ser útil evaluar las perspectivas de función pulmonar, efectuando una amniocentesis para la valoración de Lecitina y Esfingomielina. (7)

Conducta a seguir en una paciente hospitalizada con tratamiento expectativo:

La madre permanece hospitalizada

Mantener sangre siempre lista

Dependiendo de la madurez fetal

Ni la madre ni el feto, estén en peligro

Algunas hemorragias repetitivas son infrecuentes leves

El tratamiento no es pasado de la 37a. semana y preferible-
no pasar de la 36a. semana de gestación.

La hemorragia inicial no debe sobrepasar de 500 c.c. y la
madre no debe tener signos de hipovolemia.

La madre no debe tener trabajo de parto y sus membranas
tienen que estar intactas.

El feto no debe tener eritroblastosis

El feto no debe tener Anomalías congénitas. (1)

Tratamiento Agresivo:

Si se trata de un caso de placenta previa, su manejo depen-
de de la duración del embarazo y de la extensión o grado de la he-
morragia, no importando la edad gestacional; solamente pensando
en una indicación materna debido al sangrado profuso. Se efec-
tua el diagnóstico definitivo (tacto vaginal) y luego se procede a
realizar cesárea en caso de placenta previa central total o central
parcial y marginal sangrante, ahora bien si el sangrado es leve y
la presentación está encajada, la amniotomía vaginal puede ser su-
ficiente para permitir a la cabeza fetal controlar cualquier flujo
sanguíneo en el parto haciendo presión, sobre el borde placenta-
rio. (1,7,19).

Operación Cesárea:

La operación cesárea es el método de elección donde quiera que hay un grado muy menor de placenta previa y el niño esté vivo. Con esta operación ha disminuido la mortalidad perinatal desde su uso indicado, debido al tipo de inserción placentaria anterior o posterior y si estuviera dando una hemorragia severa, el cirujano puede utilizar cualquier incisión que él crea conveniente en ese momento para extraer de inmediato al recién nacido. (1,7).

Durante el Alumbramiento:

Después de la expulsión del feto, todavía no ha desaparecido el peligro de la hemorragia, en la placenta previa. Se deben tomar en cuenta como causa de hemorragia en el alumbramiento varios factores como: adherencias anormales, mala contractura de la musculatura del segmento inferior del útero y falta de hemostasis fisiológica de los vasos nutricios del segmento uterino. (20).

La conducta a seguir en caso de presentarse el problema anteriormente señalado, será:

- a) Legrado dígito instrumental a cielo abierto.
- b) Administración de ocitócicos durante o después del legrado.
- c) De continuar el sangrado, se recurrirá al pinzamiento de las arterias hipogástricas o a una histerectomía abdominal total si las condiciones lo permiten.

Es importante también en caso de hemorragia persistente, descartar un síndrome de coagulación intravascular de causa obsétrica. (20).

Placenta Previa Acreta y su tratamiento:

La histerectomía abdominal total es recomendable como tratamiento de elección en los casos de Placenta Previa Acreta; se caracteriza esta complicación por imposibilidad de efectuarse el alumbramiento natural o artificial por la adherencia anormal de la placenta al útero no existiendo planos de separación entre útero y placenta. (18,20,1,7).

OBJETIVOS

Generales:

- 1) Conocer la morbimortalidad materno-infantil

Específicos:

- 1) Identificar precozmente esta patología con métodos avanzados (Ultrasonografía).
- 2) Determinar la incidencia de Placenta Previa.
- 3) Determinar los factores que predisponen a la Placenta Previa.
- 4) Establecer las complicaciones de la Placenta Previa en el embarazo y en el parto.
- 5) Conocer cuáles son los signos y síntomas más frecuentes.

HIPOTESIS

- 1) La Placenta Previa aumenta la incidencia de muertes fetales.
- 2) Toda paciente con diagnóstico de Placenta Previa debe resolverse el caso por vía abdominal (cesárea).

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

70 casos de placenta previa en el período comprendido entre el 1ro. de enero de 1979 al 31 de diciembre de 1980, en la Maternidad del Hospital Roosevelt, de los cuales se encontraron 70 papeletas, sobre las cuales se hizo la presente investigación, ya que algunas papeletas faltaban en el archivo pasivo, siendo imposible trabajar en ellas.

METODOS

Consistió en la revisión retrospectiva de los casos de placenta previa que fueron detectados dentro del total de partos atendidos en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt durante dos años.

Como complementación se efectuó una revisión bibliográfica de varias revistas médicas y libros de texto, con el propósito de tener un dato comparativo, de los cambios que se han suscitado en todo lo referente a placenta previa.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos en la presente investigación:

CUADRO No. 1

FRECUENCIA DE PLACENTA PREVIA

	PARTOS	%
No. total de partos	28,957	100
No. total que se complicó con Placenta Previa	70	0.2

Se observa que en el estudio de 28,957 partos en la Maternidad del Hospital Roosevelt, durante el período correspondiente entre enero 1979 a diciembre de 1980, hubo 70 casos en los que se diagnosticó Placenta Previa, lo cual da una frecuencia de 1:414 partos; los 70 casos corresponden a un 0.2% del total de partos.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION ETAREA

EDAD	No. DE CASOS	%
15-19	6	8.6
20-24	12	17.1
25-29	13	18.6
30-34	14	20.0
35-39	17	24.3
40-44	5	7.1
45-49	<u>3</u>	<u>4.3</u>
TOTAL	70	100.0

Menor Edad: 16 años
Mayor Edad: 47 años
Promedio de edad
materna: 31 años

Como se puede observar en este cuadro la mayor frecuencia de edad estuvo comprendida entre las edades de 35-39 años (24.3%) la menor frecuencia entre las edades es de 45-49 años (4.3%).

CUADRO No. 3

PARIDAD

PARIDAD	No. DE CASOS	%
Nulípara	4	5.7
Primípara	11	15.7
Pequeña múltipara (*)	23	32.9
Gran múltipara (**)	<u>32</u>	<u>45.7</u>
TOTAL	70	100.0

(*) 2 - 4 partos

(**) 5 ó más partos

Menor Paridad: 1 parto
Mayor Paridad: 17 partos
Promedio de Paridad 8.5

Podemos observar en el cuadro No. 3 que la gran mayoría de pacientes fueron múltiparas 45.7%, pero aún se reportaron casos en los cuales no había ninguna paridad anterior.

CUADRO No. 4

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

ANTECEDENTES	No. DE CASOS	%
Cesárea anterior	10	16.4
Abortos	30	49.2
Legrados	20	28.6
Placenta Previa anterior	<u>1</u>	<u>1.4</u>
TOTAL	61	87.2

Tenemos que en el Cuadro No. 4 el 14.3% tenían antecedentes de cesárea anterior, un 42.9% tenían antecedentes de aborto, un 28.6% de legrados, así como se encontró un caso de placenta previa anterior.

ASISTENCIA PRENATAL:

Tenemos que la asistencia a control prenatal fue de un 11.4%, y las pacientes que no tuvieron control fueron de un 58.6%.

CUADRO No. 5

EDAD GESTACIONAL

SEMANAS DE GESTACION	No. DE CASOS	%
27 - 37	38	54.3
38 - 42	<u>32</u>	<u>45.7</u>
TOTAL	<u>70</u>	<u>100.0</u>

Menor tiempo de Gestación: 27 semanas
Mayor tiempo de Gestación: 41 semanas
Promedio de tiempo de Gestación: 34 semanas.

Como se puede observar en el Cuadro No. 5 el 54.3% de los casos el embarazo se resolvió antes de alcanzar el término y un 45.7% fue resuelto con embarazo a término.

Para poder llevar a cabo el registro estadístico de edad gestacional, se tomó de cada historia clínica la referida en el diagnóstico de ingreso, ya sea calculada por última regla, y estimada por altura uterina en los casos en que la paciente no refirió la fecha de última regla por no recordarla.

CUADRO No. 6

DATOS DE INGRESO
(Motivo de Consulta)

MOTIVO DE CONSULTA	No. DE CASOS	%
) Hemorragia vaginal indolora	30	42.9
) Hemorragia vaginal y trabajo de parto	16	22.9
) Hemorragia vaginal y ruptura de membranas	5	7.1
) Hemorragia vaginal con signos de choque	12	17.1
) Trabajo de parto	4	5.7
) Preeclampsia	3	4.3
TOTAL	<u>70</u>	<u>100.0</u>

Como se puede observar el 42.9% consultó por hemorragia indolora, el 17.1% consultó por hemorragia vaginal y signos de shock por la misma hemorragia, así como también la placenta previa se acompañó en un 4.3% de Preeclampsia.

CUADRO No. 7

TIPOS DE PRESENTACION

PRESENTACION	No. DE CASOS	%
Cefálica	48	68.6
Podálica	9	12.8
Hombros	13	18.6
TOTAL	<u>70</u>	<u>100.0</u>

En un 31.4% hubo presentación anómala, posiblemente condicionada por la Placenta Previa, como lo refiere la literatura. De manera que se ve incrementada la presentación de hombros o situación transversa.

CUADRO No. 8

TIPOS DE INSERCIÓN DE PLACENTA PREVIA

TIPOS	No. DE CASOS	%
Placenta Previa Lateral	8	11.4
Placenta Previa Marginal	24	34.3
Placenta Previa Central Parcial	3	4.3
Placenta Previa Central Total	<u>35</u>	<u>50.0</u>
TOTAL	70	100.0

Tenemos en el Cuadro No. 8, que en la mayoría de los casos se encontró Inserción Central de la Placenta, lo cual corresponde a un 50%.

DIAGNOSTICO DE PLACENTA PREVIA:

El método de diagnóstico más utilizado fue el tacto vaginal en sala de operaciones en un 78.6% (55 casos) y en un 21.4% (15 casos) se empleó ultrasonido.

CUADRO No. 9

RESOLUCION DEL CASO Y SU TRATAMIENTO

RESOLUCION	No. DE CASOS	%
Cesáreas:		
a) Segmentaria	50	71.4
b) Corpórea	3	4.3
Vía Vaginal:		
a) Maniobra de Puzos y Parto Eutócico Simple	12	17.2
b) Maniobra de Puzos + conducción y parto eutócico simple	4	5.7
c) Gran Extracción Pelviana	1	1.4
TOTAL	70	100.0

Como puede observarse en el Cuadro No. 9 la mayoría de casos el 75.7% se resolvió quirúrgicamente. Los factores que contribuyeron a esta alta cifra de intervención por vía alta son:

- a) Tipo de Inserción Placentaria
- b) Intensidad de Hemorragia Vaginal
- c) Sufrimiento Fetal

Así tenemos que las Placentes Previas Laterales y algunas Marginales, con la maniobra de Puzos el parto se pudo resolver normalmente y se descubrió el diagnóstico en la búsqueda del signo de Barnes (24.3%).

Se encontró que hubo un caso en el cual se efectuó versión por maniobras internas más gran extracción pelviana por prolapso de miembro superior y sufrimiento fetal.

CUADRO No. 10

CANTIDAD DE SANGRE PERDIDA
(Con respecto a la hemoglobina extraída antes
y después del parto)

HEMOGLOBINA	No. de CASOS	%
Pre-Parto		
7-9	14	23.4
10-12	35	58.3
13-15	11	18.3
TOTAL	60 (*)	100.0
Post-Parto		
7-9	35	58.3
10-12	20	33.4
13-15	5	8.3
TOTAL	60 (*)	100.0

(*) Se les hizo el examen a 60 pacientes, a las restantes no se les efectuó por causas desconocidas.

Tenemos que el Cuadro No. 10 nos indica la hemoglobina efectuada antes y después del parto, para verificar si baja bastante la cantidad, y el estado de anemia de la paciente al ingresar con una impresión clínica de hemorragia vaginal.

Así tenemos que el mayor porcentaje fue de 58.3% entre 10 y 12 grs. de hemoglobina en el pre-parto, y el 58.3% entre 7 y 9 grs. de hemoglobina en el post-parto.

CUADRO No. 11

SANGRE TRANSFUNDIDA EN LOS CASOS
DE PLACENTA PREVIA

TIPOS	TRANSFUSIONES	%
Placenta Previa Lateral	3500 cc.	8.8
Placenta Previa Marginal	11000 cc.	27.4
Placenta Previa Central Parcial	2000 cc.	5.0
Placenta Previa Central Total	<u>23500 cc.</u>	<u>58.8</u>
TOTAL	40000 cc.	100.0

Este cuadro nos viene a representar la cantidad de sangre transfundida en los distintos tipos de Placenta Previa, y tenemos el 58.8% fue para la Inserción Central Total, el menor porcentaje fue de 8.8% para la Placenta Lateral.

CUADRO No. 12

PUERPERIO MATERNO

	No. DE CASOS	%
1) Tipo:		
a) Puerperio normal	54	77.1
b) Puerperio patológico	16	22.9
2) Complicaciones:		
a) Endometritis	4	5.7
b) Infección urinaria	4	5.7
c) Infección herida operatoria	6	8.6
d) I.R.S.	1	1.4
e) Tromboflebitis	1	1.4
3) Días de Hospitalización:		
a) 1 - 4 días	48	68.6
b) 5 - 9 días	15	21.4
c) 10- 14 días	5	7.1
d) 15 - más días	2	2.9
4) Estado de la Madre al Egreso:		
a) Satisfactorio	70	100.0
b) Fallecidas	0	

Menor tiempo de hospitalización	1 día
Mayor tiempo de hospitalización	64 días
Promedio de tiempo de hospitalización	32 días

Aquí tenemos que el 77.1% fue Puerperio Normal, y que el 22.9% se complicó con las causas mencionadas en el cuadro, del cual el 8.6% fue de infección de herida operatoria.

El mayor porcentaje con respecto a la hospitalización fue de 68.6% (1 - 4 días); y se encontró un caso que llevó un tiempo de 64 días, debido al problema de tromboflebitis profunda.

CUADRO No. 13

PESO FETAL

PESO	PRODUCTO	%
Menos de 2 lbs . 2 onz .	14	20.3
2 lbs . 3 onz . a 5 lbs . 8 onz .	32	46.4
5 lbs . 9 onz . en adelante	<u>23</u>	<u>33.3</u>
	TOTAL	69 (*)
(*) 1 Aborto		100.0

Menor Peso	1 lb . 4 onz .
Mayor Peso	7 lbs . 12 onz .
Promedio de Peso	4 lbs . 3 onz .

El 66.7% de recién nacidos fueron prematuros, esto es debido a las causas mencionadas en la resolución del caso (Cuadro No. 9).

CUADRO No. 14

CONDICION AL NACER

APGAR AL MINUTO	PRODUCTOS	%
Menos de 4 (asfixia severa)	12	17.9
4 - 6 (Deprimidos)	20	29.9
7 - 10 (Bueno)	35	52.2
TOTAL	<u>67 (*)</u>	<u>100.0</u>

(*) 67 vivos y 3 muertos.

El 47.8% de recién nacidos, nacieron en malas condiciones (Apgar menos de 7) necesitando asistencia pediátrica intensiva y de ellos el 4.3% fallecieron.

CUADRO No. 15

MORBILIDAD FETAL

	No. DE CASOS	%
a) Circular al cuello	6	15.8
b) Anomalías congénitas	1	2.7
c) Bronconeumonía por aspiración	3	7.9
d) Asfixia Perinatal	14	36.8
e) Premadurez	<u>14</u>	<u>36.8</u>
TOTAL	38	100.0

Es evidente que en el cuadro No. 15 el mayor porcentaje de morbilidad fetal fue ocasionado por premadurez y asfixia perinatal. Así como se tuvo un recién nacido con anomalías congénitas.

MORTALIDAD FETAL:

En lo que respecta a la mortalidad perinatal total en esta investigación, se registró un 10% (7 niños), de donde 3 nacieron muertos y 4 fallecieron durante su hospitalización.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia complicada con Placenta Previa en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt fue de 1:414 partos, lo cual es inferior a la reportada en 1978 en este mismo hospital que fue de 1:382 partos.
2. Se encontró que la Placenta Previa fue más frecuente en mujeres comprendidas entre las edades de 35-39 años lo cual tiene un porcentaje de 24.3% y el promedio de edad fue de 31 años.
3. En lo que respecta a la paridad se obtuvo que el 47.5% fueron pacientes multíparas.
4. Con la ayuda de control prenatal que fue reanudado de nuevo en el Hospital Roosevelt, tenemos que el 41.4% tuvo control prenatal.
5. En cuanto a factores que contribuyeron a la etiología de Placenta Previa, 87.2% de pacientes presentaron antecedentes de algunos de éstos (14.3% para cesáreas anteriores; 42.9% para abortos; 28.6% para legrados y 1.4% para Placenta Previa anterior).
6. Hay un alto porcentaje de premadurez asociado a Placenta Previa ya que el 66.7% de recién nacidos pueden considerarse prematuros tanto por edad gestacional como por peso.
7. El motivo de ingreso más frecuentemente encontrado fue la hemorragia vaginal (90%).
8. En un 68.7% hubo presentación cefálica y el 31.4% se encontró presentación viciosa.

9. Hubo predominio de inserción placentaria central total 50% pero le siguió en orden porcentual la Placenta Previa marginal 34.3%.
10. El 75.0% de los casos se resolvió por cesárea y en vista de los buenos resultados obtenidos. Es interesante hacer notar que el tratamiento ha sido más efectivo, desde que se emplea con mayor libertad, la operación cesárea, logrando disminuir la mortalidad materna, pero en lo que respecta al feto es muy relativo por la frecuencia con que se encuentra asociada la premadurez.
11. La inserción de Placenta Previa Central Total tuvo un 58.8% de transfusión sanguínea, debido a que trae más problema con lo que respecta al sangramiento.
12. El método Diagnóstico más utilizado fue el Tacto Vaginal en sala de operaciones en un 78.6% (55 casos) y tan solo en un 21.4% (15 casos) se empleó Ultrasonido, y es debido a que las pacientes no llevan control prenatal adecuado.
13. Una de cada 4 pacientes tuvo Puerperio Patológico y la causa más frecuente fue Infección de Herida Operatoria 8.6%, además tuvimos un caso de Tromboflebitis, lo cual llevó de hospitalización 64 días.
14. El 100% de las pacientes egresó en condiciones satisfactorias.
15. El 47.8% de los recién nacidos, nacieron con apgar menor de 7 y el 10% de ellos fallecieron, por lo que se ve, la mortalidad fetal ha venido descendiendo por el tratamiento que se está utilizando actualmente.

16. La morbilidad fetal estuvo dada principalmente por Prematuridad y Asfixia Perinatal.
17. Solo se reportó un recién nacido con anomalías congénitas (2.7%).
18. El 58.3% de las pacientes que ingresan con impresión clínica de Placenta Previa, tiene su hemoglobina inferior a 12 grs. además de la hemorragia que presentan, por lo que su anemia es marcada. Estas pacientes tienen que ser transfundidas para no tener un choque hipovolémico.

RECOMENDACIONES

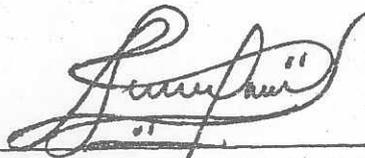
1. Toda mujer embarazada, tiene que llevar adecuadamente su control prenatal para evitar una mortalidad materno-infantil.
2. Toda paciente ingresada con una impresión clínica de hemorragia del 3er. trimestre del embarazo, sea evaluada por ultrasonografía y así poder determinar si existe placenta previa.
3. No examinar por vía vaginal a toda paciente que presente hemorragia vaginal durante el 3er. trimestre, a no ser que ésta sea considerable y que se cuenten con los medios quirúrgicos adecuados para atender de inmediato cualquier complicación que de ello derive.
4. Si la paciente presenta hemorragia leve y su gestación es aún prematura, se debe considerar el tratamiento expectativo, si los signos maternos y fetales se encuentran normales.
5. Toda paciente que ingrese con diagnóstico de Placenta Previa se le debe tipificar la sangre debido a que la mayoría necesita transfusiones sanguíneas.
6. En todo caso, sea cual fuere la vía del parto, deberá estar presente el pediatra ya que la mayoría de veces se presenta asfixia perinatal o bien premadurez.

BIBLIOGRAFIA

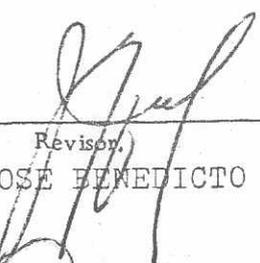
1. Abdul-Karim, Raja W. et al, Hemorragia y choque preparto. *Clín. Obs. y Ginec.* Páginas 533-541, septiembre, 1976.
2. Abdul-Karim, Raja W. et al, Ultrasonido en Placenta Previa. *Clín. Obs. y Ginec.* Páginas 345, Vol. No. 2, 1978.
3. Achar Arturo, Carreras Manuel. Emergencias en tocoginecología. 2a. Ed. Editorial Rocas, Barcelona, 1972. Páginas 219-39.
4. Anzueto Burgos, José Gonzalo. Placenta Previa de Maternidad del Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1979.
5. Benson, Ralph C. Placenta Previa en su manual de Ginecología y Obstetricia. Traducida por F. Reyes R. 2a. Ed. México. *El Manual Moderno* 1969, Páginas 264-276.
6. Cantoral Campos, Ennio 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.
7. Cotton D.B. et al. The conservative Aggressive Management of Placenta Previa. *Am. Journal Obstet. and Gynecol.* 1980. Jul. 15: 137 (6): 687-95.
8. Danforth, David N. *Obstetrics and Gynecology*. Editor. David N. Danforth. 3ra. ed. with 73 authors. New York. Harper & Row Publishers 1977. 378-384 pages illustrated.

9. Domínguez Robles, H., et al. Placenta Previa. Experiencias del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del I.M.S.S. México 22, Mayo-Junio 1967. Páginas 567-72.
10. Fuentes S., Eduardo. Algunas Consideraciones sobre Placenta Previa. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1955.
11. Garrey, Mathew M. Obstetrics Illustrated by Mathew M. Garrey and others. 2nd edition, Edimburgh Scotland, Churchill Livingstone Publishers. 1974. 432-436 pages illustrated.
12. Greenhil, M.D., Obstetrics. Eleventh Edition, 1970. Páginas 456-473.
13. Honger, Edgar O., M.D. et al. Ultrasonic Diagnosis of low Implantation preceding Placenta Previa. Am. J. Obst. & Gynec. 120 (8) 1119-1120. December 15, 1974.
14. Kumakiri Y. et al, Diagnosis of Placental Presentation by Ultrasonic Tomography. Obstet. and Gynec. Soc. 23:105-10. Feb. 1971.
15. Peralta De Rodríguez, Marta. et al, Ubicación Topográfica de la Placenta Mediante Ultrasonido. Rev. de Obst. y Ginec. de Venezuela. Vol XL No. 3, 1980. Páginas 120-23.
16. Posada Urios, F. et al. Placenta Previa. Comentario en relación con cien casos clínicos. Ginecología y Obstetricia, México 27: 733-9, junio 1970.

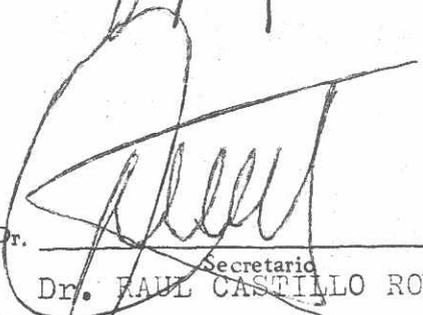
17. Sagastume y Sinibaldi, Edmundo Alberto. Placenta Previa (Estudio de 200 casos). Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1963.
18. Schwarz, Ricardo y et al Obstetricia 3a. edición, El Ateneo 1973, páginas 519-528.
19. Wexler, Paul. M.D. et al. Second Trimester Placenta Previa. Obst. & Gynec. 50 (6): 706-709, December 1977.
20. Williams. Hellmans, Pritchard. Obstetricia. 4a. Reimpresión de la 1a. edición, Salvat, Editores S.A. México 1973. Páginas 530-542.
21. Zamora Orozco, Juan. et al, Ultrasonoecografía en el Diagnóstico de la Inserción Placentaria, Ginec. y Obstet. México 1980. Abril: 47, (282); 215-26.

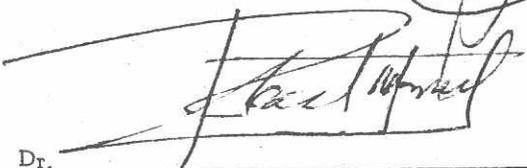
Br. 
SALVADOR ALVARADO MOLINA.


Asesor.
Dr. MARIO G. ALFARO VILLATORO.

Dr. 
Revisor.
Dr. JOSE BENEDICTO V


Director de Fase III
Dr. CARLOS A. WALDEHEIM C.

Dr. 
Secretario
Dr. PAUL CASTILLO RODAS

Bo. 
Dr.
Decano.
Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO.