

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**PLACENTA PREVIA**

Análisis retrospectivo de 5 años en el Departamento de  
Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala  
1976-1980

TESIS

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

Por

FERNANDO ADOLFO ARRIAGA MORALES

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

# PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. DEFINICION DEL PROBLEMA
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. GENERALIDADES Y REVISION DE LA LITERATURA
- VI. PRESENTACION DE RESULTADOS
- VII. COMENTARIO
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Las hemorragias del tercer trimestre de la gestación, han llamado la atención de los investigadores, siendo en el año 1709 en que se describió la implantación baja de la placenta en un trabajo realizado en necropsias. (12)

Los riesgos que conlleva la placenta previa son numerosos e incluso, en algunas ocasiones, por la severidad del cuadro pueden ser fatales. Si no se detecta con prontitud y se establece de inmediato el tratamiento adecuado se verá afectado el binomio madre-feto.

Teniendo como objetivo básico, obtener una idea racional concreta acerca de la incidencia de placenta previa en la maternidad del Hospital Roosevelt y relacionarlo con trabajos anteriores; se revisaron los casos que fueron atendidos en el hospital Roosevelt durante el período del 1-1-76 al 31-12-80.

## II. OBJETIVOS

- 1- Determinar la incidencia de placenta previa en el Hospital Roosevelt durante un período de 5 años.
- 2- Determinar la morbi-mortalidad materno-fetal.
- 3- Analizar las conductas y tratamientos establecidos.
- 4- Revisar bibliografía nacional y extranjera para dar a conocer los conceptos y tratamientos actualizados sobre placenta previa en el Hospital Roosevelt.

## III. DEFINICION DEL PROBLEMA

El objeto de estudio en esta tesis fueron los pacientes a quienes se les diagnosticó placenta previa en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt durante el período del 1-1-76 al 31-12-80.

Para determinar la incidencia de placenta previa durante un período de 5 años.

Estudio deductivo a través del cual se presenta una guía para hacer el diagnóstico de placenta previa.

#### IV. MATERIAL Y METODOS

El material utilizado en el presente estudio de placenta previa, fue de 226 casos reportados de esta patología en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt durante el período del 1-1-76 al 31-12-80.

Para la realización del mismo, se consultaron fuentes bibliográficas y se usaron los siguientes materiales:

- 1- Libro de sala de partos.
- 2- Libros de sala de operaciones.
- 3- Archivo de registros médicos del Hospital Roosevelt.
- 4- Ficha de recolección de datos.
- 5- Documentos de la Facultad de Ciencias Médicas.
- 6- Libros de texto y revistas médicas, para la revisión bibliográfica.
- 7- Útiles de escritorio.

#### RECURSOS.

##### 1- Humanos.

- 1.1- Colaboración del médico asesor y revisor de la tesis.
- 1.2- Colaboración del personal del Departamento de Archivo del Hospital Roosevelt.

##### 2- Físicos.

- 2.1- Archivo del Hospital Roosevelt.
- 2.2- Biblioteca del Hospital Roosevelt, INCAP, y de la Facultad de Ciencias Médicas.

- 2.3- Sala de labor y partos y cuarto de médicos de la maternidad del Hospital Roosevelt.

#### METODO.

El método utilizado fue el deductivo el cual nos ayudó para la obtención de los datos en la siguiente forma:

- 1- Primeramente se procedió a revisar los libros de sala de partos y operaciones del hospital Roosevelt del 1-1-76 al 31-12-80, obteniendo los datos referentes al número de registro médico y nombre de las 226 pacientes con embarazo complicado con placenta previa.
- 2- Seguidamente obtuvimos los registros médicos en el archivo del Hospital Roosevelt, recopilando los datos más importantes para el presente estudio (ver instrumento de investigación XI).
- 3- Se procedió luego a tabular los datos obtenidos estadísticamente realizando cuadros con porcentajes basados con los resultados obtenidos, se hizo una discusión y análisis de los mismos, formulando conclusiones y recomendaciones.
- 4- 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. Las revistas y libros de texto fueron seleccionados en el Index Medicus de la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, Biblioteca Central de la USAC y en la biblioteca del INCAP.

## V. GENERALIDADES Y REVISION DE LA LITERATURA

Placenta previa es un proceso caracterizado anatómicamente por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero.

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 nutricional. No es, sino hasta 1709, cuando Schacher describió la implantación en la placenta previa en la necropsia.

Fue a finales del siglo XIX, en que Lawson y Teit, proponen la cesárea como método efectivo terapéutico, más sin embargo, debe tenerse en mente que para dicha época representaba un riesgo muy grave el practicar una intervención quirúrgica de esta naturaleza. Fue hasta 1908, en que Kronig y Selhaim, establecen definitivamente la importancia de cesarizar a las pacientes que presentaban una hemorragia patológica del último trimestre del embarazo.

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 general de la transfusión sanguínea y la ejecución más frecuente de la cesárea.

En 1959, un obstetra Noruego llamado Lövset, describió un método que él había estado usando por 10 años y que fue extremadamente efectivo, no sólo porque paraba la hemorragia masiva, sino que también permitía la continuación del embarazo hacia el término. El método consiste de una simple sutura circun-

ferencial del cérvix, que es usualmente aplicada como una bolsa de cuerda que encierra el cérvix, en el fornix y sujetado dentro del tejido cervical. En una pequeña serie de pacientes con placenta previa se logró disminuir la cifra de prematuridad y mortalidad perinatal.

La última etapa de la historia, está representada por el diagnóstico de la localización placentaria que iniciada con la radiología, hoy se ha visto complementada con métodos radioisotópicos y ultrasonográficos que vienen a formar no sólo un sistema de exploración inócuo sino también una base para la decisión de la conducta.

La placenta previa es poco frecuente, que se observa una vez en cada 200 partos o en cada 500 ó 600 embarazos. Según la inserción de la placenta previa se clasifica de la siguiente manera:

### a- Placenta previa Central total u Oclusiva total.

Cuando la placenta se implanta sobre el área cervical, cubriendo por completo el orificio interno. Ver fig. No. 1.

### b- Placenta previa Central parcial u Oclusiva Parcial.

Puede ser que la placenta sea oclusiva total durante el embarazo, pero que al iniciarse el trabajo de parto ocupa sólo parcialmente el área del orificio cervical interno cuando éste principia a dilatarse, adoptando entonces el carácter de placenta previa oclusiva parcial. Ver fig. No. 2.

### 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. Ver fig. No. 3.

d- Placenta previa de Inserción Baja o Lateral.

Cuando la placenta se inserta en el segmento inferior (tercio inferior del útero), sin llegar al borde del orificio cervical interno. Ver fig. No. 4.

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

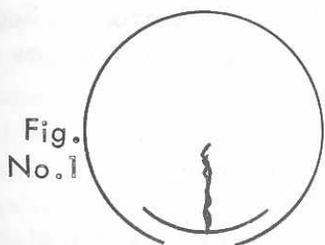


Fig. No. 1

Placenta previa central total u Oclusiva total.

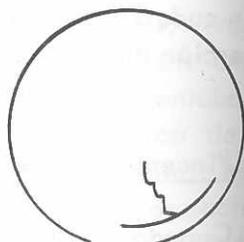


Fig. No. 2

Placenta previa central parcial u Oclusiva parcial.

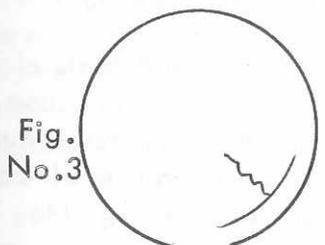


Fig. No. 3

Placenta previa marginal

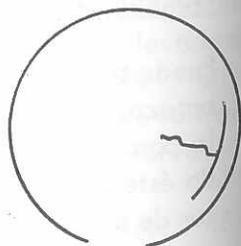


Fig. No. 4

Placenta previa lateral.

La etiología más importante, lo constituye el hecho de que la placenta previa, se presenta principalmente en multiparas por las circunstancias siguientes:

Las lesiones de la mucosa uterina, tales como endometritis del cuerpo del útero, frecuentes abortos y legrados, lesiones atróficas de la mucosa, consecuencia de partos que se suceden con rapidez y cicatrices de cesáreas anteriores; empeoran la irrigación sanguínea de las correspondientes zonas de mucosa y disminuyen por ello en alto grado, las posibilidades de nutrición del huevo. Este no anida por lo tanto en la parte superior del cuerpo del útero, sino que se localiza hacia abajo en la región del segmento inferior. Además, la esclerosis del endometrio suele aumentar con la edad y al quedar limitada la irrigación placentaria, la placenta compensa a veces este fenómeno extendiéndose en una zona mayor del útero.

Hofmeir, intenta explicar la etiología de la placenta previa mediante su teoría llamada refleja: Si el endometrio es sano, el huevo se fija en el fondo del útero, donde hipertrofia sus vellosidades dando origen a la placenta; el resto de las vellosidades sufrirá un proceso de atrofia hasta constituir el corión 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), la que al crecer el trofoblasto, hará que éste asiente en contacto con la cáduca verdadera, siendo el resultado, la ubicación inferior de la placenta. El mecanismo responsable por el cuál 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, produce un desprendimiento placentario. La metrorragia proviene de los vasos parietales y de la superficie placentaria desprendida. b) Durante el parto. Por un mecanismo análogo de desprendimiento al iniciarse la dilatación y cierto ti-

roneamiento de las membranas al formarse la bolsa.

La hemorragia es el síntoma principal en el 90% de los casos. Esta acentuada frecuencia es lo que ha hecho decir que toda hemorragia del final del embarazo significa placenta previa hasta que no se demuestre lo contrario. Esta hemorragia presenta características muy particulares: Se produce especialmente después de la 22a semana, es roja rutilante y comienza antes de la ruptura de la bolsa de las aguas, es indolora, iniciándose con frecuencia durante el sueño o estado de reposo. Muchas veces persiste un escurrimiento continuo del líquido sanguinolento, que con el tiempo debilita tanto a la paciente, que una hemorragia adicional por leve que sea, puede causar la muerte.

Es muy alta la frecuencia de presentaciones anormales. Dificulta el encajamiento de la presentación como consecuencia de la ubicación de la placenta, que actúa como un impedimento para el descenso.

Durante el parto, la inercia uterina primaria se presenta por falta de apoyo de la presentación sobre los ganglios nerviosos del cuello uterino (reflejo de Ferguson), por la interposición de la masa placentaria.

El tacto vaginal en principio está proscrito, ya que puede movilizar cotiledones y coágulos formados, incrementándose la hemorragia, con grave riesgo para la paciente. El tacto vaginal permite sentir, en la placenta previa central total y parcial, los cotiledones de la misma. En la placenta previa marginal, las membranas rugosas y gruesas y en el reborde cervical algunos cotiledones.

El diagnóstico se hace en primer lugar, basándose en el cuadro clínico descrito anteriormente, después de realizar en for-

ma concisa y explícita: Historia clínica, antecedentes, examen físico, examen obstétrico, etc. El tacto vaginal contribuye en gran forma, ya que permite la identificación de la placenta, pero suele ser peligroso y practicamente debe de hacerse como procedimiento previo a la resolución del caso.

La mala posición del feto o una cabeza elevada al término de la gestación, harán sospechar una placenta previa. Asimismo se cuenta con varios métodos indirectos de diagnóstico como lo son:

1- Diagnóstico Radiológico.

- 1.1- Aortografía translumbar o Femoral retrógrada.
- 1.2- Cistografía.
- 1.3- Amniografía.
- 1.4- Placentografía gravitacional.

2- Diagnóstico Radioisotópico.

- 3- Diagnóstico por Ultrasonido.
- 4- Diagnóstico por Termografía.

En el diagnóstico diferencial se debe tomar 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 hemorráparas de orden gravídico, que más frecuentemente entran en consideración, están el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta (D.P.P.N.I.), 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.

El cuadro patológico de placenta previa, entraña un pronós

tico grave tanto para la madre como para el feto; actualmente la mortalidad materna es del 2% y la fetal del 10%.

Tres hechos forman la base para el tratamiento de las pacientes de embarazo complicado con placenta previa:

- a- La hemorragia inicial en la placenta previa raras veces es fatal.
- b- Las exploraciones vaginales o rectales precipitan a menudo una hemorragia grave (sólo debe hacerse en un quirófano donde existan las facilidades para combatir una hemorragia masiva).
- c- La causa principal de pérdidas perinatales en la placenta previa es la prematuridad.

Los métodos aplicables en el tratamiento de la placenta previa son de dos categorías:

- 1- Métodos Vaginales: Cuyos fundamentos se basan en ejercer presión contra la placenta y superficie placentaria ocluyendo así los vasos sanguíneos. Entre ellos tenemos, la rotura simple de membranas (Maniobra de Puzós); el Forceps de Willet, inserción de una bolsa y la versión de Braxton-Hicks. Ya no se usan con frecuencia, relegándose su uso únicamente cuando el feto es muy pequeño o cuando está muerto, pues generalmente se consideran feticidas.
- 2- Cesárea. Cuyos fundamentos son dobles: El primero, a través del parto inmediato que permite la contracción del útero y la detención de la hemorragia; y el segundo, prevenir la posibilidad de laceraciones cervicales, complicación frecuente del parto vía vaginal en la placenta previa central total y parcial.

## VI. PRESENTACION DE RESULTADOS.

Durante el período del 1-1-76 al 31-12-80 hubo un total de 77,652 pacientes ingresados a la Maternidad del Hospital Roosevelt y hubo 226 casos de placenta previa, lo cual nos da una incidencia de 1:343.

A continuación presentamos en cuadros estadísticos los resultados obtenidos de los 226 casos de placenta previa.

Cuadro No. 1

### INCIDENCIA DE PLACENTA PREVIA POR AÑO

AÑO	No. TOTAL DE PARTOS POR AÑO	No. TOTAL DE PLACENTA PREVIA POR AÑO	RELACION No. TOTAL PARTOS POR AÑO / No. TOTAL DE PLACENTA PREVIA POR AÑO
1976	15,513	42	1:369
1977	15,837	59	1:268
1978	16,070	49	1:328
1979	16,251	37	1:439
1980	13,981	39	1:358
TOTAL..	77,652	226	1:343

Cuadro No. 2.

## DISTRIBUCION ETAREA

EDAD	No. DE CASOS	(%)
≤ -15	5	2.21
16-25	74	32.74
26-35	104	46.02
> -35	43	19.03
TOTAL.....	226	100.00

Rango de 15-43 años.

Promedio de edad 29 años.

Cuadro No. 3.

PARIDAD	PARIDAD		
	No. TOTAL DE PARTOS	No. TOTAL DE CASOS DE PLACENTA PREVIA	RELACION No. TOTAL DE PARTOS/CASOS DE PLACENTA PREVIA.
Nulípara	21,742	31	1:701
Primípara	13,977	46	1:303
Pequeña Multípara*	24,849	91	1:273
Gran Multípara**	17,084	58	1:294
TOTAL.....	77,652	226	

\* 2-4 partos

\*\* 5- más partos.

NOTA: Para obtener esta incidencia se tomó una muestra al azar

de 1,000 registros, consignando la paridad y tabulado en los rangos de Nulípara, Primípara, Pequeña Multípara y Gran Multípara, con ello se obtuvo el porcentaje de los 1,000 registros. Seguidamente, en base a cada uno de los porcentajes, se procedió a sacar el número total de partos de cada uno de los rangos mencionados del número total de 77,652 partos. Haciendo una relación entre No. total de partos por cada uno de los grupos etáreos y el total de casos de placenta previa; se obtuvo la incidencia para cada uno de ellos.

Cuadro No. 4.

## CONTROL PRE-NATAL Y ANTECEDENTES

	No. DE CASOS	(%)
A- ASISTENCIA PRE-NATAL.		
1- Sí	103	45.57
2- No	120	53.10
3- Ignorado	3	1.33
TOTAL.....	226	100.00
B- ANTECEDENTES OBSTETRICOS.		
1- Cesárea anterior	102	45.14
2- Legrados	18	7.96
3- Abortos	15	6.64

Cuadro No. 5.

EDAD GESTACIONAL

	No. DE CASOS	(%)
Prematuro	105	46.46
A Término	121	53.54
TOTAL.....	226	100.00

Rango de 29-43 semanas.

Promedio de semanas de gestación 36.

Para poder llevar a cabo el registro estadístico de edad gestacional, se tomó de cada papeleta la edad gestacional referida ya sea calculada por última regla; o estimada por altura uterina, en los casos en que la paciente no refirió la fecha de última regla por olvido.

Cuadro No. 6.

TIPO DE PRESENTACION

PRESENTACION	No. DE CASOS	(%)
Cefálica	156	68.72
Podálica	25	11.01
Transversa	40	17.62
Ignorada	6	2.65
TOTAL.....	227*	100.00

\* Un embarazo gemelar.

Cuadro No. 7.

TIPO DE INSERCION DE PLACENTA PREVIA

INSERCION	No. DE CASOS	(%)
Central total	137	60.62
Central parcial	34	15.04
Marginal	38	16.81
Inserción baja	16	7.08
Ignorada	1	0.45
TOTAL.....	226	100.00

Cuadro No. 8.

DATOS DE INGRESO

	No. DE CASOS	(%)
<u>MOTIVO DE INGRESO.</u>		
1- Hemorragia vaginal	201	88.94
2- Otros diagnósticos.		
2.1- Embarazo más trabajo de parto activo	21	9.29
2.2- Toxemia	4	1.77
TOTAL.....	226	100.00

Cuadro No. 9.

RESOLUCION DEL CASO

RESOLUCION	No. DE CASOS	(%)
<u>CESAREA:</u>		
a- Segmentaria	192	84.96
b- Segmento-corpórea	8	3.55
c- Cesárea más Histerectomía (Atonía uterina y Acretismo placentario)	2	0.88
<u>VIA VAGINAL:</u>		
a- Forceps bajo	1	0.44
b- Gran extracción pelviana	1	0.44
c- Maniobra de puzós	1	0.44
d- Parto eutócico simple	21	9.29
TOTAL.....	226	100.00

Cuadro No. 10. PUERPERIO MATERNO

	No. DE CASOS	(%)
<u>1- TIPO:</u>		
a- Puerperio normal	146	64.60
b- Puerperio patológico	80	35.40
TOTAL.....	226	100.00
<u>2- COMPLICACIONES:</u>		
a- Anemia	33	41.25
b- Inf. Urinaria	15	18.75
c- Endometritis	14	17.50
d- Inf. Herida Operatoria	8	10.00
e- Fiebre etiología?	3	3.75
f- Lúes	2	2.50
g- Síndrome de coagulación intravascular diseminado	2	2.50
h- Celulitis	1	1.25
i- Ileo paralítico	1	1.25
j- Bronconeumonía	1	1.25
TOTAL.....	80	35.40
<u>3- DIAS DE HOSPITALIZACION:</u>		
a- 1- 5 días	49	21.68
b- 6-10 días	97	42.92
c- 11-20 días	67	29.65
d- 21-más días	13	5.75
TOTAL.....	226	100.00
<u>4- ESTADO DE LA MADRE AL EGRESO:</u>		
a- Satisfactorio	225	99.55
b- Fallecidas	1	0.45
TOTAL.....	226	100.00

Cuadro No. 11.

PESO FETAL		
PESO EN GRAMOS	PRODUCTOS	(%)
0 - 500 grs.	2	0.88
501 - 1000 grs.	24	10.57
1001 - 1500 grs.	50	22.33
1501 - 2000 grs.	68	29.95
2001 - 2500 grs.	47	20.70
2501 - 3000 grs.	31	13.66
3001 - 3500 grs.	4	1.76
3501 - más grs.	1	0.45
TOTAL.....	227*	100.00

\* Un embarazo gemelar.  
Rango de 470 a 3600 grs.  
Promedio de peso 2035 grs.

Cuadro No. 12.

CONDICIONES AL NACER		
APGAR AL MINUTO	PRODUCTOS	(%)
8 a 10	165	72.69
4 a 7	29	12.77
Menos de 4	14	6.17
Muertos	19	8.37
TOTAL.....	227*	100.00

\* Un embarazo gemelar.

Cuadro No. 13. MORBILIDAD NEONATAL

CAUSA	No. DE CASOS	(%)
a- Premadurez	54	51.92
b- Asfixia perinatal	28	26.93
c- Ictericia	14	13.47
d- Bronconeumonía por aspiración	3	2.88
e- Gastroenterocolitis aguda	1	0.96
f- Espina Bífida	1	0.96
g- Secreción nasal bacteriana	1	0.96
h- Mielomeningocele	1	0.96
i- Múltiple anomalías congénitas	1	0.96
TOTAL.....	104	100.00
Mortalidad Perinatal	32/227	
Incidencia	14%	
Morbilidad Perinatal	104/227	
Incidencia	46%	

Cuadro No. 14. METODO DE DIAGNOSTICO

	No. DE CASOS	(%)
a- Examen vaginal en sala de operaciones	176	77.88
b- Ultrasonograma	24	10.62
c- Hallazgo operatorio	16	7.08
d- Ignorado*	10	4.42
TOTAL.....	226	100.00

\* Los 10 registros pertenecían a pacientes privadas en su totalidad.

## VII. COMENTARIO

Podemos observar que la incidencia de placenta previa en el Hospital Roosevelt ha oscilado entre 1:268 a 1:349 en los años 1976 a 1980, el dato anterior tiene similitud con trabajos reportados anteriormente como lo son: El estudio realizado en 1955 en el Hospital Materno-Infantil de Guatemala que fue de 1:302 (12), los datos registrados por Sagastume y Sinibaldi en 1963, en un estudio realizado en el Hospital Roosevelt en donde encontró una incidencia de 1:329 (28). Posada U. en México señala una frecuencia de 1:278 en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del IMSS (16), Smith en el Hospital de la Universidad de Pennsylvania, encontró una frecuencia de 1:132 (16), Semmens, Virginia, señala una frecuencia de 1:109 (12).

La mayor frecuencia de edad estuvo comprendida entre 26-35 años con 46.02%; la menor frecuencia de edad estuvo en pacientes menores o iguales de 15 años con 2.21%. La mayor incidencia de placenta previa se observó en la pequeña múltipara y gran Múltipara con 1:273 y 1:294 respectivamente, siendo estos datos similares a lo descrito por la literatura en lo referente a que la placenta previa es más frecuente en múltiparas (1, 2, 7, -14 etc), asimismo la incidencia de placenta previa es bastante baja en las mujeres nulíparas.

El 53.10% no tenían control pre-natal. Al 45.14% les habían realizado cesárea anterior y el 7.96% tenían antecedentes de legrados; aquí podemos observar que estos datos son iguales a lo referido en la literatura de que la placenta previa se asocia con procedimientos quirúrgicos previos (cesárea, legrados) (7, 25).

El 46.46% de los casos se resolvió antes de alcanzar el término, como refiere la literatura este dato es debido a intensidad de la

hemorragia y al sufrimiento fetal (24), un 53.54% fue resuelto con embarazo a término.

En un 28.63% se encontró presentación anómala, posiblemente condicionada por la placenta previa, ya que es muy alta la frecuencia en esta entidad patológica (1, 2).

Observamos que el mayor porcentaje: 60.62% correspondió a la placenta previa central total, seguida de la placenta previa marginal con 16.81%. La menor frecuencia correspondió a la placenta previa de inserción baja con 7.08%.

El 88.94% de pacientes consultaron por hemorragia vaginal como lo refiere la literatura (1, 2).

El 89.39% se resolvió quirúrgicamente. Los principales factores que contribuyeron a esta alta cifra de intervención por vía alta se mencionan: a- Tipo de inserción placentaria, b- Intensidad de la hemorragia vaginal y c- Sufrimiento fetal. También hay que hacer notar que el tratamiento quirúrgico permite a través del parto inmediato la contracción del útero y la detención de la hemorragia, así como también prevenir lasceraciones cervicales - (23, 27).

Dos pacientes fueron Histerectomizadas; una por haber presentado Acretismo placentario y la otra por Atonía uterina. - Las indicaciones de cesárea corpórea fueron por dificultades técnicas en el segmento (mal segmento y varicoso).

El 35.40% presentó puerperio patológico y entre las complicaciones más frecuentes: Anemia 41.25%, Infección Urinaria con 18.75% y Endometritis con 17.50%; los cuales son datos similares a los reportados en 1973 en el Hospital General San Juan de Dios y en 1979 en el Hospital Roosevelt (12, 28). La mortalidad materna fue del 0.45%, el cual es más bajo que el reportado por la literatura que es del 2% (16). La incidencia de morbilidad Neonatal fue de 46%.

El 84.13% de Recién nacidos tenían un peso menor o igual a 2,500 grs.

El 18.94% nacieron en malas condiciones y el 8.37% falleció pre-parto, como lo refiere la literatura condicionado por la intensidad de la hemorragia y el sufrimiento fetal (14, 15).

Las principales causas de morbilidad fueron premadurez, asfixia perinatal e ictericia, los cuales son comparativos a los encontrados en estudios anteriores (12, 18).

El 77.88% del diagnóstico de placenta previa fue hecho por medio del examen vaginal en sala de operaciones, debido a que la mayoría de pacientes presentaban hemorragia vaginal y/o trabajo de parto. El tacto vaginal en principio está proscrito, ya que puede incrementar la hemorragia vaginal; pero debe de hacerse en sala de operaciones como procedimiento previo a la resolución del caso (1, 19).

En 10.62% el diagnóstico se hizo por medio del Ultrasonograma y en 7.08% por hallazgo operatorio.

Hay que hacer constar que el 4.42% no se logró determinar el método de diagnóstico, habiendo sido en pacientes en su totalidad privadas y hubo un total de 8 casos de ultrasonograma que fallaron el diagnóstico (33.33).

## VIII. CONCLUSIONES

- 1- La incidencia de placenta previa en el Hospital Roosevelt del 1-1-76 al 31-12-80 es de 1 en 343 partos.
- 2- La población materna que presenta placenta previa se caracteriza porque:
  - 2.1- El 53% no tienen control pre-natal.
  - 2.2- Es más frecuente en multíparas y comprendidas entre 16 a 35 años.
- 3- La morbilidad materna se ve afectada por:
  - 3.1- Fue más frecuente la placenta previa central total 60.62% y la placenta previa central parcial 15.04%.
  - 3.2- Hemorragia vaginal en 88.94%.
  - 3.3- 89.39% fue cesarizada.
  - 3.4- Una de cada 3 pacientes presentó puerperio patológico, siendo las complicaciones más frecuentes:
    - a- Infección 46%.
    - b- Anemia 41%.
- 4- La mortalidad materna fue de 0.45%.
- 5- La morbilidad neonatal fue de 46% que fue condicionada - no solo por el tipo de placenta previa, sino también por

factores como:

- 5.1- 46% de premadurez.
- 5.2- 84% de Recién nacidos menores o iguales a 2,500 grs. de peso.
- 5.3- 27% de asfixia perinatal.

- 6- La mortalidad perinatal fue de 14%.
- 7- La mortalidad Neonatal fue de 5.7%.
- 8- La presentación anómala está asociada a placenta previa en 29%.

## RECOMENDACIONES

- 1- Tratar por medio de programas de orientación que la asistencia pre-natal sea mayor, para así explicar las manifestaciones clínicas, sintomatología y riesgos que conlleva la placenta previa; y así tratar de disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal.
- 2- En el medio rural, tratar de hacer conciencia en las comadronas tanto empíricas como adiestradas, de los graves riesgos que encierran las hemorragias que se presentan en el último trimestre del embarazo, así como la importancia de evitar cualquier manipuleo que pueda agravar el caso, refiriéndolo a un centro hospitalario por su alto riesgo tanto materno como fetal, para así brindarle un tratamiento adecuado.
- 3- En el diagnóstico precoz de placenta previa debe intentarse utilizarse medicamentos que aceleren la maduración pulmonar fetal, conociendo que el mayor riesgo de morbi-mortalidad fetal es el Síndrome de Dificultad Respiratoria.
- 4- Durante el parto cualquiera que sea la vía de resolución, deberá estar presente un médico pediatra ya que la mayoría de veces el recién nacido es prematuro o presenta cuadro de asfixia perinatal.
- 5- Tratar de mejorar el manejo de las fichas clínicas en la práctica médica privada, ya que en el presente estudio notamos bastantes deficiencias en ellas, faltando a veces varios datos importantes: como ejemplo las evoluciones de las pacientes a veces faltan o no dan a conocer el estado de salud real de la paciente.

## X. BIBLIOGRAFIA

- 1- Schwarcz, Ricardo, Sala Silvestre, y Duverges, Carlos. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. En su: Tratado de Obstetricia 3ra. reimpresión 1975 3a. ed. 1970 pp. 519-529.
- 2- Williams. Placenta Previa y Abrupto Placentae. Tratado de Obstetricia. 4a. reimpresión 1976. 1a. ed. 1973. pp. 530-542.
- 3- Abdul-Karim, Raja W. et. al. Hemorragias y choque preparto. Clin. Obs. y Ginec, pp. 533-541, Septiembre - 1976.
- 4- Abdul-Karim, Raja W. et. al. Ultrasonido en placenta previa. Clin. Obs. y Ginec. pp. 345-Vol. No. 2, 1978.
- 5- Abdul-Karim, Raja W. et. al. Valoración de la paciente por ultrasonido como método diagnóstico. Clin. Obs. y Ginec. pp. 10-13. 1974.
- 6- Jewett, Joohn Figgis. M.D. Placenta previa and Accreta. The New England Journal of Medicine 285 (5): 858-859, Oct. 7, 1971.
- 7- Utegenova, K.D. et. al. Morphological and histological changes of uterine wall and placenta in cases of placenta praevia and early interruption of normal one. International Journal of Gynec. Obst. pp. 131-132, March 1970.
- 8- Maeder, H.P. et. al. placenta praevia increta and increta sed chorionic-gonodotrophin excretion. The Lancet (7724): 604, Sept. 11, 1971.
- 9- Ochshorn, Ariel. M.D. et. al. Placenta previa acreta. - Obstetrics and Gynecology 33 (5): 677-679, May, 1969.
- 10- Stevenson, Charles S. Técnica radiológica de tejidos blandos para diagnosticar placenta previa. Clin. Obs. y Gineco. pp. 75-91 Marzo 1966.
- 11- Friesen, Bo von. Encircling suture of the Cervic in placenta praevia. Acta Obstet. Gynec. Scand. 183-185 1972.
- 12- Cantoral Campos, Ennio Alfredo. Placenta previa en el departamento de Obstetricia Hospital General San Juan de Dios, revisión de 40 casos. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Junio 1973, 42 p.
- 13- Horgar, Edgar O. M.D. et. al. Ultrasonic diagnosis of loww implantation preceding placenta previa. Am. J. Obst. y Gynec. 120 (8) 1119-1120, December 15, 1974.
- 14- Hibbard, Lester T. M.D. placenta previa. Am. J. Obst. y Gynec. 104 (2): 172-184, May, 15, 1969.
- 15- Kistner, Robert W.M.D. placenta previa Accreta. Am. J. Obst. y Gynec. 100 (5): 727-731, March 1, 1968.
- 16- Greenhill. Placenta previa. Year book of Obst. y Gynec. pp. 160n, 1972.
- 17- Gustafson, Hans. et. al. placenta praevia and abrupto placentae Acta Obstet Gynec. Scand. 53: 235-241 1974.
- 18- Kinston, H.G.G. Obstructed tilting disc, mitral valve -

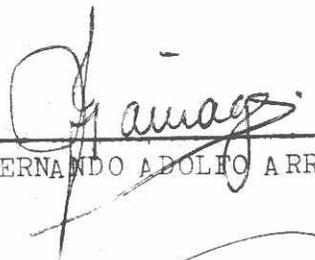
- prosthesis associated with placenta praevia, *Thorax* 32 (2): 210-211, April 1977.
- 19- McHattie, Tj. placenta previa accreta. The searle Review of Obst. y Gynec. Literature pp. 147, 1973.
- 20- Gabert, Harvey A. M.D. placenta previa and fetal growth. *Obst. y Gynec.* 38 (3): 403-406, Sept. 1971.
- 21- Wexlwr, Paul. M.D. et. al. Second trimester placenta previa. *Obst. y Gynec.* 50 (6): 706-709, December 1977.
- 22- Pirnazar, Rahmatollah. M.D. Bipolar versión in the management of hemorrhage from placenta previa. *Obst. y Gynec.* 42 (3): 480-481, Sept. 1973.
- 23- Kalstone, Charles E. M.D. Couvelaire uterus and placenta previa *Am. J. Obst. y Gynec.* 105 (4): 638-639, October 15, 1969.
- 24- Brenner, William E. M.D. et. al. Characteristics of patients with placenta previa and results of "expectant management". *Am. J. Obst. y Gynec.* 132 (2): 180-191, September 15, 1978.
- 25- Schelesinger, Edward R. The impact of placenta previa on survivorship of offspring to four years of age. *Am. J. Obst. y Gynec.* 116 (5): 657-660, July 1, 1973.
- 26- Scheer, Kenneth. M.D. Ultrasonic diagnosis of placenta previa. *Obst. y Gynec.* 42 (5): 707-709, Nov. 1973.
- 27- Nye, E.B. et. al. Per-placental vaginal delivery with central placenta praevia accreta. *Obst. y Gynec.* 41 (6): 851-853, June 1973.
- 28- Anzueto Burgos, José Gonzalo. Placenta Previa en la Maternidad del Hospital Roosevelt, revisión de 37 casos. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, Mayo 1979. 49 pp.

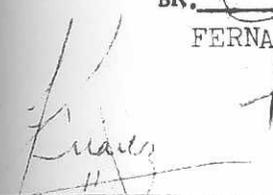
XI. INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

(Boleta de recolección de datos).

No. de orden.	Registro Clínico	Edad
Sexo	Paridad	Edad gestacional
Tipo de Inserción de Placenta		Datos de ingreso
Resolución del caso	Puerperio materno	Peso fetal
Condición al nacer	Morbi-mortalidad fetal	Método de diagnóstico
Morbi-mortalidad materna		Control prenatal
Tipo de presentación.		

BR.

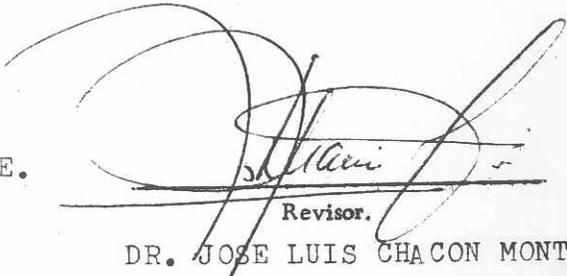
  
FERNANDO ADOLFO ARRIAGA MORALES.

  
Asesor.

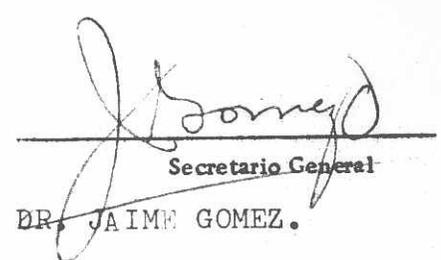
FERNANDO JUAREZ AGUIRRE.

  
Director de Fase III.

CARLOS A. WALDHEIM C.

  
Revisor.

DR. JOSE LUIS CHACON MONTIEL.

  
Secretario General

DR. JAIME GOMEZ.

Vo. Bo.

  
Decano

DR. CARLOS A. WALDHEIM C.