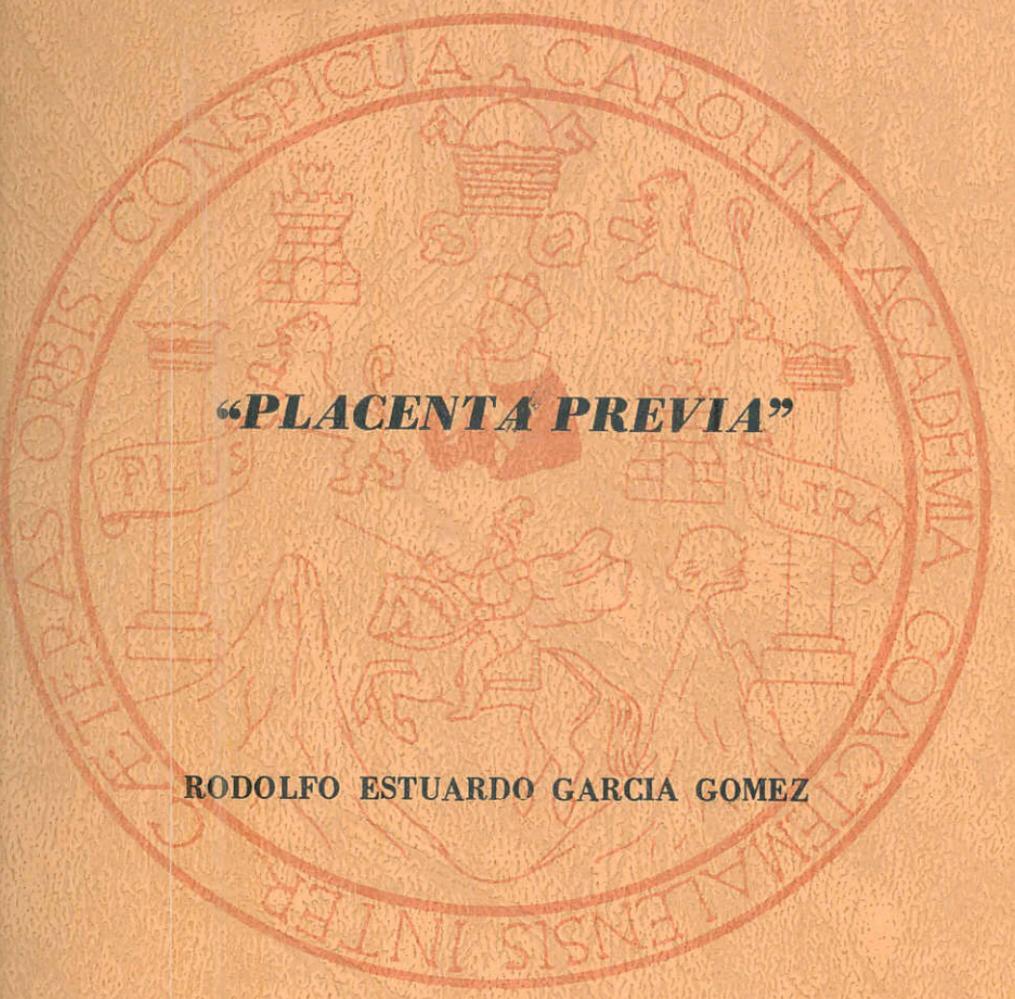


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



“PLACENTA PREVIA”

RODOLFO ESTUARDO GARCIA GOMEZ

GUATEMALA, JULIO DE 1981

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. GENERALIDADES
- V. HIPOTESIS
- VI. MATERIALES
- VII. METODOLOGIA
- VIII. ANALISIS ESTADISTICO
- IX. PRESENTACION DE RESULTADOS
- X. ANALISIS DE RESULTADOS
- XI. CONCLUSIONES
- XII. RECOMENDACIONES
- XIII. BIBLIOGRAFIA

PLACENTA PREVIA

*Estudio retrospectivo en la maternidad del
Hospital Nacional de Amatlán
del Año 1976 a 1980.*

INTRODUCCION:

En el presente estudio se analizará el manejo hospitalario de las pacientes con diagnóstico de placenta previa durante el período comprendido del 1ero. de Enero de 1976 al 31 de diciembre de 1980.

Dicho estudio se realizará en el departamento de Estadística del Hospital Nacional de Amatlán. El objetivo primordial de este estudio es obtener un dato real acerca de la incidencia de este problema obstétrico (placenta previa) en la población materna que es atendida en este centro hospitalario.

Trabajaremos con los siguientes datos: Motivo de consulta, edad de la madre y del embarazo, paridad, manejo intrahospitalario y consultas post-natales. Determinaremos la incidencia de este fenómeno en nuestro medio (Hospital de Amatlán), así como la frecuencia con que se presenta más en mujeres de mayor edad y multíparas, por último obtendremos cifras objetivas de la morbi-mortalidad tanto materna como fetal. Y así de este modo dictaremos o enfatizaremos la conducta a seguir. Interrelación Médico-Paciente al nivel de prevención y/o diagnóstico precoz.

ANTECEDENTES

1. *Incidencia de placenta previa en la maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán del año de 1976. Tesis del Dr. Hernan Almengor Villa de León Septiembre de 1978 Facultad de Ciencias Médicas de San Carlos de Guatemala.*

Este investigador encontró que la incidencia de placenta previa fue de 0.30/o, la edad promedio de la madre fue de 29 años, el promedio de validez de los mismos fue de 4.5.

Todos los pacientes (4) consultaron por presentar hemorragia vaginal durante el tercer trimestre de embarazo.

Todos los casos fueron resueltos por cesárea segmentaria transperitoneal (tratamiento quirúrgico). Lamentablemente no se tomó en cuenta en esta investigación la edad gestacional. La mortalidad del producto fue alta ya que de 4 recién nacidos solo uno nació vivo lo que significa un 75o/o de mortalidad.

2. *Placenta previa en el departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt revisión de 37 casos durante el año de 1978. Tesis Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala 1979.*

En la serie investigada por el Dr. Gonzalo Anzueto la incidencia de placenta previa fue de 0.26o/o, la edad materna promedio fue de 29 años, en relación a la paridad la pequeña múltipara con un 77.56o/o luego la gran múltipara con un 21.62o/o, la primípara con un 10.81o/o y la nulípara con un 0o/o.

Con respecto a la edad gestacional se encontró que el 48.6o/o ocurrieron durante la 31 semana y el 51.32o/o

ocurrió durante la 40 semana de embarazo.

De los 37 casos estudiados 24 pacientes consultaron por presentar hemorragia vaginal y 3 por problema de toxemia gravídica.

El diagnóstico se hizo por medio de tacto vaginal en el 78.37% de los casos (29 casos). La sospecha o impresión clínica correspondió a un 72.96%.

La presentación fetal más frecuentemente encontrada fue la cefálica en 29 casos lo que representa un 76.31% luego la podálica con 6 casos o sea un 15.78%, y la presentación de hombros con 3 casos lo que representa un 7.89%.

35 casos fueron resueltos por vía quirúrgica, únicamente 2 casos fueron resueltos por vía vaginal.

El 50% de los recién nacidos que se obtuvieron se encontraban en malas condiciones generales (con apgar menor de 7) siendo 47.36% prematuros por peso el cual osciló entre 1.13 libras hasta 7.14 libras representando un promedio de 4.13 libras, fallecieron el 11% (dos recién nacidos).

En relación al puerperio se encontró que de cada 4 pacientes una presentó cuadro de Endometritis: pero el estado general de las pacientes al egresar fue satisfactorio.

3. Estudio retrospectivo y analítico de placenta previa en el Hospital Nacional de Jutiapa Tesis 1980 Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala. Este investigador encontró que la edad más frecuente donde se presentaron los casos de placenta previa fue entre 30 y 34 años, siendo la multiparidad un factor predisponente en el 92% de los casos.

Así mismo este autor nos revela que la hemorragia vaginal fue la mayor causa de motivo de consulta (100o/o) resolviéndose todos estos casos por vía quirúrgica (C.S.T.) (10 casos) va que 2 de estos se resolvieron por la vía vaginal (una cefálica y una podálica).

Con respecto a la mortalidad podemos observar que la materna fue de 0o/o mientras que la peri-natal fue de 24o/o.

Placenta previa en el departamento de Obstetricia del Hospital General. Revisión de 40 casos, Junio de 1973 Tesis Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala. Este autor encontró que el 82.5o/o de las pacientes fueron multíparas con un promedio de paridad de 4.2 gestas. Como antecedente obstétrico predisponente al cuadro de placenta previa se encontró una incidencia del 12.5o/o de C.S.T anterior 35o/o de aborto y un 20o/o de legrado otro factor que influyo en las complicaciones pre-natales fueron los bajos valores hemáticos va que 37.5o/o del total de pacientes que asistió a control pre-natal presentaron valores hemáticos entre 7 y 12 gramos lo cual viene a agravar el pronóstico materno fetal.

La premadurez por edad del embarazo alcanzó cifras del 45o/o y la mayor causa de ingreso al hospital fue la hemorragia vaginal en el 97.5o/o de los casos.

El método más usado que resulto ser el más práctico y definitivo para el diagnóstico de placenta previa fue el tacto vaginal en el 87.5o/o.

Se practicó operación cesárea en el 92.5o/o de los casos.

Con respecto al peso de los productos obtenidos, este investigador encontró que el peso promedio fue de 5.5 libras de donde el 40o/o del total de los productos tenían un peso por debajo de 5.8 libras de donde se dedujo que el peso del feto siempre sera menor cuando el embarazo se complica con placenta previa, la mortalidad fetal alcanzó cifras de 37.5o/o señalando a la premadurez como causa principal de mortalidad fetal.

5. Placenta previa estudio de 200 casos Tesis 1963 Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala. Según este autor la incidencia de placenta previa en el Hospital Roosevelt es de un caso por cada 329 partos. La mayoría de los casos son múltiparas: así mismo encontro que el 71.5o/o de los casos se presentan en embarazos que no han llegado a término.

La hemorragia vaginal fue motivo de consulta para 175 casos de los 200 que se revisaron: el tacto vaginal fue el mejor método de diagnóstico con los 96o/o de los casos. En este estudio se encontró que la variedad de inserción más frecuente fue la central en un 70o/o.

La mortalidad materna fue de 2o/o (4 fallecimientos), la mortalidad neonatal fue alta con un 46o/o. Con respecto al peso fetal el 58o/o de los recién nacidos (116 recién nacidos) pesaron menos de 5 libras 8 onzas.

OBJETIVOS:

Determinar la incidencia de este problema obstétrico en la maternidad del Hospital Nacional de Amatlán en un período de 5 años.

Determinar si la frecuencia es alta en pacientes multíparas de mayor edad.

Conocer la importancia de esta complicación del tercer trimestre del embarazo en la morbi-mortalidad materno fetal.

GENERALIDADES:

PLACENTA PREVIA:

Definición:

Se conoce con el nombre de Placenta Previa al proceso anatómico caracterizado por la inserción de la Placenta en el segmento inferior del Utero. La hemorragia aunque frecuente puede no estar presente en el proceso constituyendo el 25o/o.

ETIOLOGIA:

Poco se conoce acerca de la causa de la Placenta Previa sin embargo, la multiparidad y la edad avanzada parecen favorecer su aparición. Lesiones de la mucosa tales como Endometritis del cuerpo del Utero, frecuentes legrados y abortos, lesiones atróficas de la mucosa a consecuencia de partos que se suceden con rapidez y cicatrices de cesáreas anteriores.

La anormalidad es casi menos frecuente en primigravidas que en múltiparas aunque en un 20o/o puede aparecer en mujeres que no han tenido embarazos anteriores. Las mujeres de más de 35 años presentan placenta previa con una frecuencia 3.5 veces mayor que las de menor de 25 años, prescindiendo del número de partos; en otras palabras podemos decir que la edad más que la paridad parece ser el factor predisponente de mayor importancia.

Por último mencionaremos la teoría de Hofmeir en donde intenta explicar los hechos mediante su teoría que llama refleja, según ella, si el Endometrio es sano el huevo se fija en el fondo del útero, donde hipertrofia sus vellosidades dando origen a la placenta; el resto de las vellosidades en cambio sufrirán un

proceso de atrofia hasta constituir el corión liso. Pero si el Endometrio presenta algún proceso patológico las vellosidades destinadas a la atrofia no lo harán, constituyendo la Placenta en la Caduca Refleja, la que al crecer el trofoblasto hará que está presente en contacto con la Caduca Verdadera, siendo el resultado la ubicación inferior de la Placenta.

FRECUENCIA:

La Placenta Previa es una complicación bastante grave, pero poco frecuente que se observa una vez cada 200 partos. Esta frecuencia es mayor en las múltiparas que en las primíparas, es rara la repetición del proceso en embarazos posteriores.

ANATOMIA PATOLOGICA:

El segmento inferior asiento de la placenta presenta un considerable desarrollo de los vasos sanguíneos; las vellosidades invaden en ocasiones el músculo, haciendo posible la evolución hacia la placenta acreta.

El aspecto morfológico de la placenta de mayor tamaño, más delgada, y más irregular presenta algunos cotiledones atroficos entre el resto de carácter normal; para tales cotiledones atroficos, algunos autores han señalado una degeneración granulograsosa. Las membranas son gruesas, frágiles y rugosas, las mismas después del parto se hallarán desgarradas sobre el reborde placentario en las placentas marginales. El cordón se inserta con frecuencia eccentricamente.

CUADRO CLINICO:

El incidente más característico en los casos de placenta previa es la hemorragia indolora, que generalmente no aparece

hasta después del séptimo mes de la gestación.

La hemorragia aparece por lo general sin previo aviso en una mujer embarazada, por lo general cuando la paciente está durmiendo y al despertar queda sorprendida por encontrarse en un charco de sangre. En general cesa en forma espontánea para reaparecer en el momento más inesperado.

La hemorragia de éste proceso presenta características muy particulares:

- a) Se produce en los últimos meses del embarazo después de la veintidoseava semana más específicamente entre 30 y 34 semanas o al iniciarse el parto.
- b) La sangre expelida es líquida, roja y rutilante.
- c) Es francamente indolora
- d) Es intermitente, reproduciéndose con espacios sucesivamente menores aunque en cantidades mayores hasta límites inusitados.
- e) Por último en cada una de ellas existe cierto grado de Hemoestacia espontánea.

El mecanismo de producción de la hemorragia reside en:

- a) Durante el embarazo en 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; produciéndose por ello un desprendimiento con numerosas roturas vasculares interuteroplacentarias, origen de la hemorragia.
- b) Durante el parto: Hay que sospechar de placenta previa cuando se presente éste cuadro: el tacto vaginal que en un principio está proscrito dado que puede movilizar cotiledones y coagulos formados, incrementándose la hemorragia con grave riesgo para la paciente. No obstante

si fuera necesario (en el caso de decidir una conducta de urgencia) éste se puede efectuar si se cuenta con los medios quirúrgicos al alcance inmediato.

Si se realiza se nota un almohadillamiento producido por la placenta entre el dedo que tasta y la presentación, en las múltiparas con orificio entreabierto la exploración intracervical permite tatar la placenta o las membranas que presentan un aspecto rugoso cuando ambas llegan al reborde cervical o lo cubren en su profundidad.

CLASIFICACION POR SU INSERCIÓN:

Placenta Previa total: El orificio interno está totalmente cubierto por la placenta.

Placenta Previa Parcial: El orificio interno está parcialmente cubierto por la placenta.

Placenta de Inserción Baja: La Placenta rebasa los límites de la región 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.

Placenta Previa Marginal: Cuando el borde de la placenta invade el margen del orificio interno, en una considerable extensión sin extenderse más allá de él.

DIAGNOSTICO CLINICO:

Se hace con base en el cuadro clínico ya descrito, siguiendo los parámetros médicos: historia, antecedentes obstétricos, examen físico, examen obstétrico, Etc. Sin embargo el tacto vaginal como medio para llegar al diagnóstico clínico es imprescindible y éste se debe realizar cuando la paciente esté en un quirófano con todos los preparativos para la técnica de una cesárea, pues incluso la exploración efectuada con mayor delicadeza puede provocar una hemorragia masiva.

La mala posición del feto o una cabeza elevada al término de la gestación, harán sospechar una placenta previa y si se han satisfecho todas las exigencias clínicas y técnicas puede practicarse la exploración pélvica. Primero hay que inspeccionar y palpar el cuello, en casos de placenta previa suele ser edematoso y el canal cervical está anormalmente abierto, por lo cual el dedo examinador pasa con facilidad. La característica es una masa placentaria esponjosa y ligeramente arenosa interpuesta entre el dedo examinador y la cabeza fetal, puede palpase sin dificultad. La sensación que proporciona el tacto de la placenta previa, puede reproducirse colocando una placenta procedente de un parto sobre un círculo por el pulgar e índice de la mano izquierda.

METODOS PARA LOCALIZAR EL SITIO DE LA INSERCIÓN DE LA PLACENTA:

- a) Cistografía
- b) Placentografía contrastada
- c) Radioizotopos
- d) Rayos blandos (ultrasonido).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Debemos excluir toda hemorragia de origen ginecológico como: Exocervicitis hemorrágica, cáncer del cuello del útero, y rotura de várices vaginales. Entre las enfermedades hemorrágitas de origen gravídico, la más frecuente es el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, rotura del seno circular, y el prolapso de la placenta.

TRATAMIENTO

- a) Durante el embarazo se tratará de cohibir la hemorragia y calmar las contracciones con el absoluto reposo en cama, uteroinhibidores, se investigará grupo sanguíneo y el factor

RH si no fuera ya conocido, para estar preparado en todo momento para una transfusión.

) Durante el parto están proscritas las maniobras de fuerza, en casos habituales con pérdida discreta, placenta no oclusiva, y situación fetal longitudinal, se practicará la rotura de las membranas de Puzos para evitar el tironamiento y facilitar el descenso de la presentación, si esto no sucede se tracciona el feto tomándolo del cuero cabelludo con las pinzas de Willet-Gaus y se lo tiene traccionado por un peso desde el exterior (Maniobra Feticida)

En el alumbramiento: después de la expulsión vaginal del feto y de la placenta, la hemorragia puede sobrevivir por Atonía, en cuyo caso se inyectan ocitocicos y si no se recurre al taponamiento.

MÉTODOS QUIRÚRGICOS:

Cesárea Abdominal:

Esta indicada en los casos graves desde el comienzo. La indicación de la cesárea es indiscutible en las variables oclusivas, en con feto muerto; en las hemorragias graves y siempre que el feto ofrezca resistencia por su poca dilatación en el momento de intervenir con feto vivo y a término. Cesárea Vaginal:

La cesárea vaginal debe ser deshechada por la gran rigidez de los tejidos y porque las insisiones en zonas tan vascularizadas aumenta la hemorragia.

PRONOSTICO:

El pronóstico es grave tanto para la madre como para el feto. La mortalidad materna oscila entre el 1 y 20/o muy especialmente después de generalizada la operación Cesárea. El descenso de la mortalidad materna obedece al mejoramiento de los métodos terapéuticos obstétricos muy especialmente a los quirúrgicos y sus auxiliares (transfusión sanguínea, anestesia, terapéutica antibiótica y tratamiento del shock).

La mortalidad fetal es más acentuada que la materna oscilando entre un 10 y 120/o siendo sus causas más frecuentes la asfixia, la prematurez, y la procidencia del cordón.

HIPOTESIS:

La placenta previa es más frecuente en mujeres de mayor edad y multíparas.

La hemorragia vaginal es el motivo de consulta más frecuente en los casos de placenta previa.

La placenta marginal o baja es la más frecuente.

MATERIAL Y METODOS:

1. Revisión del libro de parto en el departamento de Estadística del Hospital Nacional de Amatlán.
2. Revisión de papeleta encontrada con diagnóstico de placenta previa.
3. Consultas y material bibliográficos correspondientes al tema.
4. Material y Utilería.

METODOLOGIA:

1. Se revisó cada papeleta con diagnóstico de placenta previa, tabularemos los datos tomando en cuenta las siguientes variables: Motivo de consulta, edad de la madre y del embarazo, paridad, manejo intrahospitalario, control pre-natal, consultas previas por hemorragia, edad gestacional al hacer diagnóstico de placenta previa, tratamiento médico o quirúrgico y consultas post-natales etc., etc. Por lo tanto nuestro método sera: DEDUCTIVO.

ANALISIS ESTADISTICO:

Al final del estudio se presentarán cuadros y gráficas de estadística (diagramas de barras, histograma, tablas de distribución frecuencia) de las variables investigadas.

El trabajo se efectuará aproximadamente en 6 semanas en el departamento de Estadística y en la sala de Maternidad del Hospital General San Juan de Dios de Amatlán.

CUADRO No. 1

Porcentaje de pacientes con Placenta Previa en cinco años que contempla el estudio.

<i>Total de Pacientes Revisados</i>	<i>Total de Casos con Placenta Previa</i>	<i>o/o</i>
9536	14	0.14o/o

Fuente: Archivo del Departamento de Obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán.

Para este trabajo se revisó 9536 Historias Clínicas del año 1976 al año 1980. De 9536 Historias revisadas se detectaron 14 casos de Placenta Previa que equivale al 0.14o/o de las Historias obstétricas.

CUADRO No. 2

Número de casos según edad y porcentaje.

<i>EDAD</i>	<i>CASOS</i>	<i>o/o</i>
15-20 años	1 caso	7.14o/o
21-25 "	3 "	21.43o/o
26-30 "	4 "	28.57o/o
31-35 "	3 "	21.43o/o
36-40 "	3 "	21.43o/o
	14	100.00o/o

CUADRO No. 3

Número de casos según paridad y porcentaje.

PARIDAD	CASOS	o/o
Primígestas	2 casos	14.29o/o
Múltiparas	5 "	25.71o/o
Gran Múltiparas	7 "	50.00o/o
	14	100.00o/o

CUADRO No. 4

Número de casos según gesta en donde se presentó
ma y porcentaje.

GESTAS	CASOS	o/o
1-4	5 casos	35.71o/o
5-8	6 "	42.86o/o
9-12	3 "	21.43o/o
	14	100.00o/o

CUADRO No. 5

Número de casos según consultaron previamente por vaginitis vaginal y porcentaje

CONSULTAS PREVIAS	CASOS	o/o
Consultaron	1 caso	7.14o/o
No consultaron	13 "	92.86o/o
	14	100.00o/o

CUADRO No. 6

Número de casos según edad gestacional en la que se diagnosticó el problema y porcentaje

EDAD GESTACIONAL	CASOS	o/o
25-30 semanas	1 caso	7.14o/o
31-35 "	8 "	57.14o/o
35-40 "	5 "	35.71o/o
	14	100.00o/o

CUADRO No. 7

Número de Casos según tratamiento y porcentaje

TRATAMIENTO	CASOS	o/o
Médico	0 Casos	0.00o/o
Quirúrgico	14 "	100.00o/o
	14	100.00o/o

CUADRO No. 8

Número de casos según motivo de consulta y porcentaje.

MOTIVO DE CONSULTA	CASOS	o/o
Hemorragia Vaginal	14 casos	100.00o/o
Otros	0 "	0.00o/o
	14	100.00o/o

CUADRO No. 9

Número de casos según complicaciones post-operatorias y porcentaje.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS	CASOS	o/o
Peritonitis	1 caso	7.14o/o
Apendicitis	1 "	7.14o/o
Endometritis	1 "	7.14o/o
Sin complicaciones	11 casos	78.57o/o
	14	100.00o/o

CUADRO No. 10

Número de casos según peso del producto y porcentaje

PESO DEL PRODUCTO	CASOS	o/o
2-4 Libras	1 caso	7.14o/o
5-7 "	11 casos	78.57o/o
8-10 "	2 "	14.29o/o
	14	100.00o/o

Número de casos según antecedentes
obstétricos y porcentaje

ANTECEDENTE OBSTETRICO	CASOS	o/o
Cesáreas	2 casos	14.28o/o
Abortos	6 "	42.86o/o
Legrados	2 "	14.28o/o
Sin Antecedentes	4 "	28.57o/o
	14	100.00o/o

CUADRO No. 12

Número de casos según asistencia a
control prenatal y porcentaje

CONTROL PRENATAL	CASOS	o/o
Asistieron	2 casos	14.29o/o
No asistieron	12 "	85.71o/o
	14	100.00o/o

ANALISIS DE RESULTADOS

En el cuadro Número 2 se observa que el mayor número de pacientes que consultaron por el problema en estudio, oscila entre las edades de 26 a 30 años, correspondiéndoles el 28.57o/o de los casos estudiados.

En el cuadro No. 3 se observa que el mayor número de pacientes que consulto por el problema tenían más de cinco embarazos (gran múltipara). De lo que podemos deducir que la paridad es un factor predisponente para el problema en estudio.

En el cuadro número 4 se observa que el mayor número de pacientes presentó problemas entre el quinto y octavo embarazo lo que corresponde un 42.86o/o.

En el cuadro número 5 se observa que de las 14 pacientes en estudio solamente 1 consultó previamente por el problema (hemorragia vaginal).

En el cuadro número 6 se observa que el mayor número de pacientes presentó el problema entre la 31-35 semana de gestación. Correspondiéndoles el 57.14o/o de los casos estudiados. Deduciendo que la frecuencia del problema en estudio es más en embarazos que no han llegado a su término.

En el cuadro número 7 se observa que el 100o/o de los casos se resolvieron por la vía quirúrgica. Pudiendo deducir que el tratamiento del problema en estudio es de mejor pronóstico cuando se emplea la operación cesárea.

En el cuadro número 8 se observa que el 100o/o de los casos en estudio, consultaron por hemorragia vaginal. De lo cual podemos señalar que de acuerdo a libros de texto de Obstetricia consultados, es el motivo de consulta más frecuente.

En el cuadro número 9 se observa que de las 14 pacientes estudio, solamente tres presentaron complicaciones est-operatorias correspondiéndoles el 21.42o/o.

En el cuadro número 10 se observa que el mayor número productos, nacieron con un peso entre 5 y 7 libras, lo que responde al 78.57o/o.

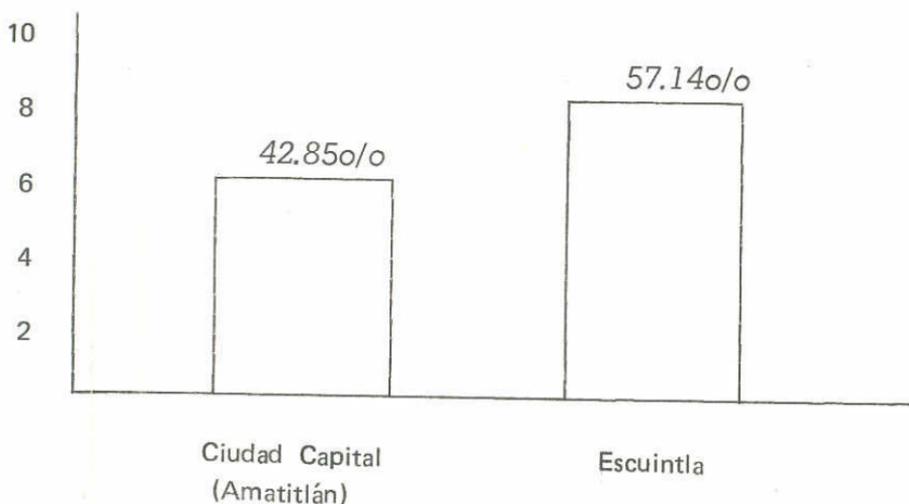
En el cuadro número 11 se observa que de las 14 pacientes en estudio, 10 tenían antecedentes obstétricos (cesárea, abortos, legrados). Los cuales favorecen la aparición del problema estudio.

En el cuadro número 12 se observa que de las 14 pacientes en estudio, solamente dos tuvieron control prenatal (1.29o/o). Por lo tanto es sumamente necesario fomentar la asistencia de los pacientes a su control pre-natal.

PROCEDENCIA DE LA PACIENTE

GRAFICA No. 1

No. Casos

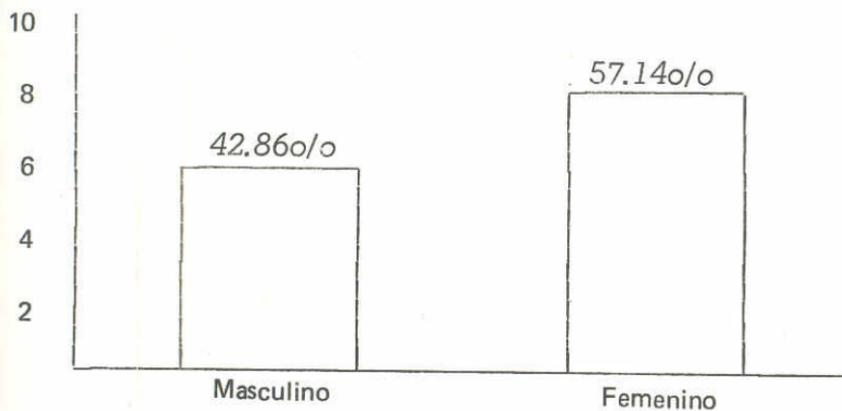


En esta gráfica se observa que la mayoría de las pacientes en estudio (57.14o/o) procedían de otro departamento. "Las Pacientes refieren que son mejor atendidas".

SEXO DEL PRODUCTO

GRAFICA No. 2

No. Casos

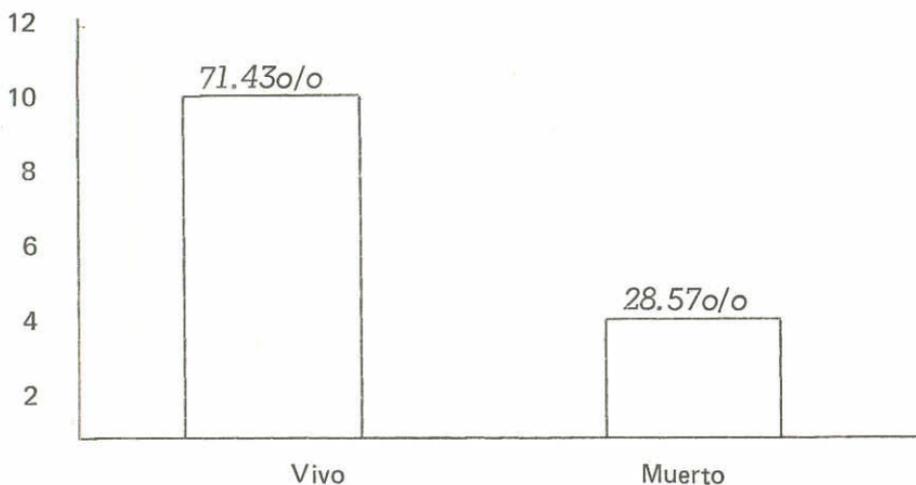


En esta gráfica se observa que el mayor número de productos de la concepción, pertenecen al Sexo Femenino con el 57.14o/o.

CONDICION DE EGRESO DEL PRODUCTO

GRAFICA No. 3

No. Casos

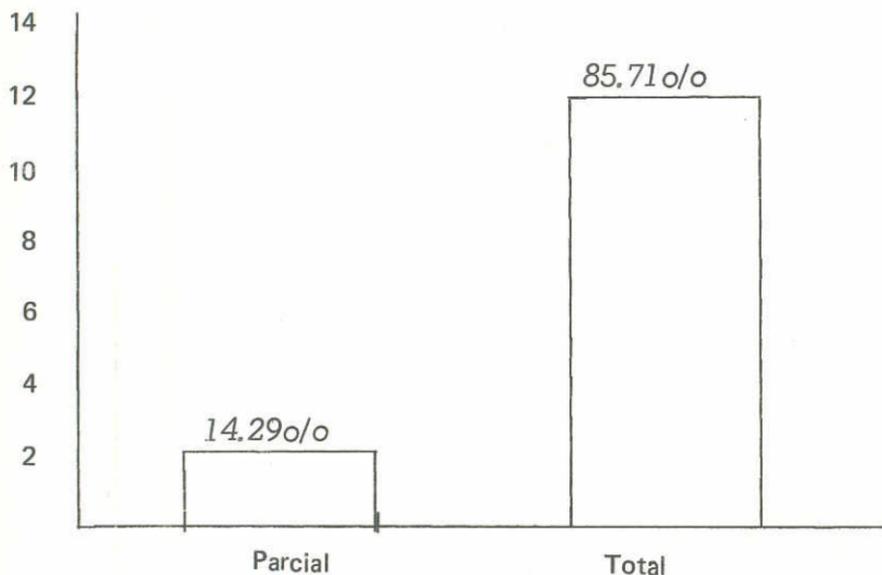


En esta gráfica se observa que el mayor número de productos de la concepción (71.43o/o) egresaron en buenas condiciones, siendo estos producto nacidos entre la 31-40 semanas de gestación.

VARIEDAD DE PLACENTA PREVIA

GRAFICA No. 4

No. Casos



En esta gráfica se observa, que la variedad más frecuente de placenta previa fue la total (85.71o/o)

CONCLUSIONES

- 1.-) La edad es un factor predisponente ya que se presentó con mayor frecuencia entre los 26-30 años de edad.
- 2.-) La paridad es otro factor predisponente ya que se presentó con mayor frecuencia en las grandes multíparas.
- 3.-) El 64.28o/o de los casos en estudio se presentaron en embarazos que no habían alcanzado su término.
- 4.-) La hemorragia vaginal fué el motivo de consulta por el catorce casos en estudio, correspondiéndole el 100o/o.
- 5.-) El método diagnóstico utilizado fue el tacto vaginal en condiciones inapropiadas, ya que este se debe evitar cuando la paciente este en un quirófano, con todos los preparativos para la práctica de una cesárea.
- 6.-) Se practicó operación Cesárea en el 100o/o de los pacientes, por lo cual podemos señalar que de acuerdo a los trabajos de investigación, y libros de texto de obstetricia consultados, el tratamiento de la placenta previa se hace más efectivo y de mejor pronóstico desde que se emplea la operación Cesárea.
- 7.-) La variedad de placenta previa más frecuente correspondió a la total con un 85.71o/o.
- 8.-) Atendiendo al peso de los productos obtenidos, encontramos que la mayoría de recién nacidos (78%) tenían un peso promedio de 5.8 libras.

10.-) Las Cesáreas, abortos y legrados son factores predisponentes para la aparición de cuadros de placenta previa, correspondiendo en nuestro estudio a un 71.42o/o.

RECOMENDACIONES

- 1) Fomentar el control prenatal por medio de programas de orientación, a fin de detectar con tiempo cualquier complicación que pueda poner en peligro el embarazo en su último trimestre.
- 2) En un caso de Placenta Previa en el momento de su ingreso en el hospital, el practicante interno debe consultar inmediatamente con el médico de guardia para poder evaluar y tomar una conducta adecuada.
- 3) Manipular lo menos posible a una paciente que consulte por cuadro de hemorragia vaginal, máxime del tercer trimestre.
- 4) Deberá tipificarse grupo y factor RH de las pacientes por si es necesario transfundirlas.
- 5) Contar siempre con la asistencia con un Médico Pediatra ya que muchas veces los productos presentan asfixia Perinatal y prematuridad.
- 6) Poner mayor énfasis en los Récorde Operatorios a fin de que éstos sean claros y precisos, anotando los hallazgos operatorios que son de importancia en el diagnóstico y pronóstico de la paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-) Agüero, Oscar. et. al. Localización isotópica de la placenta. *Obstet. Ginec. Venezuela* 30(1): 67-76, marzo 1970.
- 2.-) Beck, Alfred C. Placenta Previa. EN SU: *Obstetricia*. Ed. por E. Stewart Taylor. Trad. por Homero Vela Treviño. 8a. Ed. México, Interamericana, 1968. pp. 452-455.
- 3.-) Benson, Ralph C. Placenta Previa. EN SU: *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Trad. por F. Reyes R. 2a. Ed. México, El Manual Moderno, 1969. pp. 264-276.
- 4.-) Dominguez Robles, H. et. al. Placenta previa, Experiencia del Hospital de Gineco Obstetricia No. 1 del I.M.S.S. *Ginec. Obstet. México* 22: 567-77, Mayo-junio 67.
- 5.-) Eastman, Mecholson J. Ed. Placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta y choque obstétrico. EN SU: *Obstetricia de Williams*. Trad. por Homero Vela Treviño. 3a. Ed. México UTEHA, 1960 pp. 584-611.
- 6.-) Pérez de Salazar, JL. et. al. Placenta Previa: estudio en relación al sitio de insercción. Tratamiento morbi mortalidad materna. *Ginec. Obstet. México*. 25: 655-62, Junio 69.
- 7.-) Placenta Previa, *Obstetricia Práctica*. Trad. por L. Zabal C. 2a. Ed. Barcelona 1974.
- 8.-) Sagastume y Sinibaldi, Edmundo Alberto. Placenta Previa. Estudio de 200 casos. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1963.

- 9.-) Schwarcz, Ricardo, Sala, Silvestre; y Duverges, Carlos
Después de la expulsión de la placenta. Obstetricia 3a. Ed.
Buenos Aires, El Ateneo 1970, pp. 689-694.
- 10.-) Schwarcz, Ricardo, Sala, Silvestre; y Duverges, Carlos
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Obstetricia
3a. Ed. Buenos Aires El Ateneo 1970, pp. 519-611
- 11.-) Treviño Garza E. et al. Nuestra experiencia en placenta
previa. Ginec. Obstet. 27: 67-70, Enero 70.
- 12.-) Placenta Previa en el Departamento de Maternidad de
Hospital Roosevelt revisión de 37 casos durante el año
1978. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas Universidad d
San Carlos de Guatemala 1979.

Br.

R. Estuardo García Gómez
Roberto Estuardo García Gómez

Dr.

Gustavo Santiso
Asesor.
Dr. Gustavo Santiso

Dr.

Antonieta Pion de Arce
Revisor.
Dra. ma. Antonieta Pion de Arce

Dr.

Carlos Waldheim
Director de Fase III
Dr. Carlos Waldheim

Dr.

José Gómez
Secretario
Dr. José Gómez

Vo. Bo.

Dr.

Carlos Waldheim
Decano.
Dr. Carlos Waldheim