

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

OXITOCINA EN EL MANEJO DE LA PLACENTA RETENIDA
MEDIANTE INFUSION EN LA VENA UMBILICAL

(Estudio prospectivo de 50 pacientes del Hospital
Regional de Escuintla, Mayo 1984 - Junio 1985)

MANUEL EDMUNDO LOBOS MADRID

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1985

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	1
DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
REVISION BIBLIOGRAFICA	3
MATERIAL Y METODOS	15
PRESENTACION DE RESULTADOS	17
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	22
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES	26
RESUMEN	27
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29

INTRODUCCION

El tercer período del parto lo constituye el alumbramiento, el cual en algunos casos no se produce por diversas causas, lo que da lugar a que se presente una retención placentaria, tradicionalmente el médico bajo anestesia general realiza una extracción manual y/o legrado, lo que cursa la mayoría de las veces sin complicaciones; sin embargo estas pueden presentarse como consecuencia del procedimiento.

En el área rural cuando alguna paciente presenta retención de placenta, es referida al hospital más cercano ya que puestos y centros de salud no cuentan con material y equipo adecuado para realizar la técnica ya mencionada, aumentando así los riesgos de infección.

Debido a lo expuesto consideramos el estudio de una técnica sencilla, capaz de aplicarse en hospitales, centros y puestos de salud, la cual consiste en la aplicación de oxitocina más solución salina en la vena umbilical.

El presente trabajo fue realizado durante los meses de mayo de 1984 a junio de 1985, teniendo como objetivo demostrar la eficacia y complicaciones de esta nueva técnica. Se tomaron 100 pacientes que presentaron retención de placenta, el grupo A 50 pacientes manejadas con extracción manual, registradas en el archivo del Hospital Regional de Escuintla, el grupo B 50 pacientes a quienes se aplicó la técnica de oxitocina más solución salina en la vena umbilical, registrandose el tiempo en que se expulsó la placenta si es que esta se produjo y tratar de determinar si se presentó alguna complicación en el momento, o durante su permanencia en el hospital.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El presente trabajo tiene como finalidad poner en práctica y demostrar la eficacia de una nueva técnica en el manejo de la placenta retenida.

El parto como se sabe suele dividirse en tres estadios diferentes (2,11,12), siendo el último período el que para fines prácticos nos interesa ya que sobre este recae la importancia de nuestro estudio.

El desprendimiento de la placenta espontaneamente tiene una duración promedio tanto en múltiparas como en primíparas de 15 minutos, considerado por muchos que el tiempo máximo es de 30 minutos, ya que de no suceder esto podría pasar a considerarse como alumbramiento patológico; hablándose entonces de placenta retenida (2,3,8,11,12).

En los distintos hospitales departamentales del país, después de esperar un tiempo prudencial y luego de realizar maniobras tales como presión del fondo del útero más leve tracción del cordón (maniobra de Brandt Andrews) no se produce la expulsión de la placenta se maneja mediante extracción manual y/o legrado, con el riesgo que conlleva todo procedimiento en que se utiliza anestesia general, dentro de los cuales podemos mencionar: reacción al anestésico, paro cardiorespiratorio; así como los que conlleva el legrado, teniéndose: infección, perforación uterina, etc.

Con la aplicación de un nuevo método, el que consiste en la utilización de oxitocina más solución salina normal en la vena umbilical mediante una sonda estéril, se espera un alumbramiento en pocos minutos sin necesidad de someter a la paciente a los riesgos ya mencionados.

GENERALIDADES

El parto suele dividirse en tres períodos diferentes; el primer estadio empieza cuando las contracciones uterinas alcanzan frecuencia, intensidad y duración suficientes para provocar borramiento y dilatación completa del cuello. El segundo estadio tiene lugar con dilatación completa del cuello y termina con la expulsión del niño. El tercer estadio empieza con la expulsión del niño y finaliza con la expulsión de la placenta (2,11,12).

Algunos autores establecen una cuarta fase del parto que sigue a la expulsión de la placenta y consiste en la retracción y contracción del miométrio, junto con la trombosis de los vasos que controlan la hemorragia a nivel de la zona de implantación de la placenta (2).

El alumbramiento en sí comprende cuatro etapas:

- Primera: el desprendimiento de la placenta.
- Segunda: el desprendimiento de las membranas.
- Tercera: el descenso de la placenta.
- Cuarta: la expulsión de la placenta. (2,11,12).

De inmediato al parto el útero se retrae debido a su menor contenido permaneciendo todavía la placenta adherida a él, luego existen contracciones rítmicas que son continuación de las del parto, esta actividad contráctil sería el motivo fundamental del desprendimiento de la placenta, las contracciones acortan el segmento de la pared uterina sobre la que está implantada la placenta, produciéndose desgarramiento de las trabéculas y los vasos que unen esta última al útero. La rotura de los vasos produce un hematoma intraútero cuyo

crecimiento intensifica exentricamente el proceso de disección (2,11,12).

El mecanismo por el cual la placenta se desprende se realiza de dos maneras: el de Baudeloque Shultze donde la placenta inicia su desprendimiento en el centro de la zona de incursión, la hemorragia se convierte en hematoma retroplacentario, que expulsa la placenta por su cara fetal. El de Baudeloque Duncan, se cumple inicialmente por el desprendimiento en el borde de la placenta y extendiéndose de allí al centro de la misma al ser expulsada lo hará apareciendo primeramente en el borde de la placenta (2,11,12).

Las membranas son desprendidas por el mismo mecanismo, desprendida la placenta, esta desciende del cuerpo al segmento y de aquí a la vagina, lo que ocurre porque continúa cierta concentración uterina y debido al mismo peso de la placenta.

Luego pueden presentarse dos situaciones: la normal que existan pujos y más el peso de la placenta y el hematoma retroplacentario termina la expulsión llamándose alumbramiento espontáneo; o bien que esto no suceda y la placenta desprendida y descendida no salga sin ayuda manual lo que se considera como alumbramiento natural (12).

La escuela de Alvarez Caldeiro Barcia estudia la fisiología gravídica, registros de contractilidad uterina y de acuerdo con tales registros se puede afirmar que el útero luego de la expulsión del niño continúa con contracciones que oscilan en 50 milímetros de mercurio y una frecuencia que varía entre 3 y 5 cada 10 minutos.

Esta actividad es la que desprende y desciende la placenta. De acuerdo con tales registros no

precisan más de dos o tres contracciones para obtener este efecto, el tiempo que se demora oscila entre 4 y 8 minutos, este tiempo es denominado tiempo corporal (12).

El alumbramiento llena fenómenos subjetivos y objetivos, llamándose subjetivos a aquellos que se relacionen con la enferma tranquila, llamada período de reposo fisiológico; los objetivos consisten en la palpación del útero el cual modifica su volumen, situación, forma y consistencia.

Una serie de signos demarcan el desprendimiento placentario siendo estos:

- Reparición de los dolores.
- Salida de sangre como manifestación de separación útero-placentaria.
- Disminución y descenso del útero, después de haberse elevado sobre el ombligo.
- Descenso del cordón.
- La ausencia de ascenso del cordón al elevar el útero sobre el púbis a través de la pared abdominal.
- La sensación negativa palpando por el abdomen el fondo del útero y traccionando el cordón (signo del pescador) (2,6,11,12,13).

El útero luego de la expulsión de la placenta adopta una forma globosa y una consistencia leñosa que se reconoce con el nombre de globo de seguridad de Pinard (11,12).

Para acelerar el desprendimiento de la placenta algunos recurren a la inyección de oxitócicos intramusculares en dosis moderadas, existen quienes prefieren la vía intravenosa de inmediato a la expulsión fetal lo que se conoce con el nombre de alumbramiento de Darrs (2,12).

Desarrollo Seminormal:

Muchas veces el alumbramiento no es absolutamente espontáneo sin que esto signifique entrar en el terreno de la patología, es frecuente que la expulsión de la placenta se retarde, el tiempo de expectación variable según los autores pero la mayoría coinciden en admitir como tiempo máximo 30 minutos (2,7,8,12). Siendo proceder al masaje uterino y tracción del cordón (método de Brandt Andrews) que no debe confundirse con la expresión de Credé que se dirige al desprendimiento de la placenta aún adherida a la pared que hace saltar como el corozo de un fruto al apretarlo y que forma parte del alumbramiento fisiológico (alumbramiento artificial) (2,6,11,12,13). No debe utilizarse oxitocina como ya se indicó intramuscular o intravenosa lo que de no producir el efecto deseado traslada los hechos al terreno patológico.

Retención De La Placenta y De Las Membranas Ovulares:

Pueden presentarse distintas características clínicas y fisiopatológicas que pueden resumirse en la siguiente forma:

Retención Total De La Placenta y Membranas:

-Distocias Dinámicas. Estas pueden deberse a insuficiencia de la contractilidad (inercia o a contracciones perturbadas (espasmos).

-Inercia. Es la que se produce cuando la actividad contráctil es insuficiente para desprender y expulsar la placenta. Puede deberse a causas de orden general o local, entre las causas generales se menciona el estado de la enferma, primiparidad añosa, parto provocado, estados emocionales y el abuso de drogas sedantes las que se consideran de carácter local, malformaciones congénitas, distensión de la fibra muscular uterina

mo suele ocurrir en caso de hidramnios o embarazo melar, la degeneración de esa misma fibra muscular, agotamiento de la actividad contráctil después de producirse un parto prolongado y la infección amniótica.

Pueden aparecer síntomas tales como: ausencia del dolor característico de la reactivación del período de anuncia el desprendimiento o la expulsión de la placenta, disminución de la consistencia del útero en este período, aumento del volumen del órgano debido a la acumulación de sangre en su interior, hemorragia externa, lo que se produce si el desprendimiento es parcial (2,6,11,12,13).

- La placenta está totalmente adherida. En estos casos no existe hemorragia, por lo que debe tenerse una conducta expectante durante 30 minutos; luego se puede realizar: masaje externo del útero, uso de oxitócicos, expresión de Credé, alumbramiento artificial manual (12). La expresión de Credé lleva como riesgo el desprendimiento incompleto con retención de cotiledones, la inversión y hasta la rotura del útero (2,11,12).

El alumbramiento artificial manual se realiza siguiendo los pasos que a continuación se detallan: con la paciente bajo anestesia general, se mantiene tirante el cordón umbilical con la mano izquierda, mientras la derecha sube por el canal cervical hasta la inserción en la cara fetal de la placenta. Se coloca entonces la mano izquierda sobre el abdomen, presionando el fondo del útero a través de la pared abdominal; se empuja el útero hacia abajo y se mantiene su estabilidad, mientras los dedos de la mano derecha buscan el lugar de separación en el margen inferior de la placenta, a continuación se separa la placenta a través de la cara esponjosa de la decidua, mediante un movimiento de sierra de la mano derecha, cuando la placenta está separada por completo, se extrae lentamente después

de esperar la contracción del útero sobre la mano del operador (2,11,12,13).

Se ha comprobado que la extracción manual de la placenta es un procedimiento seguro bajo las siguientes circunstancias: si se realizan pocos exámenes vaginales durante el parto; si antes del parto, la vulva, perineo y partes adyacentes fueron preparados con cuidado; si el parto se logró sin contaminación de las vías genitales inferiores y si puede disponerse de anestesia general (8).

Cada vez que se extraiga una placenta, ya sea de forma espontánea, manualmente, se debe inspeccionar cuidadosamente para asegurarse de que está completa y de que no ha quedado retenido un lóbulo accesorio dentro del útero. Desgraciadamente, es fácil que ocurra esto último y el lóbulo sólo puede encontrarse con una exploración uterina muy meticulosa (9,13).

El alumbramiento hidráulico de Mojon-Gabaston mediante el cual se inyecta líquido estéril por una vena del cordón umbilical ingurgitando la placenta que se endematiza aumentando el volumen, crecimiento que obliga al desprendimiento de las adherencias, todo lo cual se ve facilitado por la constitución de un hidrometra interútero placentario o algún efecto oxitócico derivado de la temperatura del líquido inyectado. Tiene la ventaja de su asepsia, se le asigna un buen porcentaje de éxito, pero en la práctica se realiza muy excepcionalmente, el líquido pasa a la circulación materna y si es en gran cantidad puede provocar edema agudo del pulmón (12).

- La placenta está parcialmente desprendida. En estos casos casi siempre existe hemorragia, la cual de ser leve se puede ocurrir al masaje uterino pero si apremia debe recurrirse al alumbramiento manual.

- La placenta está desprendida y retenida en el útero, y sólo resta su expulsión al exterior. En estos casos se puede proceder a la presión del fondo del útero y tracción del cordón, que de no dar resultados se realizará extracción manual.

Espasmos. La placenta queda retenida parcial o totalmente, según haya sido su desprendimiento, el tacto intraútero revela un anillo constrictor que retiene la placenta (12,13).

Adherencias anormales de la placenta. Placenta adherentes es aquella que por exageración de sus conexiones fisiológicas queda retenida, originando frecuentemente hemorragias, cuya separación por alumbramiento manual es difícil, pero no imposible. Dentro de este mismo grupo se puede situar a la placenta acreta, increta y percreta. El huevo cuando se implanta busca fuentes nutricias, no pasando normalmente de la decidua, ya que el hacerlo contrae adherencias anormales. Esto puede deberse a un poder invasivo mayor o bien a una decidua basal defectuosa o ausente. Según la profundidad alcanzada por las vellosidades distinguiremos:

Placenta accreta, cuando las vellosidades están firmemente adheridas al miometrio pero sin penetrar en él.

Placenta increta, cuando se introduce en el músculo pero sin atravesarlo.

Placenta percreta, cuando las vellosidades, atravesando el miometrio, llega a la serosa peritoneal capaz de provocar hemoperitoneo (2,4,6,11,12,13). En estos casos puede realizarse alumbramiento manual y en caso de hemorragia grave puede llegar hasta la histerectomía (12).

B) Retención Parcial De Restos Placentarios Y De Membranas

Retención de restos placentarios; es frecuente que no se retenga toda la placenta sino uno o varios cotiledones, causas de esto son las maniobras intempestivas durante el alumbramiento, tales como expresión apresurada o tiramiento del cordón, puede suceder también por adherencias excesivas, alumbramientos manuales incompletos o la retención de cotiledones aberrantes (placenta succenturiada) (12).

El diagnóstico se realiza por exámen minucioso de la placenta efectuado luego del alumbramiento. Al existir retención de un cotiledón puede suceder que se desprenda y que sea expulsado espontaneamente, o puede sufrir un proceso de desintegración en el útero al que se agregan gérmenes provocando infección, algunas veces se pueden transformar en pólipo que bien puede o no ser expulsado. La terapéutica ideal en estos casos exige la extracción del cotiledón mediante legrado (2,6, 13).

Retención de membranas. Puede suceder incluso en el parto espontáneo, retención de la totalidad de las membranas o parte de ellas.

Las causas que pueden dan origen a esto suelen ser: maniobras apresuradas del alumbramiento, adherencias o frialdad de las membranas. La conducta puede ser expectante, excitando la contractilidad buscando la expulsión espontánea y el uso de antibióticos para prevenir la infección, en casos de retención total puede aplicarse el escobillonado o bien el legrado (2,12).

Un Nuevo Método Para El Manejo de La Placenta Retenida:

Normalmente las contracciones uterinas que ocurren después del nacimiento de un infante resultarán en separación espontánea de la placenta en pocos minutos. La razón precisa de que tarde esos minutos no se sabe.

La adherencia de la placenta no es una condición común y los factores involucrados son: legrado previo, cicatriz de una cesárea anterior, multiparidad, destrucción del endometrio después de infección.

Si la separación espontánea de la placenta no se lleva a cabo a los 15 minutos del parto, entonces el tratamiento aceptado en estos casos es quitar la placenta retenida manualmente con la paciente bajo anestesia general.

Se ha usado un nuevo, rápido y seguro método para la separación y expulsión de la placenta retenida que no necesita de anestesia ni sacarla manualmente.

El nuevo método se aplicó en parturientas que expulsaron por la vagina en Serlin Maternity Hospital durante 1980-1981 y que su tercer período del parto fue complicado por la retención de la placenta. Las parturientas tuvieron parto simple sin complicaciones en el primer y segundo período.

La edad promedio fue de 27.5 años y su promedio de partos fue 3, la duración promedio del primer período fue de 5 horas y la duración media del segundo período fue de 17 minutos.

Si la placenta no ha salido 30 minutos después de que la segunda etapa se ha terminado y la inseparación de la placenta fue demostrada por la aplicación de una tracción suave del cordón y una presión

suprapública, entonces el nuevo método se aplicó.

A una solución de 10 ml. (25 u.i) de oxitocina diluida en 20 ml. de solución salina normal; fue inyectado en la vena umbilical en cada una de las pacientes después de que el cordón fue clampeado a una distancia moderada.

En los casos estudiados la expulsión de la placenta ocurrió algunos minutos después de la inyección intraumbilical. El promedio de tiempo entre la inyección y la expulsión de la placenta fue de 3 minutos con 40 segundos (entre 2 y 5 minutos). Una revisión de la cavidad uterina fue requerida en dos casos, uno porque se había perdido un cotiledón y el otro por una hemorragia posparto, que se presentó como resultado de una atonía uterina.

El riesgo de una anestesia general en un paciente obstétrico generalmente es desconocido. La anestesia general usada para extraer manualmente la placenta no es la excepción. La extracción manual de la placenta, que es el tratamiento recomendado de la placenta retenida también trae consigo otros riesgos, como: un trauma inmediato del útero y una gran incidencia de infección puerperal. Usando el método de la inyección de oxitocina en el cordón umbilical de la placenta retenida, se pudo extraer en el 80% de las pacientes que de otra forma indicaban extracción manual y las otras 2 pacientes fueron fáciles y rápidas.

Para estar seguros de que la placenta no se separa esperamos 30 minutos para emplear el nuevo método. Como sea no se recomienda esperar mucho tiempo en los casos de placenta retenida. El tratamiento podría comenzarse 15 minutos después de haberse completado el segundo período, si la placenta no se separó y expulsó normalmente.

Se cree que la inyección de oxitocina en la vena del cordón umbilical llega hasta donde se adhiere la placenta en una relativa alta concentración. Esto estimula una contracción de músculo uterino y una reducción del área del sitio de implantación de la placenta. La tensión resultante causa la decidua esponjosa, la capa se debilita para dar camino y la división toma lugar en ese sitio. El hematoma formado en esta área acelera el proceso y la placenta eventualmente se separa y es expulsada (3,4,7,10).

Oxitocina:

La oxitocina tiene efectos estimulantes sobre el músculo liso del útero, destaca por producir contracciones del fondo de la matriz que son idénticas en amplitud, duración y frecuencia a las observadas en el embarazo y durante el trabajo de parto espontáneo. La señalada elevación del nivel de oxitocina en el plasma se produce durante el parto y se sabe que tiene un papel importante en la expulsión del feto y de la placenta.

La oxitocina estimula la actividad eléctrica y la actividad contráctil en el músculo liso uterino; puede aumentar o comenzar contracciones rítmicas en cualquier etapa, pero en el embarazo incipiente sólo produce reacción en dosis muy grandes.

Si la oxitocina es administrada por vía oral es inactivada por la tripsina. La hormona es efectiva por cualquier ruta parenteral, su eliminación es rápida efectuada principalmente por el hígado y riñones.

Uso Clínico de Oxitocina:

El fármaco preferido para la inducción del trabajo de parto es la oxitocina, debe administrarse por infusión intravenosa diluida en una solución, una concentración de 10 miliunidades por mililitro (10 unidades en 1 litro de solución glucosada al 5%) es suficiente para este fin. No debe utilizarse oxitocina en el primero y segundo período del parto si este va progresando bien aunque sea lentamente, la contracción producida es demasiado poderosa y sostenida para ser compatible con la seguridad de la madre y del producto.

Durante el primer período del parto, el útero se dilata paulatinamente, al ser estimulado por un medicamento se contrae con demasiada fuerza contra un cuello incompletamente dilatado y rígido pudiendo provocar desgarros en la madre, trauma en la criatura, o bien ruptura uterina, o una poderosa contracción tetánica del útero que provoque asfixia al feto.

La indicación para uso de oxitócicos, durante el trabajo de parto es la inercia uterina prolongada y pertinaz en pacientes que no muestren desproporción cefalo-pélvica en las radiografías. La paciente múltipara con parto número cuatro o mayor no debe recibir oxitócicos durante el primer y segundo período del parto porque tienen mayor peligro de ruptura del útero.

Aunque quizá no haya peligro en la administración rutinaria de oxitócicos al principio del tercer período del parto y a pesar que mediante su administración se puede acortar este período, lo habitual es esperar la expulsión de la placenta antes de administrar un oxitócico (1,5).

MATERIAL Y METODOS

Material Humano:

- Pacientes que presentaron retención de placenta.
- Médicos de guardia.
- Médicos internos.
- Médicos externos.

Material Físico:

- Sala de labor y partos del Hospital Regional de Escuintla.
- Equipo para atención del parto.
- Sondas finas de alimentación.
- Ampollas de oxitocina (5 u.i.).
- Solución salina normal.

La muestra consistió en 100 pacientes con problema de retención placentaria en el Hospital Regional de Escuintla, de mayo de 1984 a junio de 1985; dividiéndose en dos grupos de 50 pacientes cada uno, llamando al grupo A control y al grupo B testigo.

Al grupo A correspondieron 50 pacientes manejadas previamente con maniobra de extracción manual anotándose como datos de importancia para el estudio la edad, paridad, tiempo de retención, tratamiento y complicaciones. Al grupo B corresponden 50 pacientes manejadas con técnica de infusión de oxitocina más solución salina en la vena umbilical, anotándose a su vez como datos de interés la edad, paridad, tiempo de retención, tiempo de expulsión y complicaciones.

La técnica de infusión de oxitocina se puso en práctica de la siguiente forma: toda paciente que 30 minutos luego de la expulsión del feto y la realización de maniobras tales como presión del fondo del útero a través de la pared abdominal más leve tracción del

cordón (método de Brandt Andrews), no se produjo la expulsión de la placenta se consideró como placenta retenida (2,7,8,12); posteriormente se canalizó la vena umbilical placentaria con sonda fina de alimentación introduciéndose luego una solución que contenía 5 ml. de oxitocina (25 u.i.) más 20 ml. de solución salina normal; continuándose con retiro de la sonda clampeando nuevamente el cordón, realizándose nuevamente presión en el fondo del útero a través de la pared abdominal y leve tracción del cordón umbilical con lo cual se esperó el desprendimiento de la placenta; realizándose una extracción manual si el desprendimiento no se producía. No se aplicó esta técnica a pacientes que presentaran hemorragia severa o aquella que por exámen se determinó que existía desgarrros del cordón umbilical.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO # 1

DISTRIBUCION POR EDAD, PARIDAD Y COMPLICACIONES DE PACIENTES CON RETENCION DE PLACENTA, GRUPOS A Y B, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ESCUINTLA
MAYO 1984 - JUNIO 1985.

GRUPO A									GRUPO B							
EDAD	CON COMPLICACIONES				SIN COMPLICACIONES				CON COMPLICACIONES				SIN COMPLICACIONES			
	P		M		P		M		P		M		P		M	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
16 -20	3	6	2	4	4	8	2	4			1	2	8	16		
21 -25	1	2	3	6	1	2	7	14	1	2	3	6	3	6	10	20
26 -30			7	14			2	4			3	6			11	22
31 -35			2	4			6	12							2	4
36 -40			3	6			4	8							4	8
41 -45			2	4			1	2							4	8
TOTAL	4	8	19	38	5	10	22	44	1	2	7	14	11	22	31	62
23 (46%)				27 (54%)				8 (16%)				42 (84%)				
50 (100%)								50 (100%)								

NOTA: Grupo A: Pacientes manejadas con extracción manual.

Grupo B: Pacientes manejadas con infusión de oxitocina más solución salina en la vena umbilical.

CUADRO # 2

COMPLICACIONES PRESENTADAS POR LAS PACIENTES CON RETENCION DE PLACENTA, MANEJADAS CON EXTRACCION MANUAL (A) Y CON INFUSION DE OXITOCINA EN LA VENA UMBILICAL (B), EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ESCUINTLA, MAYO 1984 - JUNIO 1985

COMPLICACIONES	GRUPO A		GRUPO B	
	No.	%	No.	%
RETENCION DE RESTOS (Legrado Post.)	19	38	8	16
ENDOMETRITIS	2	4		
HIPOVOLEMIA	1	2		
HEMORRAGIA	1	2		
Sub Total	23	46	8	16
SIN COMPLICACIONES	27	54	42	84
Total	50	100	50	100

FUENTE: Datos obtenidos en el archivo del Hospital de Escuintla y en el trabajo de campo.

CUADRO # 3

PACIENTES CON RETENCION DE PLACENTA, MANEJADAS
CON EXTRACCION MANUAL (A) Y CON INFUSION DE OXITOCINA
EN LA VENA UMBILICAL (B), A QUIENES SE DEJO TRATAMIENTO
CON ANTIBIOTICO, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ESCUINTLA,
MAYO 1984 - JUNIO 1985.

	GRUPO A		GRUPO B	
	No.	%	No.	%
TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS	12	24		
SIN TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS	38	76	50	100
TOTAL	50	100	50	100

FUENTE: Datos obtenidos en el archivo del Hospital de Escuintla y en el trabajo de campo.

CUADRO # 4

DISTRIBUCION POR TIEMPO DE RETENCION DE PLACENTA, GRUPOS A Y B, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ESCUINTLA, MAYO 1984 - JUNIO 1985.

TIEMPO DE RETENCION (horas)	GRUPO A		GRUPO B	
	No.	%	No.	%
0:30 - 1:43	25	50	37	74
1:43 - 2:56	17	34	4	8
2:56 - 4:09	4	8	3	6
4:09 - 5:22	3	6	1	2
5:22 - 6:35	1	2	3	6
6:35 - 7:48			1	2
7:48 - 9:01			1	2
TOTAL	50	100	50	100

NOTA: Grupo A: Pacientes manejadas con extracción manual.

Grupo B: Pacientes manejadas con infusión de oxitocina más solución salina en la vena umbilical.

FUENTE: Datos obtenidos en el archivo del Hospital de Escuintla y en el trabajo de campo.

CUADRO # 5

DISTRIBUCION POR TIEMPO DE EXPULSION DE PLACENTA, EN PACIENTES MANEJADAS MEDIANTE INFUSION DE OXITOCINA MAS SOLUCION SALINA EN LA VENA UMBILICAL, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ESCUINTLA, ESTUDIO PROSPECTIVO, MAYO 1984 - JUNIO 1985.

TIEMPO DE EXPULSION (minutos)	GRUPO B					
	CON EXPULSION		SIN EXPULSION		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No	%
2 - 4	14	28			14	28
4 - 6	18	36			18	36
6 - 8	5	10			5	10
8 - 10	5	10			5	10
			8	16	8	16
TOTAL:	42	84	8	16	50	100

FUENTE: Datos obtenidos en el trabajo de campo.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La presente investigación fue diseñada con el propósito de poner en práctica una nueva técnica en el manejo de la placenta retenida buscando demostrar su eficacia y complicaciones.

La retención de la placenta es un cuadro que se presenta con poca frecuencia, desconociéndose cual es su incidencia en la sede de nuestro estudio, ya que no existen datos al respecto. Esta patología implica riesgos para las pacientes, tratándose desde hace varios años con extracción manual, maniobra que implica en algunas oportunidades realizar un legrado posterior y a su vez dejando tratamiento con antibióticos debido a la introducción de la mano dentro de la cavidad uterina.

El estudio se realizó en el Hospital Regional de Escuintla de mayo de 1984 a junio de 1985.

En la investigación realizada apreciamos que la retención de placenta se presenta a cualquier edad encontrándose pacientes de 16 a 45 años; en ambos grupos la mayoría de casos se presentó en las edades de 21 a 25 años teniéndose en el grupo A 12 pacientes (24%) y para el grupo B 17 pacientes (34%) comprendiéndose por considerarse esta etapa la más fértil de la mujer. Tanto primíparas como múltiparas pueden presentar retención placentaria, mencionándose la multiparidad como una de las causas para que se suscite este fenómeno (3,4,7,10). Esto se puede confirmar ya que encontramos que las pacientes manejadas con extracción manual (grupo A) 41 casos (82%) y en las manejadas con infusión de óxotocina (grupo B) 38 casos (76%) fueron múltiparas, produciéndose a su vez en estas

el mayor número de complicaciones; en el grupo A 19 pacientes (38%) y en el B 7 pacientes (14%) notándose desde luego que el número de multiparas consultantes es mayor que el de primíparas (cuadro # 1).

Se presentaron complicaciones en los dos grupos, siendo estas, retención de restos placentarios, endometritis, hipovolemia y hemorragia. Relacionando los grupos las pacientes sometidas a extracción manual tuvieron más complicaciones siendo un total de 23 casos (46%) y en el grupo sometidas a infusión de oxitocina sólo existieron 8 casos (16%), esto podemos razonarlo puesto que la extracción manual es un procedimiento cruento donde la placenta salió en forma incompleta en la mayoría de los casos, 19 para ser exactos lo que representa un 38%. Efectuándose a igual número de pacientes un legrado posterior, este mismo procedimiento fue requerido únicamente en 8 casos (16%) de las pacientes manejadas con infusión de oxitocina más solución salina en la vena umbilical, notándose también que en el anterior grupo no se presentaron casos de hemorragia, endometritis o hipovolemia (cuadro # 2).

Como mencionamos anteriormente la introducción de la mano dentro de la cavidad uterina aunque se realice bajo medios estériles conlleva riesgo alto de infección por lo que algunas veces se deja tratamiento con antibióticos luego de la maniobra, esto lo pudimos observar en la investigación ya que 12 pacientes (24%) fueron sometidas a tratamiento con antibiótico posteriormente, esto no fue necesario en las pacientes del grupo B debido a que no se introduce nada directamente dentro de la cavidad uterina (cuadro # 3).

Consideramos basados en la literatura consultada

que el tiempo que se puede esperar luego del nacimiento para que se produzca la expulsión de la placenta es de 30 minutos (2,7,8,12). Debido a esto tomamos este como tiempo mínimo sin establecer un tiempo máximo para la aplicación de la técnica. En el departamento de Escuintla debido quizá a lo lejano de algunos municipios de la dificultad en el transporte se presentaron casos de varias horas de retención siendo el mayor de 9 horas, pero la mayoría se suscitó dentro de 0:30 - 1:43 en ambos grupos 25 casos (50%) en A y 37 (74%) en B (cuadro # 4).

Podemos decir que el método de infusión de oxitocina fue eficaz puesto que se produjo la expulsión de la placenta en 42 pacientes (84%) y además se produjeron menos complicaciones (cuadro # 1,2). Apreciamos en la investigación que la expulsión de la placenta ocurrió algunos minutos después de la inyección en la vena umbilical esta se produjo entre los 2 y 10 minutos con mayor frecuencia entre 4 y 6 minutos donde se obtuvieron 18 casos (36%). Podemos decir que el desprendimiento de la placenta se produjo luego de la infusión de oxitocina (cuadro # 5).

Aseveramos por lo expuesto que la técnica de infusión de oxitocina es eficaz y menos riesgos que la extracción manual, debido a que esta no necesita de anestesia general y el número de complicaciones fue menor, es pertinente aclarar que la extracción manual se convierte en técnica complementaria de la infusión de oxitocina puesto que si la placenta no se desprende con esta técnica se realizará una extracción manual.

CONCLUSIONES

- 1.- La retención de la placenta se presentó con mayor frecuencia en ambos grupos en las edades de 21-25 años y en pacientes multíparas.
- 2.- La efectividad del nuevo método quedó comprobada ya que existió el desprendimiento de la placenta en el 84% de los casos.
- 3.- Las complicaciones se presentaron en menor porcentaje en el grupo manejadas con infusión de oxitocina (16%), mientras que un 46% correspondió a las manejadas con extracción manual, resaltando en este grupo que un 38% requirió un legrado posterior y un 8% presentó otras complicaciones.
- 4.- El nuevo método puede utilizarse sin importar el tiempo que exista de retención pues se tuvieron casos efectivos tanto en 30 minutos como en 9 horas.
- 5.- La expulsión se produjo en la mayoría de los casos algunos minutos después de la infusión de oxitocina más solución salina en la vena umbilical con mayor frecuencia entre 4-6 minutos.
- 6.- El nuevo método a diferencia de la extracción manual no necesita someter a la paciente a un anestésico general.
- 7.- Cuando no se produzca el desprendimiento de la placenta luego de infusión de oxitocina se realizará una extracción manual.

RECOMENDACIONES

- 1.- Utilizar la técnica de infusión de oxitocina más solución salina en la vena umbilical en toda paciente que presente retención de placenta antes de someterla a una anestesia general para extracción manual.
- 2.- Promover este nuevo método tanto a nivel hospitalario como en centros y puestos de salud, para su utilización como técnica sencilla, práctica e inocua.
- 3.- Realizar un nuevo estudio tratando de controlar a las pacientes durante más días, ya que en el actual estudio sólo fue posible durante su estancia hospitalaria.

RESUMEN

La presente investigación se efectuó en el Hospital Regional de Escuintla en el departamento de Ginecobstetricia con 100 pacientes que presentaron retención de placenta, 50 de las cuales fueron tomadas del archivo habiendo sido manejadas con extracción manual estando registrado su tratamiento y sus complicaciones en sus respectivas fichas clínicas, las otras 50 fueron pacientes que presentaron el mismo cuadro tratandose con el nuevo método de infusión de oxitocina más solución salina en la vena umbilical. Esto se realizó de mayo de 1984 a junio de 1985.

El estudio perseguía demostrar la eficacia de una nueva técnica y sus complicaciones pudiendose demostrar, ya que en la mayoría de casos a los que se aplicó, el resultado fue exitoso y rápido con escaso porcentaje de complicaciones.

Consideramos pues luego del estudio la técnica nueva sencilla, práctica e inocua puede ser utilizada en toda paciente que presente retención de placenta como primera medida sin importar el tiempo que exista de retención puesto que existió expulsión en casos que tenían varias horas con dicho cuadro.

Podemos mencionar que este método es menos cruento que la extracción manual, pero que este último puede convertirse en maniobra complementaria de no producirse la expulsión con la infusión de oxitocina.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Baker, C.E. Physicians desk reference. 35th.ed.
New Jersey, Litton Industries, 1981. 2047p.
(pp.1582-1583)
- Beck, A.C. et al. Obstetricia. 8.ed. México,
Interamericana, 1968. 621p. (pp. 176-196;
292-293; 472-474)
- Golan, A. et al. A new method for the management
of the retained placenta. Am J Obstet
Gynecol 1983 Jul 15; 146(6):708-709
- Golan, A. et al. Haemoperitoneum due to placenta
percreta. Afr J Med Med Sci 1977 Dec 31;
52:1133-1134
- Goodman, L. y A. Gilman. Bases farmacológicas
de la terapéutica. 5.ed. México, Interamericana,
1978. 1412p. (pp. 725-726; 734-735)
- Lucas, W.E. Pospartum hemorrhage. Clin Obstet
Gynecol 1980 Jun; 23(2):649-658
- Management of retained placenta. Am Fam Physician
1984 Jan; 29(1):312
- Obando de León, Mario y Carlos Salvatierra S.
Extracción manual de la placenta y sus
complicaciones; Hospital Roosevelt, revisión
de 5 años. 1977 a 1981. Tesis (médico y
cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad
de Ciencias Médicas. Guatemala, 1982.
42p.
- Oi, R.H. disease of the placenta. In: Niswander,
K.R. Manual of obstetrics. Boston, Little
Brown, 1980. (pp. 363-376)

Platt, L.D. et al. Acute puerperal inversion
of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1981
sept 15; 141(2):187-190

Pritchard. J. A. y R. McDonald. Williams
Obstetricia. 2.ed. Barcelona, Salvat,
1979. 967p. (pp.294-312; 339-343; 728-
735)

Schwarcs, R. et al. Obstetricia. 3.ed. Buenos
Aires, Ateneo; 1979. 944p. (pp.228-235;
481-482; 681-690)

Timothy, C.F. et al. Urgencias posparto.
En: Cavanagh, D. Urgencias obstetricas.
2.ed. Barcelona, Salvat, 1982. (pp.319-
335)

To Bo

E. Anguadón

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS
DE LA SALUD
(C I C S)

CONFORME:

Dr.

ASESOR:

SATISFECHO:

Dr.

REVISOR,

Dr. Guillermo F. Guzmán S.
Médico y Cirujano
Ced. No. 2254

APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS



Dr. Mario René Moreno Cambata
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U.S.A.C.

Guatemala, 30 de septiembre de 1985