

PLACENTA PREVIA

Dr. ALBERTO FRANCO GONZALES (*)

Se estudia 176 casos de placenta previa ocurridos en el intervalo de diez años. La incidencia no varió durante el transcurso de los años. La variedad más frecuente fue la de total central (31%) terminaron en cesárea, habiéndose practicado la cesárea corporal en un 57.6%.

El parto fue espontáneo en 55 casos y hubo una cesárea histerectomía. 34 casos se complicaron con endometritis. Las muertes maternas fueron por ruptura uterino y shock hipovolémico en un caso y por shock séptico por endometritis en un segundo caso. La baja mortalidad perinatal se debió a que el manejo de estos casos fue de acuerdo a un esquema pre establecido.

INTRODUCCION

La Placenta Previa es una de las causas más frecuentes de hemorragias del tercer trimestre de la gestación y, por ende, de muerte materna obstétrica. Asimismo, aumenta la morbilidad materna debido a que la pérdida sanguínea predispone a los procesos infecciosos en el período puerperal por la baja de defensas orgánicas.

En lo que respecta al feto, incrementa la morbi-mortalidad perinatal, debido a la prematuridad e hipoxia fetal que ocasiona el sangrado.

La hemorragia de la placenta previa merece un tipo especial de manejo con el objeto de disminuir la mortalidad materno-fetal. Tal manejo requiere de estudio y evaluación permanentes, razón del presente estudio.

MATERIAL Y METODOS

Este trabajo constituye el estudio de todos los casos de placenta previa ocurridos en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Materno Infantil "San Bartolomé", desde marzo de 1962 hasta diciembre de 1971, siguiendo un esquema de manejo de las Hemorragias del Tercer Trimestre del embarazo basado fundamentalmente en la expectación armada para poder contrarrestar cualquier circunstancia que amenace las vidas de la madre y del feto.

(*) Médico Asistente del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Centro de Salud Materno Infantil San Bartolomé.
Jefe de Práctico del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la U.N.M.S.M.
Coordinador de Residentes de Obstetricia y Ginecología de la Escuela Post-Grado de la U.N.M.S.M.

La conducta preconizada en San Bartolomé ante este accidente es la siguiente:

1. Admisión sin examen pélvico, salvo en los casos de hemorragia de mayor cuantía, en los que se practica en las condiciones más adelante enumeradas.
2. Evaluación inmediata del estado general de la paciente, estado del feto, edad aproximada y características de la gestación.
3. Obtención inmediata de los siguientes controles:
 - a) Hemoglobina.
 - b) Hematocrito.
 - c) Tiempo de coagulación y sangría.
 - d) Grupo sanguíneo y factor Rh.
 - e) Prueba de observación del coágulo de Weiner, Reid y Roby (repetido cada 30 minutos a una hora).
 - f) Otros exámenes de rutina: serología, glicemia, radiografía de pulmones, etc.
 - g) Control de diuresis y albúmina en orina.
 - h) Control constante de signos vitales, latidos fetales y consistencia uterina.
4. Obtención de sangre compatible en el Banco.
5. Reposo absoluto en cama: control diario y frecuente de la altura uterina, características del útero, latidos fetales, pérdidas sanguíneas, orina, ingesta y excreta, funciones vitales.
6. En caso de hemorragia de menor cuantía, y en ausencia de otros síntomas y signos asociados, tratamiento expectante tendiente a alcanzar la madurez fetal.
7. En caso de hemorragia de menor cuantía y bajo control, utilización de la placentografía para tejidos blandos, cistografía, amniografía, ultrasonido y gamagrafía, etc.
8. En casos de hemorragia de menor cuantía, con o sin exámenes radiológicos auxiliares: examen bajo espéculo, para descartar otras causas de hemorragia que no sean las obstétricas mayores.
9. En casos de hemorragia de mayor cuantía, o de evolución deteriorante, de preferencia si se ha alcanzado la 38 semanas de gestación: examen pélvico digital y con espéculo, teniendo en cuenta los requisitos mencionados en cuadro aparte.

Requisitos para el examen pélvico vaginal de la paciente con hemorragia del tercer trimestre de gestación

1. Paciente en sala de operaciones o sala obstétrica equipada convenientemente para la solución del parto vía vaginal o abdominal, y de los problemas que pudieran suscitarse.
2. Grupo sanguíneo y Rh debidamente controlados.
3. Conocimiento del nivel de hemoglobina y hematocrito debidamente controlados.
4. Vena abierta con una aguja calibre N° 18.
5. Sangre compatible en cantidad adecuada en sala de examen o sangre corriendo en una vena según sea el caso.

6. Preparación abdómino-perineal como para cualquier intervención obstétrica mayor.
7. Máxima condición de esterilidad.
8. Equipo quirúrgico preparado para intervenir en cualquier momento.
9. Presencia de un miembro del Departamento de Pediatría, formando parte del equipo quirúrgico.
10. Equipo de resucitación para el bebé, con oxígeno en cantidad suficiente.

con 360 casos de sangrado vaginal. La frecuencia es de un caso de hemorragia por 109 partos.

Tal hallazgo coincide, con ligeras variantes, con lo reportado por la literatura revisada, como la muestra el Cuadro II.

Podemos observar en el Cuadro III, que se ha encontrado una frecuencia de un caso de placenta previa por cada 224 partos, representando la causa más frecuente (49%) de la patología hemorrágica en el último trimestre de la gestación. La frecuencia encontrada coincide con la reportada en la literatura (2, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 22), aunque existe diferencias con otros autores que reportan frecuencias inferiores (8, 15, 18), o superiores (14, 20, 23).

RESULTADOS Y DISCUSION

CUADRO I

INCIDENCIA DE LA HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE

Total de Partos	H. del T.T.	Porcentaje	Frecuencia
39,478	360	0.9	1 x 109

El porcentaje de hemorragia del tercer trimestre de gestación encontrado en esta revisión, corresponde al 0.9% sobre un total de 39,478 partos atendidos,

En relación a las diferentes modalidades de la placenta previa, la más frecuente es la total central (31.80% de casos), luego la de inserción baja (28.40%), la parcial (27.85%) y finalmente la marginal (11.95%). Las cifras están de acuerdo a los hallazgos de otros autores (2, 9, 15, 17). Sin embargo, Kenneth (8), señala en su casuística

CUADRO II

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE

Autor	Nº Partos	Nº de H.T.T.	Frecuencia	%
J. A. Salinas	12,105	93	1 x 130	0.76
R. Suárez y V. Arrieta Maracaibo	32,597	243	1 x 97	1.02
W. Foote y Col. Royal Victoria	26,470	338	1 x 78	1.2
M. Hendelmon D. Faser Montreal	26,470	328	1 x 80	1.2
A. Franco San Bartolomé	39,478	360	1 x 109	0.9

CUADRO III
CAUSAS DE LA HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE

Causa	Nº de casos	Porcentaje	Frecuencia
Placenta previa	176	49.00	1 x 224
Desprendimiento prematuro de placenta	90	25.00	1 x 438
Ruptura seno marginal	16	4.45	1 x 2,467
Ruptura uterina	2	0.55	1 x 19,739
Etiología desconocida	76	21.00	1 x 519
TOTAL:	360	100.00	1 x 109

de 103 casos de placenta previa a la placenta marginal como la más frecuente (41.8%). Cuadro V.

CUADRO IV

PLACENTA PREVIA: DISTRIBUCION POR AÑOS

Años	Nº partos	Nº P.P.	Porcentaje
1962	1,705	10	0.58
1963	2,949	9	0.30
1964	3,547	13	0.36
1965	4,286	15	0.34
1966	4,139	19	0.45
1967	4,278	23	0.53
1968	4,440	17	0.38
1969	4,656	23	0.49
1970	4,489	28	0.62
1971	4,989	19	0.38
TOTAL	39,478	176	0.44

Es importante observar que nuestra incidencia de placenta previa se ha mantenido con ligeras variantes en el transcurso de los años.

CUADRO V
TIPOS DE PLACENTA PREVIA

Típos	Nº casos	Porcentaje
Total central	56	31.80
Parcial	49	27.85
Marginal	21	11.95
Inserción baja	50	28.40
TOTAL:	176	100.00

CUADRO VI
NUMERO DE EPISODIOS DE SANGRADO

Episodios de sangrado	Nº casos	%
1	130	73.75
2	35	20.00
3	9	5.10
4	2	1.15
TOTAL:	176	100.00

En lo referente al número de episodios de sangrado en la placenta previa, podemos observar que predominaron los casos con un episodio de sangrado (73.75%) y luego los casos con 2 episodios (20%). Estos datos no concuerdan con los encontrados en la literatura, que señalan que el sangrado indoloro se inicia a partir de las 28 semanas de gestación, y aún antes. Así algunos casos de amenaza de aborto resultaron al final casos de placenta previa, repitiéndose los episodios con aumento en cantidad, conforme progresó el embarazo, como lo señalan F. Posada y Col. (18) y otros autores (2, 11, 12). La explicación sería que nuestras gestantes no valorizarían pequeñas pérdidas sanguíneas o que, después de la hemorragia monitora, probablemente estos episodios no se repitan debido a hospitalización y reposo absoluto.

CUADRO VII
GRAVIDEZ

Gravidez	Nº casos	Porcentaje
1	28	15.90
2	39	22.15
3	17	9.65
4	26	14.80
5	15	8.55
6 ó más	51	28.95
TOTAL:	176	100.00 %

En cuanto a la relación entre placenta previa y gravidez, podemos observar que la mayor incidencia corresponde a las multíparas de 4 o más, con 92 casos (52%), y luego las de 2 partos, 39 casos (22.15%). La literatura también reporta datos similares a los nuestros (1, 2, 10, 13, 14, 16, 18, 20).

Se explica que la patología es más frecuente en las multíparas por un déficit nutritivo del endometrio, que obliga al huevo a extender su lecho, o buscar áreas mejor irrigadas para implantarse.

CUADRO VIII
TIPO DE PARTO

Tipo de parto	Nº casos	Porcentaje
Espontáneo	55	31.25
Mallstrom	7	4.00
Fórceps	1	0.55
Cesáreas	112	63.65
Cesárea histerectomía	1	0.55
TOTAL:	176	100.00

En lo referente al parto, podemos apreciar que 112 casos (63.65%) terminaron por cesárea. El parto vaginal espontáneo (55 casos) o instrumentado (Fórceps o Vacuum) (8 casos) ocurrieron en su mayoría en casos de placenta previa, marginal o lateral

Nuestros hallazgos son similares a los de ciertos reportes (3, 9, 15, 20), pero divergen con la conducta de José Luis Pérez y Col. (17) en su casuística de 86 casos de placenta previa: 74 cesáreas (86.05%) y 12 partos vaginales (13.95%). E. Treviño (21) en su recopilación de 26 casos practicó 20 cesáreas (77%) y 6 partos vaginales (23%). Hibbard (6) reporta 85.5% de cesáreas y Green, 81%. Tuvimos un caso de cesárea más histerectomía (0.55%) por inercia uterina que no cedió a los tratamientos conservadores, tanto médico como quirúrgico.

CUADRO IX
TIPO DE CESAREA

Tipo de cesárea	Nº casos	Porcentaje
Segmentaria transversal	47	41.60
Segmentaria longitudinal	1	0.88
Corporal	65	57.52
TOTAL:	113	100.00

En lo que al tipo de cesárea se refiere, en nuestra casuística predominó la de tipo corporal con 65 casos (57.52%); luego la segmentaria con 48 casos (42.48%). Esto se explica porque creemos que la cesárea de tipo clásico todavía conserva su lugar en obstetricia, siendo la placenta previa una de las indicaciones por ciertos factores conocidos en la especialidad.

Nuestra casuística difiere con la encontrada en la literatura. J. S. Pérez (17) en una casuística de 86 casos terminó 72 casos (83.71%) en cesárea de tipo segmentaria, no practicando el tipo corporal. En cambio Hibbard (7) en su serie de 375 cesáreas por placenta previa utilizó el tipo corporal en 74 casos (19%).

Foote (3) en su serie reporta 33% de cesáreas clásicas. Por lo tanto creemos que esta operación no debe ser abandonada en el armamento obstétrico. Por otro lado, cuando se presenta hemorragia post-intervención, tratamos de ser conservadores, utilizando ligadura de las arterias uterinas e hipogástricas.

CUADRO X
EVOLUCION PUERPERAL

Evolución	Nº casos	Porcentaje
Buena	136	77.27
Endometritis	34	19.32
Infección urinaria	3	1.70
Absceso pélvico	1	0.56
Muerte materna	2	1.15
TOTAL:	176	100.00%

En lo referente a la evolución puerperal, podemos observar que en 136 casos (77.27%) fue buena; en 34 casos (19.32%) hubo endometritis y en un caso, absceso pélvico (0.56%). Hubo 2 muertes maternas (1.15%), similar a lo observado en la literatura. Lester Hibbard (7) en un estudio de 375 casos de placenta previa no presenta mortalidad materna.

J. Luis Pérez de Salazar (7) en un estudio de 86 casos tampoco reporta muerte materna; sin embargo, presenta 32% de shock hipovolémico y 4% de endometritis. F. Posado Urios (18) en su estudio de 100 casos de placenta previa presenta 1% de mortalidad materna y Rubenstone y Col. (19), 2.3% en 86 casos.

Nuestros casos de muerte materna se presentaron en los primeros años de trabajo, correspondiendo en 1963 a un caso de hemorragia masiva, dando un

shock hipovolémico y muerte materna; se encontró en la necropsia una placenta parcial con ruptura uterina. El otro caso de 1967, correspondió a una placenta total central que hizo endometritis y shock séptico irreversible. En los dos casos de muerte, los niños fueron dados de alta en buenas condiciones.

El caso de absceso pélvico se presentó en 1963, y cedió al tratamiento médico quirúrgico, siendo dado de alta en buenas condiciones.

CUADRO XI
APGAR DEL RECIEN NACIDO

Apgar	Nº casos	Porcentaje
1 a 6	44	25.88
7 al 10	126	74.12
TOTAL:	170	100.00

En cuanto al Apgar de los recién nacidos encontramos entre 1 a 6, o sea deprimido, en un 25.88%, y entre 7 a 10, o sea vigoroso, en 74.12%. Hubo 10 neonatos, de los cuales 8 eran prematuros.

CUADRO XII
MORTALIDAD PERINATAL

	Nº casos	%	Prematuros
Nati-muertos	6	3.49	4
Neonatos	10	5.60	8
TOTAL:	16	9.09	12

Con respecto a la mortalidad perinatal apreciada por lo menos hasta el momento de alta, ya que su seguimiento posterior resultó imposible, podemos observar en el Cuadro XII que de 176 na-

cimientos existieron 16 muertes, representando una mortalidad perinatal de 9.09%, entre los cuales encontramos 12 prematuros (4 natimueertos y 8 neonatos). Del total de muertes, sólo un caso se obtuvo por vía vaginal, en el resto se practicó la operación cesárea.

La prematuridad es una de las causas que aumenta la mortalidad perinatal. En nuestro estudio encontramos 29 prematuros (16%), o sea el doble del porcentaje generalmente hallado (7 - 8%) en gestaciones sin esta patología.

Relacionando nuestra mortalidad perinatal con la reportada en la literatura, varía con el 22.2% encontrado por J. Parache (16). Hibbard (6) cita 24.8%, Kenneth (8) dá 21%. Por lo tanto nuestro esfuerzo debe estar dirigido a evitar los factores que inciden en esta alta mortalidad, tales como la prematuridad, hipoxia y anoxia, anemia y el riesgo quirúrgico por el tipo de anestésico que se emplea para la operación cesárea.

CONCLUSIONES

- Este estudio comprendió una evaluación de 176 casos de placenta previa ocurridos entre marzo de 1962 a diciembre de 1971.
- La frecuencia de hemorragia del tercer trimestre fue de un caso en 109 partos, dando una incidencia de 0.9% sobre un total de 39,478 partos.
- Se presentaron 176 casos de placenta previa, dando una frecuencia de 1 caso en 224 partos, siendo la causa más frecuente de las hemorragias del tercer trimestre.
- En relación a su distribución por años, se mantuvo sin mayores variantes.
- Predominó la placenta previa total central con 56 casos (31.80%).
- En su mayoría (73.75%) presentaron un solo episodio de sangrado.
- Esta patología predominó en multiparas con 52%.
- En cuanto a la culminación del parto, éste fue por vía cesárea en un 63.65%.
- La operación cesárea mayormente practicada fue la de tipo corporal, en 57.52% de los casos.
- La endometritis fue la complicación puerperal más frecuente (19.32%). Hubo sólo 2 casos de muerte materna, lo que representó el 1.15%, habiendo ocurrido en los primeros años de trabajo.
- La mortalidad perinatal representó un 9.09%, a predominio de neonatos, siendo la prematuridad un factor importante en 12 casos.
- En nuestro estudio encontramos 29 prematuros lo que representa el 16%.
- Nuestros resultados son halagadores por haber vencido en nuestro nosocomio dos causas de muerte materna, cuales son las hemorragias y la toxemias, en cambio nos vemos impotentes ante los procesos sépticos. Creemos que este es el epílogo de las normas de conducta que son observadas en nuestro Departamento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.— Botello Llusia: *Patología Obstétrica*, Tomo II, Ed. 5ª España, Edit. Científica Médica. 1961.
- 2.— Eastman-Nicholson: *Tratado de Obstetricia*. 7ª Ed. México UTEHA, 1960.
- 3.— Foote, R. W. and Frasser, W. D.: "Placenta Previa". *Amer. J. Obst. and Gynec* 80: 1, 1960.
- 4.— García, Manuel: "Placenta Previa". *Rev. Obst. y Ginecol. Venezuela* 22: 1, 1962.
- 5.— Green J.: "Placenta Previa". *J. Obst. and Gyn. Brit.* 66: 640, 1959.
- 6.— Hibbard M. D.: "Placenta Previa". *Am. J. Obst. and Gynec.* 104: 2, 1969.
- 7.— Hibbard L. T.: "Placenta Previa". *Amer. J. Obst. and Gynec.* 68: 481, 1961.
- 8.— Kenneth R. y col.: "Placenta Previa". *Amer. J. Obst. and Gynec.* 95: 6, 1966.
- 9.— Kimbrough, Robert: "Hemorragia Antepartum". *Am. J. Obst. and Gynec.* 78: 6, 1959.
- 10.— Ledé, Roberto: "Obstetricia y Ginecología de Urgencia". Ed. López Etchegoyen S.R.L. B. Aires, 1959.
- 11.— Ludmir A. y col.: "Técnicas y Procedimientos generales en Obstetricia". H. C. de S. M. I. "San Bartolomé", 1962.
- 12.— Merger, R.: "Manual de Obstetricia". Ed. Toray Masson S. A. Barcelona 1971.
- 13.— Morgan, Loyce: "Placenta Previa". *Am. J. Obst. and Gynec.* 82: 5, 1961.
- 14.— Muñoz S. y Mora R.: "Consideraciones en el Manejo de Placenta Previa". *Rev. Colombiana Obst. y Ginecol.* 12: 60, 1961.
- 15.— Nesbitt, Robert: "Placenta Previa and the low lying". *Clinical Obst. and Gynec.* 3: 569, 1960.
- 16.— Parache, H. J. y García, C. J.: "Placenta Previa". *Acta Ginecológica XXII*: 8, 1971.
- 17.— Pérez, J. L. y col.: "Placenta Previa". *Ginec. Obst. Méx.* 25: 152, 1969.
- 18.— Posada y col.: "Placenta Previa". *Ginec. Obst. Méx.* 27: 164, 1970.
- 19.— Rubenstone, A. I. y col.: "Placenta Previa and Accreta". *Amer. J. Obst. and Gynec.* 87: 2, 1963.
- 20.— Semmens, James: "Placenta Previa". *Amer. J. Obst. and Gynec.* 77: 63, 1959.
- 21.— Triveño, Edmundo y col.: "Nuestra experiencia en Placenta Previa". *Ginec. Obst. Méx.* 27: 159, 1970.
- 22.— Urango Imaz, F.: "Obstetricia Práctica". Ed. Inter-Médico S. A. Argentina 1970.
- 23.— Usko, Niemenen y Edik Klinge: "Placenta Previa". *Acta Obst. et Gynec. Scandinav.* 42: 339, 1963.