

PLACENTA PREVIA

Alberto Franco G. *

Se revisa 176 casos de placenta previa ocurridos en 39,478 partos, es decir, 1 caso en 224 partos. Predominó en la mujer con 4 ó más partos, presentando en el 73o/o un solo episodio de sangrado. La placenta previa fue total central en 56 casos (32o/o).

El parto fue por vía cesárea en 63.6o/o tipo corporal en 57.5o/o de los casos, complicándose con Endometritis en 19o/o de las pacientes. Los dos casos de muerte materna (1.15o/o) ocurrieron en los primeros años de trabajo. La mortalidad perinatal fue 9.09o/o, a predominio de neonatos, siendo la prematuridad un factor importante en 12 de los 16 casos.

Introducción

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.

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 Métodos

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 contra-

rrestar cualquier circunstancia que amenace las vidas de la madre y del feto.

La conducta preconizada en San Bartolomé ante este incidente 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: Hemoglobina, hematocrito, tiempo de coagulación y sangría, grupo sanguíneo y factor Rh, prueba de observación del coágulo de Weinner, Reid y Roby (repetido cada 30 minutos a una hora), otros exámenes de rutina (serología, glicemia, radiografía de pulmones, etc.) control de diuresis y albúmina en orina y 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; placentografía pa-

* Médico Asistente del Departamento Obst. Ginec. Hospital "San Bartolomé". Profesor Auxiliar y Coordinador de Residentes de Obst. y Ginec. de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ra tejidos blandos, cistografía, amniografía, ultrasonido y gamagrafía, etc.; examen bajo espéculo, para descartar otras causas de hemorragia que no sean las obstétricas mayores.

7. 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 resuscitación para el bebé, con oxígeno en cantidad suficiente.

Resultados

El porcentaje de hemorragia del tercer trimestre de gestación encontrado en esta revisión, corresponde al 0.9o/o (360 casos) sobre un total de 39,478 partos atendidos; 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 lo muestra el Cuadro 1.

CUADRO I

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE

Autor	N° Partos	N° H. T. T.	Frecuencia	o/o
— J. A. Salinas (Colombia)	12,105	93	1 x 130	0.76
— R. Suárez y V. Arrieta (Venezuela)	32,597	243	1 x 97	1.02
— W. Foote y col. Royal Victoria (EE.UU.)	26,470	338	1 x 78	1.2
— M. Hendelman, D. Fraser Montreal (EE.UU.)	26,470	328	1 x 80	1.2
— A. Franco San Bartolomé (Lima)	39,478	360	1 x 109	0.9

CUADRO II

CAUSAS DE LA HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE
(Hospital M.I. San Bartolomé)

Causa	N° de Casos	o/o	Frecuencia
- Placenta previa	176	49.00	1 x 224
- Desprendimiento prematuro de la placenta	90	25.00	1 x 438
- Ruptura seno marginal	16	4.45	1 x 2,467
- Ruptura uterina	2	0.55	1 x 1,973
- Etiología desconocida	76	21.00	1 x 519
TOTAL:	360	100.00	1 x 109

Podemos observar en el Cuadro II, que se ha encontrado un caso de placenta previa por cada 224 partos, representando la causa más frecuente (49o/o) de la patología hemorrágica en el último trimestre de la gestación. Tal frecuencia coincide con la reportada en la literatura (2, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 22), aunque existe diferencias con otros autores, que las reportan inferiores (8, 15, 18) o superiores (14, 20, 23). La incidencia de placenta previa se ha mantenido con ligeras variantes durante el transcurso de los años en nuestro hospital.

En lo referente al número de episodios de sangrado en la placenta previa, predominaron los casos con un episodio de sangrado (73.75o/o) y luego los casos con 2 episodios (20o/o). 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, porque algunos casos de amenaza de aborto resultan al final casos de placenta previa con aumento en la cantidad de sangrado conforme progresa 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 inicial, estos episodios no se repiten debido a la conducta de hospitalización y reposo absoluto.

CUADRO III

GRAVIDEZ

Gravidez	N° de Casos	Porcentaje
1	28	15.90
2	39	22.15
3	17	9.65
4	26	14.80
5	15	8.55
6	51	28.95
TOTAL:	176	100.00

Al relacionar placenta previa y gravidez, podemos observar que la mayor incidencia corresponde a las multíparas de 4 ó más, con 92 casos (52 o/o), y luego las de 2 partos con 39 casos (22.15 o/o). La literatura 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 IV

TIPO DE PARTO

Tipo de Parto	Nº de Casos	Porcentaje
— Espontáneo	55	31.25
— Mallstrom	7	4.00
— Forceps	1	0.55
— Cesárea	112	63.65
— Cesárea histerectomía	1	0.55
TOTAL:	176	100.00

En 112 casos (63.65o/o) de placenta previa terminaron por cesárea. El parto vaginal espontáneo (55 casos) o instrumentado (Forceps 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 (86.05o/o) y 12 partos vaginales (13.95o/o). E. Treviño (21) en su recopilación de 26 casos practicó 20 cesáreas (77o/o) y 6 partos vaginales (23o/o). Hibbard (6) reporta 85.5o/o de cesáreas y Green, 81o/o. Tuvimos un caso de cesárea + histerectomía (0.55o/o) por inercia uterina que no cedió a los tratamientos conservadores, tanto médico como quirúrgico.

En nuestra casuística predominó la cesárea de tipo corporal con 65 casos (57.52o/o); luego, la segmentaria con 48 casos (42.48o/o), 47 con incisión transversal y una longitudinal. 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. Lo anterior difiere con lo encontrado en la literatura. J. S. Pérez (17), en una casuística de 86 casos, terminó 72 casos (83.71o/o) 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 (19o/o). Foote (3) reporta 33 o/o de cesáreas clásicas. Por lo tanto, creemos que esta operación no debe ser abandonada en el armamento obstétrico. Por otro lado, en ciertos casos de hemorragia post-intervención tratamos de ser conservadores, utilizando ligadura de las arterias uterinas e hipogástricas.

CUADRO V

TIPOS DE PLACENTA PREVIA

Tipos	Nº de Casos	Porcentaje
— Total central	56	31.80
— Parcial	49	27.85
— Marginal	21	11.95
— Inserción baja	50	28.40
TOTAL:	176	100.00

En relación a las modalidades de la placenta previa, las cifras están de acuerdo a los hallazgos de otros autores (2, 9, 15, 17). En cambio, Kenneth (8) señala a la placenta marginal como la más frecuente (41.8o/o) en su casuística de 103 casos de placenta previa.

CUADRO VI

EVOLUCION PUERPERAL

Evolución	Nº de Casos	Porcentaje
— Buena	136	77.27
— Endometritis	34	19.32
— Infección uterina	3	1.70
— Absceso pélvico	1	0.56
— Muerte materna	2	1.15
TOTAL:	176	100.00

La evolución puerperal fue buena en 136 casos (77.27o/o). En 34 casos (19.32o/o), hubo endometritis y, en un caso, absceso pélvico (0.56o/o). Hubo 2 muertes maternas (1.15o/o). Lester Hibbard (7) en un estudio de 375 casos de placenta previa no presenta mortalidad materna. J. Luis Pérez de Salazar (7) en 86 casos tampoco reporta muerte materna; sin embargo, presenta 32o/o de shock hipovolémico y 4o/o de endometritis. F. Posada Urios (18), en su revisión de 100 casos de placenta previa, presenta 1o/o de mortalidad materna, y Rubenstone y col. (19), 2.3o/o 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, shock hipovolémico y muerte materna; se encontró en la necropsia una placenta previa parcial con ruptura uterina. El otro caso de 1967, fue una placenta previa 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 mejoró con tratamiento médico quirúrgico, siendo dada de alta en buenas condiciones.

El apgar de los recién nacidos fue entre 1 a 6, o sea deprimido, en 44 casos (25.88o/o) y entre 7 al 10, o sea vigoroso, en 126 casos (74.12o/o). Hubo 6 natimueertos (4 prematuros) y 10 neonatos, de los cuales 8 eran prematuros.

La mortalidad perinatal (16 casos, 9.09o/o) fue apreciada por lo menos hasta el momento del alta, ya que su seguimiento posterior resultó imposible. 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 aumentan la mortalidad perinatal. En nuestro estudio, encontramos 29 prematuros (16o/o), o sea el doble del porcentaje generalmente hallado (7 - 8 o/o) en gestaciones sin esta patología.

Relacionando nuestra mortalidad perinatal con la reportada en la literatura, varía con el 22.2o/o encontrado por J. Parache (16); Hibbard (6) cita 24.8o/o, Kenneth (8), 21o/o. 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.

Discusión

Se evaluó 176 casos de placenta previa ocurridos en el Hospital "San Bartolomé" en el lapso de 1962 al 1971, sobre un total de 360 hemorragias del tercer trimestre encontradas en 39, 478 partos atendidos. Siendo esta patología un factor causal de mortalidad materna, emprendimos esta revisión con la finalidad de comparar nuestros resultados con otros, tanto foráneos como nacionales, para determinar si el patrón de conducta seguido en el Departamento, estaba de acuerdo a los cánones actuales de prevención que representa el avance de la medicina moderna.

En cuanto a incidencia, edad y gravidez los resultados coinciden con la literatura revisada, aunque se podría especular que en los países en proceso de desarrollo esta patología sería más frecuente, debido a que el nivel socio-económico bajo, predispone a adquirir mayor riesgo de infección del tracto genital, así como tampoco se preconiza el control pre-natal, agregando la deficiente implementación hospitalaria que conduciría a la deficiente atención y dirección del trabajo de parto.

La distribución de la placenta previa por años se ha mantenido con ligeras variantes a pesar de la ley de Gratuidad del parto que ha traído consigo el incremento de pacientes sin control.

La edad avanzada, así como la multiparidad, juegan un rol preponderante en este tipo de patología, debido a que los cambios atróficos que se producen en el endometrio no permite una adecuada nutrición, y por ende, un buen intercambio materno fetal.

En la gran mayoría (73.75o/o) sólo se observó un solo episodio de sangrado, esto quizás se deba a la hospitalización inmediata y al reposo absoluto que se le somete, no permite la presentación de nuevos episodios de sangrado.

La culminación del parto, ésta fue por vía cesárea en (63.65o/o) debido a que en nuestros Departamentos no se usan los métodos vaginales como, la versión, pinza de Willett's, el Mentrourinter quedando en forma excepcional la ruptura de las membranas para casos bien evaluados. El tipo de intervención que predominó fue la corporal en un 57.52o/o, la cual conserva su lugar en Obstetricia siendo la placenta previa una de sus indicaciones, por la mayor irrigación del segmento, menor proporción de actiomisina, así como tener que atravesar la placenta para poder extraer al feto, son elementos de riesgo para su

incisión; además el sangrado predispone en forma indirecta a las infecciones por las maniobras y su cercanía con la vagina que es portador de gérmenes variados.

La mortalidad materna fue de 1.150/o (2 casos) habiendo ocurrido en los primeros años de trabajo; desde 1967 no se produce muerte por este tipo de patología, en un caso fue la hemorragia el causal de la muerte, en el otro, se complicó con Endometritis y Peritonitis. La mortalidad

Perinatal representa 9.09 o/o a predominio de los neonatos, estando la prematuridad como factor importante en 12 casos. En nuestro estudio encontramos 29 prematuros, lo que representa el 16 o/o; se explica debido a que el sangrado por se hace que el Obstetra tenga que solucionar el problema antes del término. Los resultados obtenidos en esta evaluación demuestran que la placenta previa no representa riesgo en el momento actual como factor de muerte materna.

Bibliografía

1. Botella Llusia. Patología Obstétrica, Tomo II, Ed. 5°. España. Edit. Científica Médica. 1961.
2. Eatman Nicholson: Tratado de Obstetricia. 7a. Ed. México Uteha, 1960.
3. Foote R.W. and Fraser 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 Antepartums. Am. J. Obst. and Gynec. 78: 6, 1959.
10. Lede Roberto: Obstetricia y Ginecología de Urgencia. Ed. López Etchegoyen S.R.L. Buenos 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 Ginec. 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. México. 25: 152, 1969.
18. Posada y Col.: Placenta previa. Ginec. Obst. México. 27: 164, 1970.
19. Rubenstone A.I. y Col.: Placenta previa y acreta. Amer. J. Obst. and Gynec. 87: 2, 1963.
20. Semmens James: Placenta previa. Amer. J. Obst. and Gynec. 77: 63, 1969.
21. Triveño Edmundo y Col.: Nuestra experiencia en placenta previa. Ginec. Obst. México 27: 159, 1970.
22. Urango Imaz F.: Obstetricia Práctica. Ed. Inter-Médica S.A. Argentina. 1970.
23. Usko Nieminen y Edik Klinge: Placenta previa. Acta Obst. et Gynec. Scandinav. 42: 339, 1963.