

Placenta previa en el Hospital Vicente D'Antoni

REVISIÓN DE 47 CASOS — 1962-1968

Dr. Jesús A. Vásquez Cueva (*) Dr.
Benjamín Fortín Midence (*) Dr.
Marcial Vides Turcios (*)

INTRODUCCIÓN

Los sangrados del tercer trimestre del embarazo constituyen permanentemente problema para el obstetra y factor determinante en el aumento de la morbi-mortalidad maternofetal, por lo que amerita hacer revisiones frecuentes sobre el tema. La gran mayoría de estos sangrados lo constituye la placenta previa, que es una condición viciosa de inserción y desarrollo de la placenta dentro de la zona de dilatación y borramiento del segmento uterino por lo que durante el parto ésta precede al feto (1).

La frecuencia de éstos casos como causa de internamiento en el Servicio de Obstetricia del Hospital Vicente D'Antoni, nos ha movido a hacer un análisis estadístico con el objeto de valorar su incidencia, manejo y morbimortalidad maternofetal.

MATERIAL

Se han analizado un total de 47 expedientes de pacientes que ingresaron con antecedente de sangrado del tercer trimestre y clasificados como placenta previa en el período comprendido de julio de 1962 a julio de 1968. En este lapso se asistieron 3.509 partos, lo que nos da una frecuencia de 1 por 75 partos y una incidencia de 2.14 por ciento la que consideramos alta en comparación con otras estadísticas nacionales y extranjeras. (2-3-4-5-6-7).

CUADRO N° 1 CUADRO COMPARATIVO DE INCIDENCIA DE PLACENTA PREVIA

Autor	N° de partos	N° de casos	Porcentaje
Hospital San Felipe, Tegucigalpa, Honduras	10.694	43	0.40
Atuán, S. J., I.H.S.S., Honduras	5.583	23	0.48
Arévalo y Mendieta, Nicaragua	17.761	41	0.20
H. Tulzer, 1935-44, U.S.A.	34.829	178	0.51
Smith, Kaighn, U.S.A.	13.000	99	1.00
Zarate, E. Beruti, Argentina	20.606	225	1.09
Foot, W. R., Canadá	26.470	120	0.59
García R., M. F., Venezuela	271.187	794	0.29
Kruschwits, S., Alemania	13.660	63	0.46
J. A. Vásquez, Hospital Vicente D'Antoni La Ceiba, Honduras	3.509	47	2.14

(*) Departamento Gineco-Obstetricia
Hospital Vicente D'Antoni La
Ceiba, Honduras, C. A.

Nos es imposible sacar una conclusión del por qué nuestra incidencia es más alta, ya que no existe un factor etiológico determinante si analizamos de acuerdo con Williams (8-9) la multiparidad, cambios atroficos del endometrio, defectos en la vascularización o con Benson (1) que lo atribuye a los tumores intrauterinos y a las cicatrices post-cesarea con predominio de la clásica, porque nuestros casos están agrupados en pacientes de poca paridad y sin antecedentes quirúrgicos. Sí podríamos aducir la posibilidad de alteraciones del endometrio y defectos de vascularización de la caduca por el elevado índice de infecciones pélvicas en nuestro medio y el aflujo de gran número de casos problemas a nuestro Hospital procedentes de las zonas urbana y rural.

CUADRO N° 2 ANÁLISIS
POR EDAD DE LA PACIENTE

Edad	Nº casos	Porcentaje
+ 15 - 20	8	17.02
+ 21 - 25	9	19.15
+ 26 - 30	12	25.53
+ 31 - 35	9	19.15
+ 36 - 40	9	19.15
Total	47	100 %

La distribución por edades no refleja grandes diferencias en porcentaje, acumulándose el mayor número de casos en el grupo de 26-30 años, período que corresponde a la época de mayor fecundidad y riesgo en embarazo con una incidencia de 25.53%. La paciente de menor edad fue de 16 años y la mayor de 40 años.

CUADRO N° 3 DISTRIBUCIÓN
EN RELACIÓN CON PARIDAD

Paridad	Nº de casos	Porcentaje
0	5	10.64
I	7	14.89
II	6	12.77
III	7	14.89
IV	5	10.64
V	4	8.51
VI	4	8.51
VII	4	8.51
VIII	1	2.13
IX	0	
X	3	6.38
XI	0	
XII	1	2.13
Total	47	100 %

Es interesante anotar que el mayor-porcentaje de placenta previa está registrado en los **grupos** de O a IV Para, con un total de 25 casos que representan un 68.73%. Datos que difieren con otras estadísticas en las cuales los **mayores** porcentajes se acumulan en grandes múltiparas o multigrávidas con antecedentes quirúrgicos (9-10).

En relación a estadísticas nacionales existe una distribución similar con la nuestra (2).

Por considerarlo de gran interés, a continuación describiremos las placentas previas en relación con la edad gestacional, datos de gran importancia para la conducta obstétrica a seguir, por cuanto esta patología se presenta con mayor frecuencia en embarazos inmaduros" les que traen como consecuencia alta mortalidad fetal por premadurez (11).

CUADRO Nº 4
EDAD DEL EMBARAZO POR SEMANAS

Edad embarazo	Nº de casos	Porcentaje
- 30	1	2.13
30 - 32	12	25.53
33 - 35	1	2.13
36 - 38	21	44.68
39 - 40	12	25.63
Total	47	100 %

El 70.21% de los casos de nuestra serie, correspondió a embarazos de las 36 a 40 semanas, que hacen un total de 33 casos, los restantes 14, 29.79% correspondió a embarazos entre 30 y 35 semanas. De este análisis se desprende que la gran mayoría de nuestros casos coincidieron con productos con grado de madurez satisfactoria, lo que explicaría, como más adelante veremos, una mortalidad fetal baja, a la cual debe de agregarse que en embarazos inmaduros y siempre que las condiciones de la paciente lo permitan, la conducta obstétrica ha sido expectante (1-10-11).

Un alto índice de gestaciones, con placenta previa se acompañan de situaciones y presentaciones fetales anormales y condiciona otras (pélvicas, hombro, encajamiento tardío de la cabeza o imposibilidad del mismo, anormalidades de la rotación, prolapso del cordón y alteraciones de la contracción uterina: incoordinaciones, hipersistolias, inversión del gradiente) (13-13-14).

CUADRO Nº 5
TIPO DE PRESENTACIONES

Tipo de Presentación	Nº de casos	Porcentaje
Cefálica	27	57.45
Pélvica	9	19.15
Transversa	11	23.40
Total	47	100 %

En 20 casos (42.55 %) correspondieron a presentaciones viciosas, dato que debe ser considerado en la conducta obstétrica a seguir. 15 de estos casos, o sea el 31.92% fueron manejados por vía vaginal; 9 correspondieron a óbitos, tanto en presentación pélvica como transversa, 5 (10.21%) y 4 (8.16 %) respectivamente, tomándose en cuenta que la condición del cervix permitía una maniobra vaginal sin aumentar el riesgo materno.

CUADRO N° 6
TIPO DE EMBARAZO

Producto	Nº de casos	Porcentaje
Unico	45	95.74
Gemelar	2	4.26
Total	47	100 %

En la serie un total de 45 casos (95.74%) se presentaron con producto único y 2 casos (4.26%) con producto gemelar.

En la evaluación de las pacientes al ingreso se tomaron también en cuenta los siguientes factores: a) Condición cervical, c) Cantidad y número de sangrados.

Se detallan en los siguientes cuadros:

CUADRO N° 7
CONDICION CERVICAL

Dilatación Cms.	Nº de casos	Porcentaje
1	6	12.77
2	16	34.04
3	7	14.89
4	9	19.15
5	7	14.89
6	2	4.26
Total	47	100 %

CUADRO N° 8
SANGRADOS ANTES DEL INGRESO

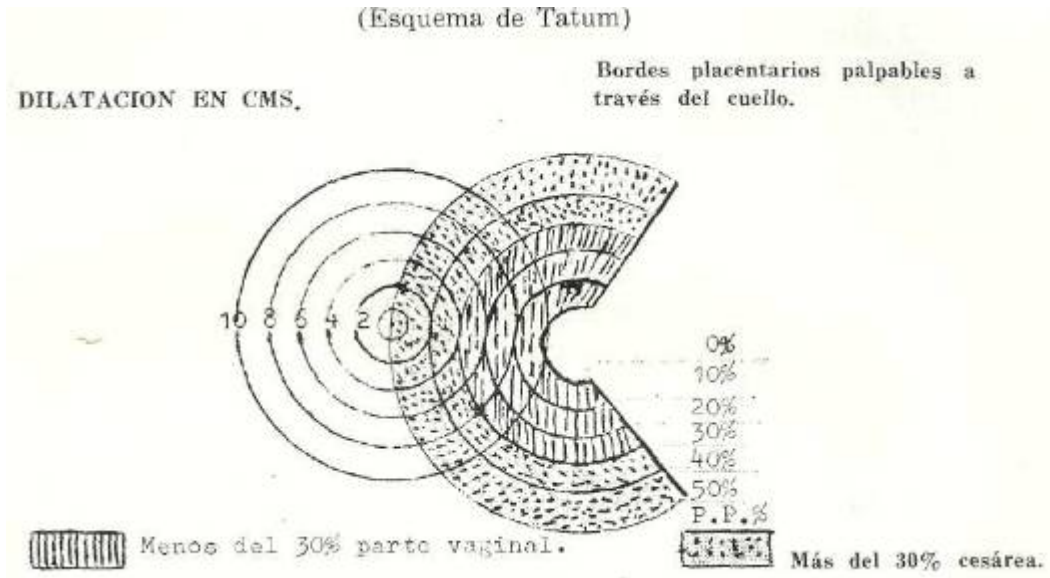
Frecuencia	Nº de casos	Porcentaje
1 vez	34	72.34
2 veces	5	10.64
3 veces	7	14.89
4 veces	1	2.18
Total	47	100 %

*

Estos dos factores son de gran importancia y se complementan para decidir la conducta obstétrica más indicada en cada caso en particular.

A mayor dilatación y menor sangrado conducta expectante, menor dilatación y mayor sangrado conducta más intervencionista, teniendo muy en cuenta siempre el tipo de placenta previa y las condiciones materno fetales generales (1).

RELACIONES DE LA PLACENTA PREVIA CON EL CERVIX
(Esquema de Tatum)



CUADRO Nº 9

TIPO DE PLACENTA

Clasificación	Nº casos	Porcentaje
Lateral	2	4.36
Marginal	17	36.17
Oclusiva parcial	9	19.15
Total	47	100 %

Se observó una mayor incidencia de la placenta previa oclusiva total, 19 casos con un 40.43 % del total. Según la mayoría de los autores en cuanto a variedad de inserción placentaria es más común en el orden siguiente:

- a) Inserción baja (lateral y marginal).
- b) Oclusiva parcial,
- c) Oclusiva total.

Por lo que nuestras estadísticas están en oposición a estos conceptos pero si coincidiendo con las de Nieminen y Billy (15-16).

CUADRO Nº 10
CONDICION FETAL AL INGRESO

Producto	Nº de casos	Porcentaje
Óbitos	11	22.45%
Vivos	38	77.55%
Total	49	100 %

El diagnóstico de ingreso en relación a la condición fetal se consignó en el total de expedientes revisados (47) 38 productos vivos (77.55%) y 11 óbitos (22.45%) debemos aclarar que en la serie hubo 2 embarazos múltiples (gemelar). Esta situación varió muy poco al hacerse la tabulación final de la condición fetal en *relación* a la conducta obstétrica seguida. En los cuadros subsiguientes se analizan los resultados de la conducta obstétrica y la condición fetal nacidos vivos y óbitos.

CUADRO Nº 11
CONDUCTA OBSTETRICA

Conducta obstétrica	Nº de casos	Porcentaje
Cesárea segmentaria	32	68.08
Parto vaginal cefálico	6	12.77
Parto vaginal podálico	5	10.64
Extracción podálica	4	8.15
Total	47	100 %

Correspondió un total de 68.08% 32 casos a la vía abdominal; 15 (31.92%) a la vaginal **porcentajes** similares a las de otros autores tanto nacionales como internacionales (2-7-K).

CUADRO Nº 12
CONDICION FETAL
EN RELACION AL PROCEDIMIENTO OBSTETRICO

Procedimientos	Nacidos vivos		Óbitos	Porcentaje
Cesárea	32	65.31%	2	4.08
Parto en cefálica	4	8.16%	2	4.08
Extracción podálica	0	—	4	8.15
Parto pélvico	0	—	5	10.21
Totales	36	73.51	13	26.53%

Cabe **mencionar** aquí que el diagnóstico de ingreso fue correcto al referirse a los productos muertos ya que los 2 del recuento final correspondieron al gemelo con espina **bífida**, y el otro a una combinación de placenta previa con desprendimiento **placentario** que falleció inmediatamente después de la extracción por vía **abdominal**.

Aunque no es el propósito de nuestro trabajo analizar la conducta obstétrica seguida creemos necesario aclarar que los partos por vía vaginal sucedieron bajo la vigilancia obstétrica más estricta y tomadas todas las medidas de urgencia pertinentes (sangre, quirófano, etc.) quedando sobre entendido que las condiciones del **cervix** y el tipo de inserción **placentaria** lo permitían. De este total de 15 pacientes manejados por la vía vaginal 6 casos (12.24%) correspondió a la presentación **cefálica**, **5 (10.21%) podálicas** y 4 (**8.16%**) transversas, solamente 4 casos eran productos vivos. Se practicó amniorrexis y conducción en los casos de: a) presentación cefálica, b) presentación podálica, y en las transversas amniorrexis seguido de extracción podálica y vaciamiento cefálico para reducir los **diámetros** de la cabeza **última**, la revisión de cavidad fue practicada en todos los casos.

Solamente se registraron dos pequeños desgarros laterales de cervix que fueron suturados.

CUADRO N° 13

MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL

	Nº de casos	Porcentaje
Muerte fetal total	13	27.66
Muerte materna	1	2.13
Absceso pared	3	6.77
Laceración cervical	2	4.90
Sin complicaciones	28	58.54
Total	47	1.00 %

El porcentaje de muertes fetales corresponde a las tasas registradas en otras estadísticas, r -secuencia directa de la **premadurez** de los productos e **indudablemente** condicionado por el shock en que llegan muchas pacientes; en la serie se registraron 13 casos (**27.66%**) con shock hipovolémico de los cuales coincidieron con óbito fetal, las otras 2 muertes se presentaron en un gemelo con espina bífida y meningocele, correspondiendo el otro a un caso de placenta previa con desprendimiento **placentario** parcial, lo que hace una **mortalidad** fetal corregida de 4.0891.

La muerte **materna** registrada no fue atribuida al cuadro de placenta previa, sino que a una reacción post **transfusional** por incompatibilidad sanguínea, —hecho verdaderamente lamentable que no debió **suced**er.

C O N C L U S I O N E S

1. —Se estudian 47 casos de placenta previa registrados en el Hospital Vicente D'Antoni comprendidos de julio 1962 a julio 1968. Durante ese período se atendieron 3.509 partos presentándose una placenta previa por cada 75 partos con una incidencia de 2.14%.
2. —Que la incidencia de 2.14% la consideramos altísima al compararla con otras estadísticas tanto nacionales como internacionales y creemos deberse a la gran concentración de patología en nuestros servicios provenientes de la ciudad, lugares circunvecinos, y departamentos **limítrofes**, y al alto **índice** de infecciones pélvicas.

3. —El 63.73% (30 casos) estuvieron comprendidos en O y IV paridad diferente a la distribución de otros autores con casos acumulados en pacientes de alta paridad. Nuestra distribución es similar a la de otros trabajos de igual índole tabulados en el país.
4. —El 42.55% de casos se acompañaron de presentaciones distócicas.
5. —Se observó una mayor incidencia de placenta oclusiva total 40.43% contrario a las estadísticas consultadas.
6. —El índice de mortalidad fetal total registró 27.66 % de la serie 13 casos; mortalidad corregida 4.087' y la materna 1 caso, 2.13%, muerte atribuida a reacción post **transfusional**.
7. —La operación cesárea debe de hacerse de elección sobre todo en los casos de mucho sangrado, condición cervical incompatible con un trabajo de parto rápido; en nuestra serie se practicó en 32 casos (68.08%).
8. —El tacto vaginal deberá practicarse únicamente para diagnóstico de estado **cervical**, posibilidades de parto en relación al tipo de inserción placentaria y en medio hospitalario con las previsiones del caso (.sangre, quirófano listo).
- 9.—Los otros recursos obstétricos tales como la maniobra de Baxton Hicks deberá realizarse solamente con producto muerto, condición cervical favorable y en medio hospitalario; pero sí somos partidarios de practicarlo en las zonas rurales donde las vías de comunicación no permiten el traslado rápido a medios hospitalarios.

R E S U M E N

Se analizan 47 casos de placenta previa con una incidencia de 2.14% mayor que las reportadas por otros autores en trabajos similares. Se hace una distribución de casos por edades de las pacientes correspondiendo la mayor incidencia al quinquenio 26-30 (25.53%). Se obtuvo un mayor porcentaje en mujeres de baja paridad (63.73%). El 70.31% correspondió a embarazos entre la 36 y 40 semana. Respecto a la variedad de presentación la cefálica predominó sobre las demás (57.45%). Con producto único 95.75%. El promedio de sangrados antes de la hospitalización fue de 1-4 veces. La clasificación clínica demostró un mayor porcentaje en las P. P. oclusiva total, 40.43% (19 casos); mortalidad fetal total 27.66%. (13 casos), corregida **4.08%** (2 casos); muerte materna 1, (2.13%). Se resolvieron por vía abdominal 32 casos (68.08%). Parto vaginal, **31.92%**.

S U M M A R Y

47 cases of placenta previa are analyzed by the authors. The overall incidence seems to be higher than that reported by others (2.14%). The higher incidence was found among women with lower parity about the 36th-40th week of pregnancy. The fetal mortality was of **27.66%** and only one case of maternal mortality occurred.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. —BENSON, R. C: Manual de Ginecología y Obst. Pág. 255.
2. —**ATUAN SIMAN**, J.: Placenta previa en el Instituto Hondureño del Seguro Social (Tesis 1968, pág... 16).
- 3.—H. TULZER: Modern view points of the management of placenta previa. Intern. Obst. Surg. Gynec. and Obst. **102**: N* 4, 376, 1956.
- 4.—SMITH KAIGHN: Cesarean section 17. The treatment of placenta previa. ínter. Obst. Surg\ & Gynec. Obst. 104: N? 4, 371.
- 5.—NUBIOLA ZARATE: Tratado de Obstetricia, Tomo **II**, 751.
- 6—POOTE, W. R. and W. D. FRAZER: Placenta previa. Int. Surg. Gynec. Obst. **III**: N? 5, 469.
- 7.—S. KRUSCHWIFT: Treatment of placenta previa. Intern. Obst. Surg. Gynec. and Ohst. **112**: N<? 5, 475.
- 8.—WILLIAMS: Tratado de Obstetricia. 584, 1960.
- 9.—The cause of placenta previa. ínter. Obst. of Surg. Gynec. Obst. 5: 479.
- 10.—JAMES P. SEAMMENS: The role of conservative management in a controlled study. Intern. Obst. Surg. Gyn. Obst. **109**: N? 4, 370.
- 11.—PAUL PODEWITS: ínter. Obst. Surg. Gyn. Obst. 122: N<? 2, 440.
13. CALDEYRO BARCIA, Col.: Contractilidad uterina normal y anormal en el parto. Rev. Triángulo, 3.
- 14.—CALDEYRO BARCIA, Col.: Fisiopatología de la contracción uterina. Memorias II Congreso La. 41, 1955, Ginec. 1944.
- 15,—c. CASTRO LOVO, Col.: Hemorragias del Tercer Trimestre del Embarazo. Monografías Ginec. y Obst. A. Merghou. 9, 1965.
- 16.—NIEMINEN, U: Placenta previa and low implatation of the placenta. Oct. Obst. & Gyn. Scand. 42: 339, 1964.