

11217
136
20y



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital General de Acapulco, Gro.
Secretaría de Salud

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título en la especialidad de
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

p r e s e n t a

DR. NEFTALI NUCAMENDI PETRIS



**TESIS CON
FALLA DE ORDEN**

México, D. F.

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORCOINSERTA.

<u>INDICE:</u>	Pags.
Introducción.....	1
Nomenclatura.....	2
Definición.....	3
Frecuencia.....	4
Etiología.....	6
Epidemiología.....	7
Patología.....	8
Cuadro clínico.....	10
Diagnóstico.....	12
Diagnóstico diferencial.....	13
Tratamiento.....	15
<u>REVISION EN EL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO GRO.</u>	
Material y Método.....	18
Resultados.....	20
Gráficas.....	26
Conclusiones.....	34
Sugerencias.....	35
Bibliografía.....	37

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA.

INTRODUCCION:

Es una patología que se presenta en la segunda mitad del embarazo siendo su principal signo el sangrado transvaginal.

Es un padecimiento que tiene relación estrecha con el medio socioeconómico por ende con la nutrición e higiene; El control prenatal juega un papel fundamental para diagnosticar oportunamente enfermedades predisponentes del DFPNI.

El manejo moderno del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta ha reducido en forma notable la frecuencia de las muertes maternas, pero ha resultado ser menos efectivo para mejorar el índice de supervivencia fetal y neonatal. El persistente alto índice de mortalidad perinatal es consecuencia principal de la pérdida de sangre y del parto pretérmino, hechos, ambos, difíciles de prevenir. También puede estar disminuido el desarrollo fetal. Dicho retardo en el crecimiento ha sido informado en algunos, mas no en todos, los estudios de este trastorno.

Se hacen algunas consideraciones, primeramente, acerca de la etiología, patología, cuadro clínico, con el fin de hacer el diagnóstico oportuno y evaluar nuestros métodos diagnósticos y terapéuticos para mejorar la atención de nuestros pacientes.

Posteriormente, se presenta una revisión retrospectiva de los expedientes clínicos de los pacientes que ingresarán al Hospital General de Acapulco, Gro. SSA por DFPNI desde el 10. de Enero de 1985 al 31 de Diciembre de 1987.

NOMENCLATURA.

La separación de la placenta a partir de su lugar de implantación en el útero antes del parto ha sido denominado de múltiples formas: desprendimiento de la placenta, abruptio placentae, ablatio placentae y separación prematura de la placenta implantada normalmente.

La expresión desprendimiento prematuro de la placenta implantada normalmente es la más descriptiva, porque diferencia la placenta que se separa prematuramente pero que está implantada lejos del orificio cervical interno de la que se halla en el orificio cervical externo, es decir, la placenta previa. No obstante, el término resulta poco práctico; de ahí que se empleen las frases abruptio placentae y abrupción placental. La expresión abruptio placentae que significa disgregación de la placenta en dos trozos, presupone un accidente agudo, característica clínica de la mayoría de los casos de esta complicación. La expresión ablatio placentae significa una translación de la placenta análoga a la ablatio re-tinae, este término no se emplea muy a menudo. El término más usado comúnmente en Gran Bretaña para esta complicación es el de hemorragia accidental. Los fundamentos para su empleo se basan en que la enfermedad es un accidente, en el sentido de una incidencia que ocurre de modo imprevisto, en contraste con la hemorragia inevitable de la placenta previa, en la cual es difícil evitar la pérdida de sangre a causa de las relaciones anatómicas existentes entre la placenta y la dilatación del cuello. Teniendo en cuenta que el término hemorragia accidental puede sugerir la idea de traumatismo, lo cual ocurre rara vez en estos casos, poco se usa en Estados Unidos. (11).

DEFINICION Y CONCEPTO.

Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina, --- siempre que ocurra después de las veinte semanas de gestación y antes del tercer período del parto.

Es un accidente agudo, éste es una urgencia -- obstétrica, con riesgo grave para la madre y el feto. Es incompatible con la continuación del embarazo y por lo mismo su diagnóstico debe ser preciso, -- para descartar otras causas de sangrado antes de -- iniciar la terapéutica. (11)

FRECUENCIA.

La frecuencia con que se diagnostica depende de los criterios que se empleen. Por ejemplo, en los casos en que durante la segunda fase del parto el feto pasa lentamente del útero a la vagina, puede desprenderse parcialmente la placenta. Algunos obstetras -- llamarán a este cuadro abruptio placentae y otros no lo harán. Este hecho, por sí mismo, bastará para modificar de forma importante la frecuencia registrada.

La frecuencia en el área de Dallas ha sido de 1 por cada 86 partos. En el Parkland Memorial Hospital aplicando el criterio de DPPNI cuando éste es tan -- grave que causa la muerte del feto, la insidencia ha sido de 1 por 500 partos. Sin embargo, al haber disminuido la multiparidad de las mujeres atendidas y -- aumentar la disponibilidad de transporte de urgencia en la comunidad más recientemente, la frecuencia de DPPNI fatal para el feto se ha reducido a 1 de cada 750 partos . (11).

En el centro perinatal de Memphis, Tennessee, -- la frecuencia de DPPNI ha sido de 1 por cada 89 partos. La tasa de mortalidad perinatal fue de 36.5% -- para todos los casos. (1).

En Cincinnati encontraron un caso por cada 77 -- partos con una tasa de mortalidad perinatal de 30.5%

En Birmingham, Inglaterra, hallado una tasa -- de mortalidad perinatal asociada a DPPNI de 35%.

Resulta evidente que el DPPNI es un problema -- obstétrico frecuente de especial gravedad para el fe to y el recién nacido, ya que aunque el feto sobrevi va el neonato puede morir o, si no es así, presentar grandes problemas. (1).

Por ejemplo, de los 182 lactantes que sobrevivieron a una DPPNI en el estudio de Abdella y colaboradores (1984), 25 mostraron importantes alteraciones neurológicas en el primer año de vida. (1).

Hoy día la muerte materna por esta causa es rara pero la morbilidad es común y puede ser grave -- por las razones que siguen.

El DPPNI es una complicación relativamente frecuente en el embarazo y, desde luego, puede comprometer gravemente la salud de la madre, produciendo al mismo tiempo morbilidad y mortalidad en el feto y el recién nacido. Por razones poco claras, y a pesar de los ingentes esfuerzos realizados por múltiples organizaciones para lograr mayores éxitos en obstetricia, no se le ha prestado la atención debida. (11) (12).

ETIOLOGIA.

La causa principal del DPPNI se desconoce, pero -- se han evocado como factores etiológicos en la mayoría de los casos a la toxemia; El traumatismo externo, un cordón umbilical inusitadamente corto, o una anomalía o tumor uterinos podrían estar implicados muy rara vez el hidramnios con descompresión uterina brusca y el -- desprendimiento de la placenta fueron infrecuentes.

Grados menores de desprendimiento pueden aparecer poco antes del parto de un feto único cuando el líquido amniótico ha drenado a partir del útero y el feto -- ha descendido hasta que la cabeza se ha situado en el -- perineo. Con los gemelos, la descompresión despues del parto del primer feto puede conducir a la separación -- prematura de la placenta que constituye un riesgo para el segundo feto.

Experimentalmente se ha descrito que la obstrucción de la vena cava y de las venas ováricas produce -- desprendimiento de la placenta. Sin embargo, existen -- algunos casos de ligadura de las venas ováricas y de -- la vena cava inferior durante el tercer trimestre del -- embarazo en los que no se produce dicho desprendimiento. (8).

Hibbard y Jeffcoate (1966) y otros autores han -- afirmado que la deficiencia de ácido fólico tiene un -- papel etiológico en el desprendimiento de la placenta -- la hipótesis ha sido cuidadosamente examinada por Whal y cols. (1969), Alperin y cols. (1969) y otros investigadores más recientemente, los cuales no encontraron -- pruebas para sostener esta hipótesis. (2) (8).

Marbury (1983) sugieren que el cosumo de etanol -- por la madre predisponen al DPPNI. (11).

EPIDEMIOLOGIA.

Esta patología es cinco veces más frecuente en multigestas (más de cinco gestas) y en mujeres añosas (más de 35 años), pero no excluye a las de menos gestaciones o más jóvenes. Se encuentra más frecuentemente en pacientes con bajo nivel socioeconómico. Existe predisposición también en embarazos gemelares, tabaquismo y alcoholismo. (11).

RECIDIVA.

En el pronóstico de las mujeres que han presentado ya un desprendimiento prematuro de placenta es de considerable importancia recordar que el riesgo de recidiva en un embarazo posterior es mucho mayor que en la población general. Paterson (1979) observó una tasa de recidivas de 1 por 18 embarazos. Fritchard y cols. (1970) encontraron una tasa de 1 en cada 10 gestaciones.

Es evidente que la probabilidad de recidiva hace de cualquier gestación posterior un embarazo de alto riesgo. El control de este último es difícil, ya que el desprendimiento puede producirse en cualquier momento, incluso lejos del término. (11).

PATOLOGIA.

En pacientes predispuestas a esta complicación, la rotura espontánea de los vasos del lecho placentario puede ser debido a una falta de elasticidad o a otras alteraciones de la vascularización del útero. El problema se complica con la hipertensión y con el hecho de que el útero, estando aún distendido, no puede contraerse suficientemente como para cerrar los vasos espirales. La hipovolemia secundaria a la pérdida de sangre del torrente circulatorio materno si es suficiente, puede llevar al shock. La sangre fluye por debajo de la placenta, desprendiéndola completamente o parcialmente y puede, eventualmente, separar las membranas de la pared uterina y encontrar una vía a la vagina; si no hay una salida fácil para la sangre, su presión, puede causar rotura de las membranas fetales hacia el saco amniótico o puede extravasarse a las fibras del miométrio, o ambas cosas. Esto aumenta el tono y la irritabilidad uterina y la relajación uterina es incompleta. Son frecuentes las áreas de equimosis. Si la extravasación es lo suficientemente importantes como para que todo el útero adquiera un color azul o violáceo, o para evitar que se contraiga normalmente después del parto se describe el cuadro como apoplejía uteroplacentaria o útero de Couvelaire. En estos casos, el útero está leñoso y sensible antes del parto.

Como resultado de la lesión miometrial y coágulo retroplacentario, se liberan enormes cantidades de tromboplastina a la circulación materna; en casos graves se produce una coagulación intravascular diseminada. Gran parte de ella se destruye con la fibrinolisina circulante, pero el resto de la fibrina acumulada en los vasos y en el coágulo retroplacentario puede ser suficiente para agotar el fibrinógeno.

geno con más rapidez que con la que puede ser reemplazada. La coagulopatía de consumo resultante puede dar lugar a una mayor hemorragia del útero, así como de otros órganos.

La lesión renal es una consecuencia predecible de la anterior cadena de acontecimientos. La perfusión renal puede estar alterada por el espasmo vascular debido al shock o por la coagulación intravascular. La oliguria y proteinuria pueden ser signos de que presagian ya sea una necrosis tubular aguda que puede ser reversible o una necrosis aguda cortical que no es reversible.

El tiempo parece ser un factor importante en el desarrollo de defectos de coagulación a lesiones renales. cuanto más sea el intervalo antes del parto más probables y más serias serán estas complicaciones.

Los efectos sobre el feto dependerán, en gran medida, del grado de desprendimiento de la superficie placentaria. La separación marginal puede no tener efecto aparente. Grados de separación intermedios pueden causar afectación fetal de acuerdo con el grado de afectación del intercambio fetoplacentario y del grado de afectación de la irrigación uterina secundaria a la contracción de la musculatura uterina parcial y continua. En casos graves de abrupcio total, o casi total, la anoxia fetal grave y la muerte fetal son prácticamente seguras. (12).

SIGNOS Y SINTOMAS.

A).- Abruptio Placentae Leve.

En el desprendimiento prematuro de la placenta marginal o de pequeña intensidad, normalmente no hay evidencia de efectos sobre el feto, los tonos fetales permanecen fuertes y regulares y no hay movimientos--fetales excesivos. Los signos vitales maternos no varían, ya que solo hay una mínima pérdida hemática de la circulación materna. Puede producirse una hemorragia vaginal escasa o moderada (a no ser que la hemorragia sea completamente oculta) y el útero puede no relajarse completamente entre las contracciones. Una vaga molestia en hipogastrio y dolor a la palpación pueden estar o no presentes. Las maniobras de Leopold pueden ser difíciles de realizar a causa de que cada palpación para localizar el feto puede desencadenar una intensa contracción uterina. Aunque estos signos no suelen ser suficientes como para tomar medidas, la irritabilidad uterina debe valorarse seriamente, ya que puede concluir en un grado mayor de desprendimiento. En algunos casos la hemorragia externa, normalmente oscura, es el único signo, y el diagnóstico diferencial debe hacerse, sobre todo, con la placenta previa.

B).- Abruptio Placentae Moderado.

La separación de un cuarto, pero menos de dos tercios, de la superficie placentaria de la pared uterina, se considera abruptio placentae moderado. Inicio de los síntomas puede ser gradual, empezando con síntomas de separación leve o puede ser brusca con la súbita aparición de dolor abdominal continuo (uterino) que va seguido rápidamente de hemorragia oscura. Aunque la hemorragia externa normalmente es de moderada cantidad, la pérdida de sangre total de la circula---

ción puede ser de 1.000 ml. en el momento de explorar a la enferma puede haber o no síntomas evidentes de shock (piel fría, taquicardia, hipotensión, oliguria), y el feto puede o no mostrar signos de sufrimiento. El útero es claramente doloroso a la palpación y dará mayor valor diagnóstico, muestra un tono basal alto. independientemente de otros signos previos o asociados, la falta de relajación uterina entre las contracciones sugiere, inevitablemente, la posibilidad de un desprendimiento precoz de la placenta. A causa de la contracción uterina mantenida, el tono cardíaco fetal puede auscultarse con dificultad. Un detector ultrasónico puede ser necesario para determinar el estado fetal. El parto si no está ya en marcha suele iniciarse en el transcurso de dos horas. Las coagulopatías y las secuelas renales pueden presentarse en ambas formas de abruptio leve y moderado, pero son más frecuentes en la forma grave. C).- Abruptio Placentae Grave.

En este caso de DPPNI más de dos tercios de la placenta esta separada del útero. El inicio es casi siempre brusco, sin signos premonitorios o algunos muy breves. El cuadro clínico es clásico. El dolor uterino es agobiante, se describe como desgarrador como una puñalada, y no cede. El útero esta leñoso y muy sensible. La hemorragia externa es normalmente moderada e incluso puede no haber hemorragia hacia el exterior. El feto esta casi siempre muerto; el shock se instala con una rapidez pasmosa, a no ser que la situación se controle rápidamente, es de esperar la aparición de oliguria y coagulopatía. (12).

DIAGNOSTICO.

Hurd y cols. (1983) efectuaron un estudio prospectivo relativamente pequeño pero notable del desprendimiento prematuro de la placenta, excluyendo la placenta previa por ecografía, en el que identificaron la frecuencia de aparición de distintos signos y síntomas importantes. (3). (9).

SIGNO O SINTOMA.	FRECUENCIA
Hemorragia vaginal	78 %
Dolor a la palpación del útero	66 %
Sufrimiento fetal	60 %
Hipertonía	34 %
Parto prematuro	22 %
Feto muerto	15 %

Obsérvese que el 15 % de los casos fueron diagnosticados de parto prematuro hasta que se demostró sufrimiento fetal posterior, incluyendo muerte fetal, hemorragia grave, dolor lumbar, dolor a la palpación del útero, contracciones uterinas rápidas o hipertonia uterina -- persistente, bien de manera aislada o bien, lo que era -- mas frecuente en combinación. Los autores pudieron reconocer por ecografía el hematoma retroplacentario únicamente en 1 de cada 59 casos. Por tanto, una ecografía -- negativa no excluye el diagnóstico de grados peligrosos de abruptio placentae. (13).

A).- Estudios complementarios.

Biometría hemática, general de orina con sondeo, glicosa, creatinina, plaquetas, tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina.

Evaluar la formación y retracción de coágulo: normalmente la sangre coagula a los ocho ó doce minutos, pero si ésto no sucede, es probable que los niveles de fibrinógeno estén por debajo de 100 mg. por 100 ml. La desintegración del coágulo en el término de 30 minutos indica fibrinolisis. Electrolitos y gases en sangre cuando se sospeche insuficiencia renal o estado de shock.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

En general, aunque no siempre, los casos graves de abruptio placentae presentan los signos y síntomas clásicos que permiten hacer el diagnóstico; los casos de gravedad moderada, más frecuentes, pueden ser difíciles de identificar, sin embargo, y a menudo es preciso hacer un diagnóstico de exclusión. Por tanto, cuando aparece una hemorragia vaginal en el tercer trimestre suele ser necesario recurrir a la exploración clínica y a la ecografía para descartar placenta previa y otras causas de hemorragia. Se ha dicho a menudo, quizá con cierto aire de justificación, que la hemorragia uterina dolorosa es signo de abruptio placentae, mientras que la indolora lo es de placenta previa. Por desgracia, el diagnóstico diferencial, no es tan fácil. La dilatación de una placenta previa puede producir dolores que sugieren un desprendimiento prematuro. Por otra parte, éste da lugar a veces a molestias análogas a las del parto normal.

Desgraciadamente, no existen métodos diagnósticos o pruebas de laboratorio que permitan identificar con precisión los grados menores de desprendimiento de la placenta a veces, la causa de una hemorragia vaginal permanece oculta incluso después del parto.

Los casos clínicos de abruptio placentae con dolor choque y rigidez uterina, y ruidos cardiacos fetales --- ausentes pueden aparecer en el segundo trimestre del -- embarazo. Estos casos presentan las mismas complicacio-- nes que los embarazos mas avanzados, y causan a veces, -- la muerte de la mujer a menos que ésta sea tratada adecuadamente. (11).

TRATAMIENTO.

A).- Abruptio placental leve.

Cuando hay una hemorragia externa escasa o moderada, el útero parece relajarse bien y no hay distress -- fetal, deberá diferenciarse el abruptio de la placenta previa, si la hemorragia externa para y si no aparecen nuevos signos de desprendimiento después del período de ambulación y observación, la paciente debe ser enviada a su casa. Por supuesto, se le darán toda serie de normas completas e inequívocas sobre las circunstancias ante los cuales debe reingresar en el hospital. Si se descarta la placenta previa, pero persiste una hemorragia moderada, debe realizarse una exploración vaginal con espéculo si no se observa ninguna lesión cervical ó vaginal que explique la hemorragia y si la pérdida hemática es escasa, el médico esperará el inicio del parto o la aparición de nuevos signos que sugieran la necesidad de intervenir. Si la paciente está ya de parto debe romperse la bolsa lo cual normalmente acelera el parto y disminuye la hemorragia a causa de la adaptación uterina a un contenido mas pequeño. Una infusión de oxitocina ayudará si el parto es incordinado ó intermitente.

Si la época del embarazo es posterior a 37 semanas debe realizarse una exploración después del ingreso en el hospital. Si se descarta placenta previa debe romperse la bolsa e iniciar un goteo de oxitocina, si no se inicia rápidamente el parto. La monitorización electrónica del feto es esencial. La hemorragia continua, el fallo del útero para relajarse entre las contracciones o aparecen signos de sufrimiento fetal son indicaciones de cesárea.

B).- Abruptio placental moderado.

Los objetivos inmediatos del tratamiento del ---- abruptio placentae moderado son la restauración de la - pérdida hemática y llevar a cabo el parto. Otros objeti-- vos es mantener la vigilancia constante sobre el feto y anticiparse y evitar los efectos de coagulación.

Cuando de diagnostica un abruptio placentae con -- shock establecido o con amenaza del mismo, deben tomarse las medidas siguientes al momento y de forma simultanea se deben cruzar por lo menos 3 unidades de sangre y con dicionar su administración a las necesidades; se debe -- cateterizar vena con un catéter largo e iniciar un go-- teo de solución ringer lactato ó un expansor de plasma- que no sea el dextrano.

Debe practicarse una exploración vaginal y romper- la bolsa independientemente de si la paciente está cho- cada y de si se espera un parto abdominal o vaginal. El- criterio estandar de tratamiento establece que debe -- iniciarse una solución de oxitocina hasta que se inicia el parto realmente y que debe realizarse una cesarea si se produce una distress fetal puesto de manifiesto por- cambio en el latido cardiaco fetal y en el registro --- obtenido en monitorización interna ó por acidosis fetal tambien en caso de no iniciarse el parto de forma efec- tiva en 6 horas antes de la operación debe realizarse - un estudio de coagulación y corregir los posibles defeg- tos. Si el shock está ya establecido, o parece inminente- debe colocarse rápidamente un cateter para control de-- presión venosa central, colocar sonda de foley para esta- blecer un control exacto de diuresis, se inicia una moni- torización fetal electrónica.

Más recientemente se emplea la cesárea con mayor liberalidad en el tratamiento de los casos de abrupcio-placentae leve y moderado. En el estudio de Kanb, de 338-casos el 75 % de las muertes fetales se produjeron 90-minutos después de que la enferma ingresó en el hospital, y casi un 70 % de las muertes fetales se produjeron en niños que habían nacido más de 2 horas después del momento del diagnóstico. En estos casos, un parto abdominal precoz hubiera prevenido algunas de estas muertes.

C).- Abruptio placentae severo.

Los procedimientos terapéuticos establecidos para los casos de abrupcio placentae moderado son aplicables para los casos de abrupcio placentae grave excepto que se necesita transfusión en un mayor porcentaje de casos los defectos de coagulación son más graves y necesitan vigilancia más estricta y con raras excepciones, hay que olvidarse del feto ya que es casi seguro que esté muerto. Cuando existen alteraciones de la coagulación, la posibilidad de que la hemorragia sea importante aumenta a medida que la intervención es más amplia. Por tanto, es absurdo intentar disminuir profilácticamente la pérdida de sangre practicando una histerectomía. A veces, aunque afortunadamente con poca frecuencia, no hay más remedio que llevar a cabo la intervención debido a que el útero sufre un amplio desgarro ó simplemente, no se contrae lo suficientemente como para conseguir la hemostasia de el lecho placentario. Si el cuello uterino está intacto, una histerectomía supracervical hará que la pérdida de sangre sea menor que la secundaria a una histerectomía total. Por las razones ya consideradas, el útero de Couvelaire no es por si mismo una indicación de histerectomía.

(12).

DPFNI: REVISION EN EL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO GRO.

Después de tener un panorama general de este padecimiento se realiza una revisión de algunos aspectos importantes de ésta patología en la población que estamos acostumbrados a manejar, no teniendo antecedente alguno de un estudio de este tipo en esta Institución.

MATERIAL Y METODO:

En base al archivo clínico del Hospital General de Acapulco Gro. se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes que habían ingresado al Hospital desde el 1o. de Enero de 1985 al 31 de Diciembre de 1987 con diagnóstico de DPFNI.

Se analizaron los siguientes parámetros:

- 1.- Edad de la paciente.
- 2.- Estado civil.
- 3.- Escolaridad.
- 4.- Ocupación.
- 5.- Nivel socioeconómico.
- 6.- Hábitos higiénico dietéticos.
- 7.- Antecedentes gineco-obstétricos.
- 8.- Control anticonceptivo previo.
- 9.- Control prenatal.
- 10.- Semanas de gestación.

- 11.- Diagnóstico de ingreso.
- 12.- Cuadro clínico.
- 13.- Tipo de terminación del embarazo.
- 14.- Si la patología fué hallazgo quirúrgico.
- 15.- Muerte fetal.(in útero).
- 16.- Muerte neonatal.
- 17.- Peso del producto.
- 18.- Apgar de los productos.
- 19.- Exámenes del laboratorio.
- 20.- Procedimiento quirúrgico realizado.
- 21.- Porcentaje de desprendimiento placentario.
- 22.- Porcentaje de infiltración uterina.
- 23.- Evolución hospitalaria.
- 24.- Dias de estancia.
- 25.- Control anticonceptivo posterior.
- 26.- Complicaciones.
- 27.- Patología agregada.

RESULTADOS.

Se encontraron un total de 20 expedientes clínicos de pacientes con ésta patología.

La edad de la mayoría de las pacientes con desprendimiento prematuro de placenta normoinserata oscilaba de 20 a 25 años un 30 %, de 35 a 40 años un 30 %, de 30 a 35 un 20%, de 15 a 20 años un 15 % y de 25 a 30 años un 5 %.

Encuanto a su estado civil la gran mayoría eran pacientes casadas: 18 pacientes que significan un 90 %, y las 2 restantes que significa el 10 % mantenían unión libre.

La escolaridad de las pacientes fué bajo, 17 pacientes que nos representa un 85 % tenían primaria terminada, 1 paciente analfabeta (5%), 1 paciente con secundaria terminada (5%), 1 paciente con profesional terminada (5%).

En 18 pacientes (90%) se dedicaban a las labores del hogar. 1 paciente (5%) comerciante. 1 paciente (5%) se dedicaba a las labores del campo.

El nivel socioeconómico era bajo, como el de la mayoría de las pacientes que acude al Hospital General; 19 pacientes (95%) pertenecían al nivel socioeconómico bajo y 1 paciente (5%) pertenecía al nivel medio, como es de suponer sus hábitos higiénico dietéticos fueron deficientes en 19 pacientes (95%), solo 1 paciente (5%) tenía hábitos regulares.

En los antecedentes gineco-obstétricos presentaron su menarca 7 pacientes (35%) a los 14 años -- 5 pacientes (25%) fué a los 12 años, otras 5 pacientes (25%) fué a los 13 años y 3 pacientes (15%) fué a los 15 años.

El inicio de la vida sexual activa fué de 5-pacientes (25%) a los 16 años, 4 pacientes (20%) a los 15 años, 4 pacientes (20%) a los 18 años, 4-pacientes (20%) a los 22 años, 2 pacientes (10%) a los 19 años y 1 paciente (5%) a los 17 años.

La paridad se encontró de la siguiente manera 5 pacientes (25%) con 8 gestaciones, 4 pacientes - (20%) con 6 gestaciones, 4 pacientes (20%) con 4 -- gestaciones, 3 pacientes (15%) con 5 gestaciones -- 3 pacientes (15%) con 3 gestaciones, y solo 1 pa--- ciente fué primigesta.

Encuanto a la contracepción prévia 16 pacien- tes (80%) no utilizaron ningún método, únicamente- 4 pacientes (20%) utilizaban hormonales-orales.

En base al control prenatal se puede obser-- var una clara apatía de la paciente para recurrir- a los servicios médicos. 19 pacientes (95%) no te--- nía control prenatal. 1 paciente (5%) tuvo control prenatal esporádico.

SEMANAS DE GESTACION:

Semanas.	No. de casos.	Porcentaje
15 - 20	0	0
20 - 25	0	0
25 - 30	2	10%
30 - 35	7	35%
35 - 40	11	55%

Con respecto al diagnóstico de ingreso 16 pa- cientes (80%) el diagnóstico fué desprendimiento - prematuro de placenta normoincerta. 2 pacientes -- (10%) se diagnosticó placenta previa y otros 2 -- casos (10%) se les diagnosticó sufrimiento fetal - agudo.

Los casos registrados de desprendimiento prematuro de placenta normoingerta se manifestaron -- clínicamente de la siguiente manera: 18 pacientes -- (90%) el signo principal y de primera aparición -- fué el sangrado, en segundo término fué dolor e -- hipertónia uterina y en tercer lugar sufrimiento -- fetal agudo con descompensación hemodinámica, 1 -- paciente (5%) inició con dolor abdominal e hiperto -- nía uterina y 1 paciente (5%) su primer dato clíni -- co fué de sufrimiento fetal agudo.

Con respecto al tipo de terminación del emba -- razo en 16 pacientes se terminó por operación cesá -- rea (80%). 3 pacientes por vía vaginal (15%) y 1 -- paciente por cesárea-histerectomía (5%).

El DPPNI fué hallazgo quirúrgico en 4 pacien -- tes que representa el (20%) el resto 16 pacientes -- (80%) coincidió con el diagnóstico preoperatorio.

Se encontraron 13 productos muertos in útero (65%) y 7 productos nacieron vivos (35%) de estos -- 3 murieron en las primeras 24 horas (15%).

Refiriendose al peso de los productos:

PESO EN grs.	No. DE CASOS	PORCENTAJE.
500 -1000	2	10 %
1000-1500	3	15 %
1500-2000	0	0 %
2000-2500	6	30 %
2500-3000	7	35 %
3000-3500	2	10 %

Referente al Apgar de los niños 3 niños (15%) obtuvieron un Apgar de 7-8, 2 niños (10%) un Apgar de 4-6, 1 niño con Apgar de 2-8 y otro niño (5%) -- con Apgar de 1-2.

De los parámetros del laboratorio que se realizaron únicamente se les practicó hemoglobina a - 14 pacientes (70%) y al resto no se les tomó ninguna muestra(30%).

HEMOGLOBINA EN gr/dl.	No.DE CASOS	PORCENTAJE.
3	2	10 %
4	3	15 %
5	0	0 %
6	2	10 %
7	2	10 %
8	1	5 %
9	2	10 %
10	0	0 %
11	0	0 %
12	2	10 %

El procedimiento quirúrgico realizado fué el siguiente: 12 pacientes se les realizó cesárea tipo Kerr mas salpingoclasia bilateral (60%), 4 pacientes tipo cesárea Kerr (20%), 1 paciente se le realizó cesárea histerectomía (5%).

El porcentaje de desprendimiento placentario fué el siguiente:

% de desprendimiento.	No. de casos	porcentaje
20 %	3	15 %
30 %	8	40 %
80 %	4	20 %
90 %	1	5 %
100 %	4	20 %

PORCENTAJE DE INFILTRACION SANGUINEA AL UTERO.

% de infiltración	No. de casos	Porcentaje.
10	2	10 %
20	3	15 %
40	2	10 %
50	1	5 %
80	2	10 %

La evolución hospitalaria fué en general favorable para todas las pacientes excepto para 1 que presento eventración en sus primeras 24 hrs. post-quirúrgicas. 15 pacientes (75%) que se intervinieron quirúrgicamente se les manejó con ampicilina. 2 pacientes (10%) se manejaron con ampicilina, gentamicina y metronidazol. Y 3 pacientes sin ningún antibiótico.

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.

Dias	No. de casos.	Porcentaje.
2	2	10 %
3	1	5 %
4	14	70 %
5	2	10 %
10	1	5 %

CONTROL ANTICONCEPTIVO POSTERIOR.

12 pacientes se les realizó método definitivo (Salpingoclasia) y 8 pacientes se citaron para planificación familiar.

COMPLICACIONES.

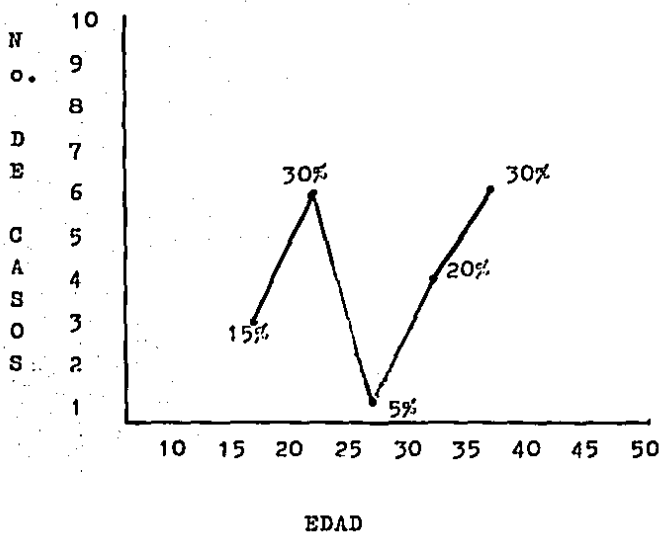
1 paciente (5%) por eventración postquirúrgica.

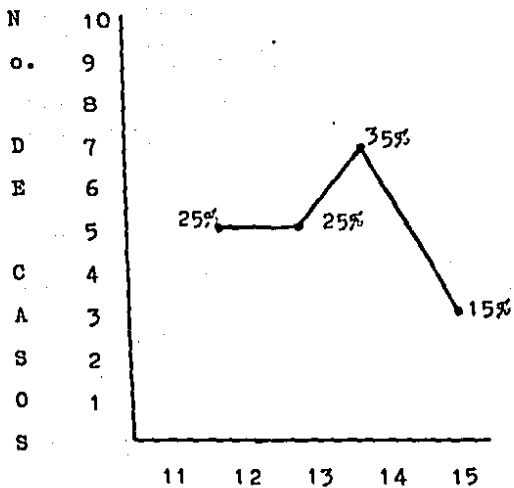
PATOLOGIA AGREGADA.

8 pacientes (40%) presentaron toxemia. 5 pacientes (25%) sufrimiento fetal agudo. 3 pacientes (15%) ruptura pre_umatura de membranas.

FRECUENCIA.

La frecuencia encontrada en el Hospital General de Acapulco fue de un caso de DPPNI por 450 partos.



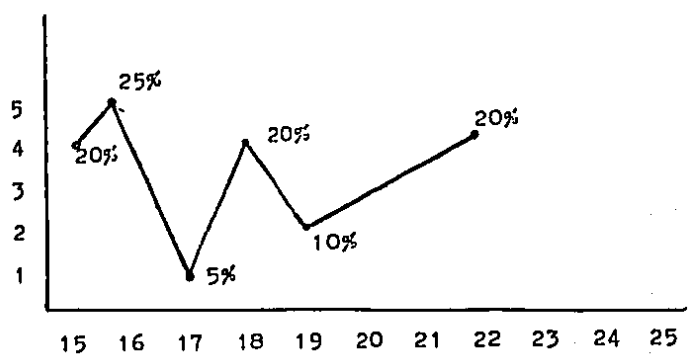


EDAD DE LA MENARCA

N
o.

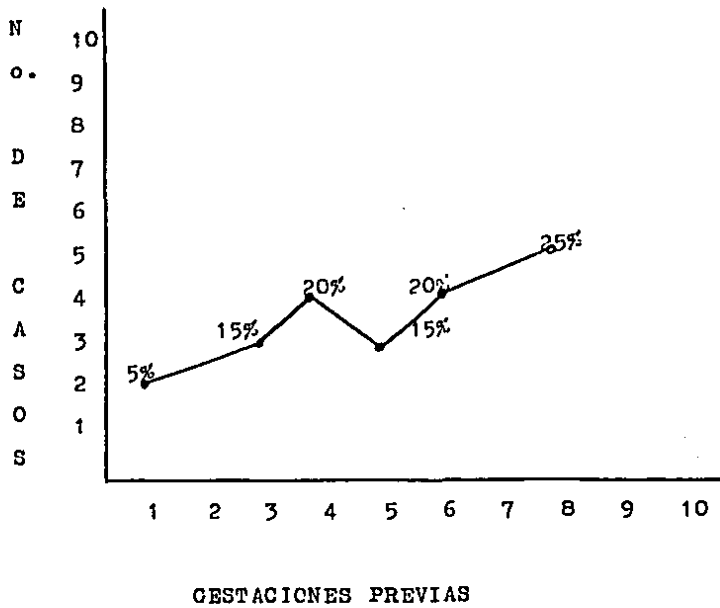
D
E

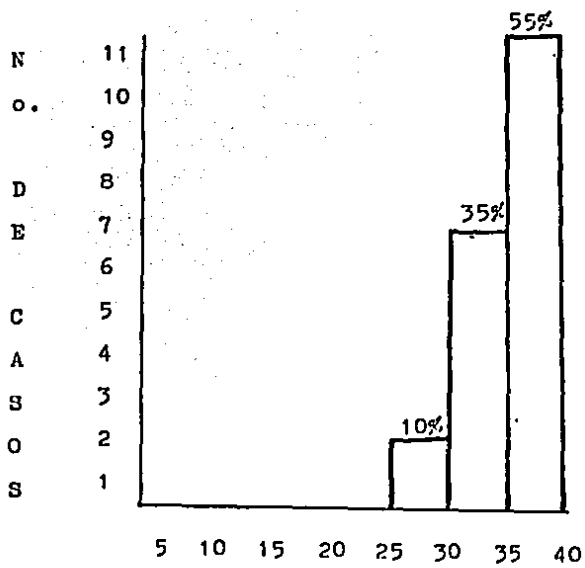
C
A
S
O
S



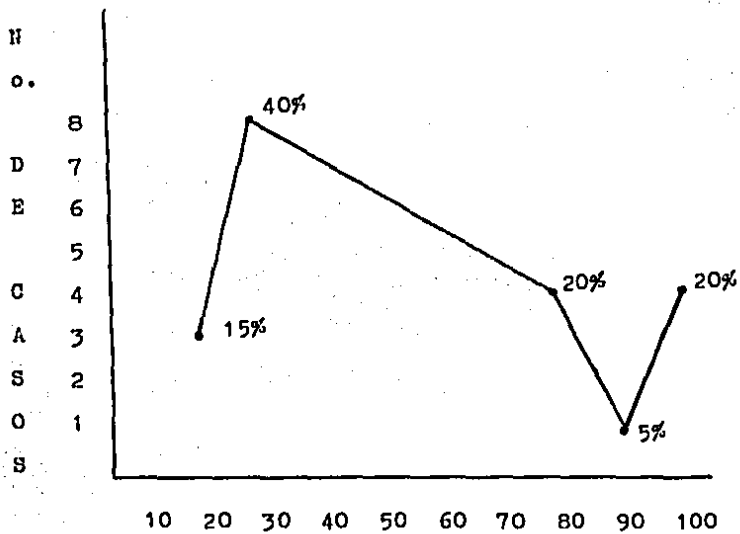
EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

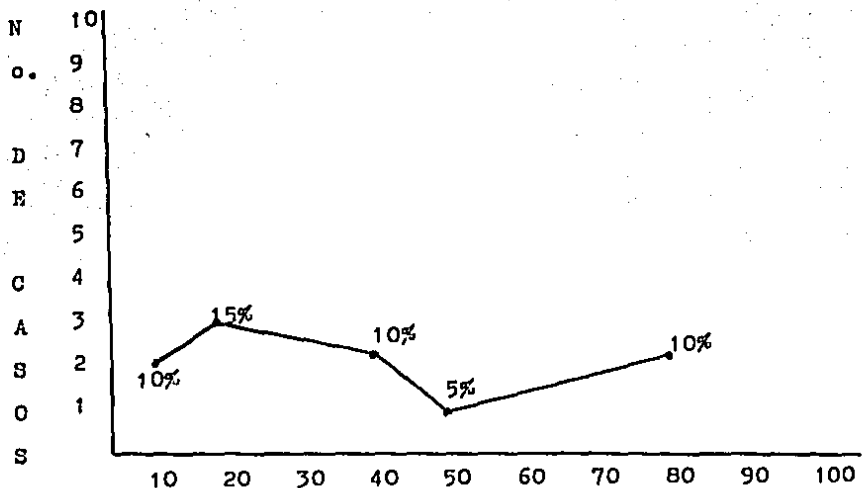




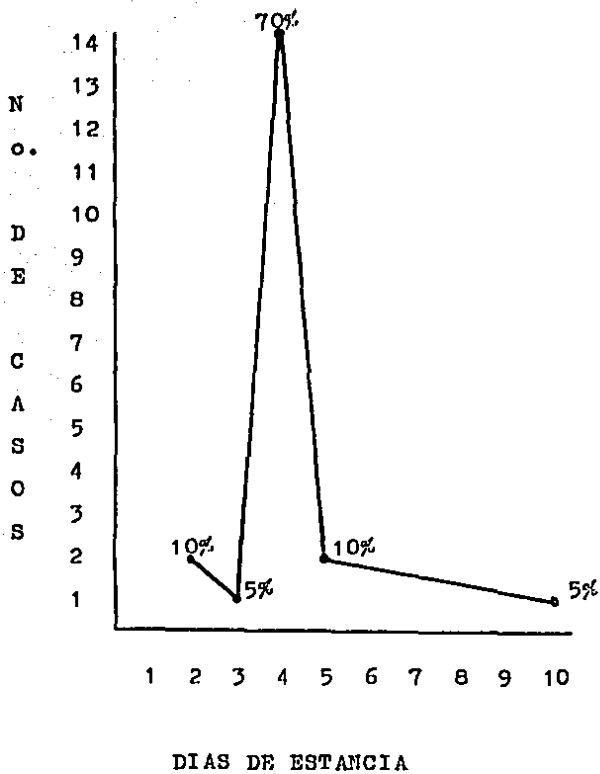
SEMANAS DE AMENORREA



PORCENTAJE DE DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA



PORCENTAJE DE INFILTRACION UTERINA



CONCLUSIONES:

1.- De acuerdo al tipo de pacientes que acude al Hospital General de Acapulco Gro. puede considerarse una población de alto riesgo para padecer un desprendimiento prematuro de placenta normo-incerta.

La gran mayoría de los autores coincide en que el riesgo de padecer un DPPNI aumenta en forma importante en pacientes arriba de los 35 años y multigestas, lo cuál es similar al presente trabajo.

2.- El nivel socioeconómico y la desnutrición fué un común denominador en la población estudiada.

3.- En éste trabajo nos podemos dar cuenta de la importancia que tiene el control prenatal, ya que si se llevara acabo en forma regular disminuiría la frecuencia de éste padecimiento.

4.- Otro de los aspectos importantes que podemos observar es que la paciente acude a nuestro medio hospitalario cuando su padecimiento ya causó estragos a nivel sistémico y por lo tanto la solución de su problema es más difícil.

5.- Es importante recalcar que debido a la omisión del diagnóstico en las hojas de estadísticas no se logre detectar la frecuencia exacta de ésta patología en nuestro medio.

- 6.- El estudio puede considerarse nó significativo- en base a su frecuencia por el escaso número de casos que se encontraron en el archivo clínico.

SUGERENCIAS.

- 1.- Dar más información y promover los métodos de - planificación familiar, ya sea por médio del per- sonal médico y paramédico, para conseguir que la mujer que se inficia en la maternidad ó tenga su paridad satisfecha pueda tener una mejor opción para evitar este tipo de problemas.
- 2.- Se debe informar y persuadir a la paciente ya - embarazada de la importancia que tiene el con- trol prenatal periódico.
- 3.- El Hospital debería preocuparse por colaborar - más con el médico y apoyarlo en los exámenes de laboratorio en cualquier turno y todos los dias del año, ya que la mayoría de las pacientes se- presentan en el turno nocturno y carecemos de - los médios para dar una mejor valoración a la - paciente.
- 4.- El banco de sangre debería proporcionarnos todo su apoyo ya que la mayoría de las pacientes que presentan esta patología requieren de este ser- vicio.
- 5.- Aumentar la supervisión en cuanto al expediente

clínico del personal que lo maneja, para que se haga en forma adecuada y completa con el fin de tener un porcentaje más real de la patología -- que nos ocupa y así poder proporcionar mejores investigaciones por parte de los médicos, residentes y adscritos.

BIBLIOGRAFIA:

1.- Abdela TN, BN, Hays JM Jr. Anderson GD: Peri--natal outcome in abruptio placentae Obstet Ginecol 62-365, 1984.

2.- Alperin JB, Haggard ME, Mcganity WJ: Folic acid, pregnancy, and abruptio placentae Am J Clint Nutr-22-1354, 1969.

3.- Astedt B: Risk of beta receptor agonists dela-ying diagnosis of abruptio placentae. Acta Obstet Gi--necol Scand 108:35, 1982.

4.- Beischer NA Brown JB, Macaffe J: Urinary es--triol excretion before severe placental hbruption. --obstet Ginecol 36:697, 1970.

5.- Bonnar J McNicol GP, Douglas AS: The behavior of the cuagulation and fibrinolytic mechanism in abrup-tio placentae. Obstet Gnecol 76:799, 1969.

6.- Brame RG Harbert GM McGaughey HS Thornton WN- Maternal risk in abruption. Obstet Ginecol 31:224 1968

7.- Goldtein DP Reid DE: Circulation fibrinolytic activity: A precursor of Hipofibrinogenemia following-fetal death in utero. Obstet Ginecol 22:174 1963.

8.- Hibbard BM Jeffcoate TNA: Abruptio Placentae- Obstet Gynecol 27:155, 1966.

9.- Hurd WW Miodobnik K, Hertzberg V : Selective- management of abruptio placentae: A prospective study. Obstet Gynecol 61:467, 1983.

10.- Nielsen NC: Cuagulation and fibrinolysis in- mothers and their newborn infants following premature- separation of the placenta. Acta Obstet Gynecol Scand- 49:77 1970.

11.- Fritchard Jack y cols. Obstetricia, Editores Salvat, Tercera edición 1986.

12.- David N Danforth : Tratado de Obstetricia y Ginecología, Editorial Interamericana, cuarta edición: 1986.

13.- Ricardo Schwarz: Obstetricia, tercera edición 1979.

14.- Armando Vera: Memorias de curso teórico, urgencias en ginecología y obstetricia; 1984.