

11217

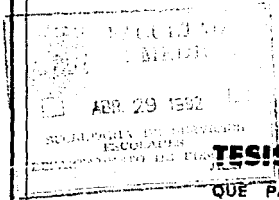


# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
Hospital General de México  
Secretaría de Salud

30  
391

HEMORRAGIA EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO: REVISION DE 3 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S. S.



## TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
DR. GERMAN CONTRERAS SOTO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



México, D. F.

1992



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 está 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.

## TABLA DE CONTENIDO

### RESUMEN

	PAG.
I.- Introducción.....	1
A. Antecedentes.....	3
B. Situación actual.....	4
C. Objetivos.....	13
D. Justificación.....	14
II.- Material y métodos.....	15
III.- Resultados.....	16
IV.- Discusión.....	19
V.- Conclusiones.....	22
VI.- Anexos.....	23
VII.- Bibliografía.....	30

## RESUMEN:

La placenta previa y el desprendimiento prematura de placenta normoinsera (DPPNI) constituyen las causas principales de hemorragia en la segunda mitad del embarazo. Situaciones que ante el desconocimiento de la etiopatogenia precisa de las mismas, han sido asociadas a múltiples factores que pudiesen influir con su desarrollo. Muchos de estos factores de riesgo, se encuentran en las mujeres de nuestra población, por lo que se decidió realizar este estudio su frecuencia y conocer su impacto en nuestro servicio y evitar así, mediante el conocimiento de las causas, posibles complicaciones que podrían llevar a un desenlace fatal, tanto a la madre como al producto.

Se revisaron 60 expedientes de pacientes con diagnóstico de placenta previa y DPPNI que ingresaron en la Unidad de Gineco-Obstetricia del Hospital General de México de la Secretaría de salud en el período de abril de 1987 a marzo de 1990, en quienes su embarazo fué resuelto mediante operación cesárea. De los 60 expedientes revisados, 39 fueron de pacientes con placenta previa y 21 de DPPNI.

En cuanto a los resultados, se encontró una asociación significativa de placenta previa y edad materna mayor de 30 años con una frecuencia de 46.1%, y con paridad de 4 ó más de 43.5%. En cuanto al DPPNI hipertensiva, no observando ninguna otra enfermedad se encontró asociado en un 9.5% con enfermedad asociada en el resto de las pacientes. En los 2 grupos, cerca de la mitad

de los productos fueron de pretérmino. La mortalidad materna fue nula, con evolución intrahospitalaria favorable, con promedio de estancia de 3 días. La mortalidad perinatal fue de 17.9% para los productos de madres con placenta previa y de 33.3% para el grupo de DPPNI.

Con lo anterior se concluye que estas complicaciones del embarazo pueden ser en cierta forma prevenibles mediante la educación de pacientes con paridad de 4 ó más, con edad de 30 ó más años, con enfermedad hipertensiva arterial crónica o inducida por el embarazo principalmente, situaciones que se pueden tomar como factores de riesgo. La mayor morbimortalidad perinatal asociada a la prematuridad frecuentemente observada en los casos de placenta previa, solo podrá descender conforme se cuente con recursos y personal más capacitado en el manejo perinatal.

## I N T R O D U C C I O N

Tanto en la primera, como en la segunda mitad del embarazo existe el riesgo de que se presenten ciertas complicaciones, entre las cuales tenemos las que se manifiestan clínicamente con hemorragia transvaginal, que deberán identificarse de acuerdo a la edad gestacional en que se presenten y el cuadro clínico.

La placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta son las dos complicaciones típicas de la segunda mitad del embarazo que se manifiestan clínicamente con hemorragia transvaginal, las cuales consideradas en conjunto se presentan en un 2 a 3% de todos los embarazos.

La placenta previa ocurre cuando la inserción coriónica comprende el área ístmica del útero. El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, se refiere a la situación en que ocurre una separación de la placenta del sitio donde normalmente se implanta. Ambas situaciones revisten gran importancia debido a que son potencialmente fatales para la madre, el feto ó ambos.

Se desconoce la etiología específica, tanto de la placenta previa como del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, por lo que se atribuye que intervienen en su origen, una serie de factores que están presentes con frecuencia significativa en cada una de estas entidades, de tal manera, que conociendo estos factores podemos orientarnos y darnos cuenta cuando deter...

minada paciente tiene posibilidades de llegar a presentar alguna de estas complicaciones de la segunda mitad del embarazo. En la placenta previa se han descrito factores de riesgo, que tienen que ver con la edad, paridad, antecedente de cesárea previa, embarazo gemelar, antecedente de placenta previa en embarazo anterior entre otros. En cuanto al desprendimiento prematuro de placenta, factores como paridad, traumatismos, cordón umbilical corto, hipertensión arterial crónica, enfermedad hipertensiva del embarazo, déficit dietético y tabaquismo se relacionan con su presentación. (1, 4, 5, 7, 8, 10, 21, 22).

Clínicamente, la placenta previa se manifiesta por hemorragia transvaginal rojo brillante, indolora, de intensidad variable de acuerdo al tipo de placenta previa en cuestión, ya sea: p. previa marginal, parcial o total, enumeradas de acuerdo a la gravedad del cuadro clínico de menor a mayor importancia. (.2,3).

En el desprendimiento prematuro de placenta, la hemorragia puede ser manifiesta a través de vagina ó estar oculta en la zona de desprendimiento entre la placenta y el útero. La hemorragia se caracteriza por ser oscura, acompañándose de dolor abdominal e hipertoniá uterina de acuerdo al grado de desprendimiento placentario, que se clasifica en leve, moderado y severo.(2)

El grado de compromiso en cuanto al bienestar materno y fetal, dependerá de la variedad y grado clínico en que se identifique el problema y de la oportuna y adecuada intervención en

cuanto a su tratamiento. (14, 15, 17).

#### ANTECEDENTES HISTORICOS:

Tanto en la placenta previa, como en el desprendimiento prematuro de placenta, se aprecia una evolución notable sobre en todo en lo que respecta al tratamiento y por ende, en la morbi-- mortalidad materno-fetal, que se refleja en el mejor pronóstico\_ y menos complicaciones secundarias que se presentan en la época\_ actual.

Teniendo en cuenta que el tratamiento de estas dos entidades es primordialmente quirúrgico, tenemos que las tasas de mortalidad materno-fetal, eran muy altas en la era pre-quirúrgica, en que la paciente no era tratada y se adoptaba una conducta expectante dejándose a libre evolución resultando en una mortali-- dad materna del 25%. Posteriormente se adoptaron cierto tipo de\_ maniobras para la extracción del producto en el siglo pasado, - que prevalecieron a principios de este siglo, como la maniobra - de Braxton Hicks sobre todo en la placenta previa que vinieron - a mejorar el pronóstico y a disminuir la mortalidad sobre todo - en manos de obstetras hábiles.

A principios de este siglo. se comenzó a emplear la cesárea electiva para el tratamiento de la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta por algunos cirujanos como - Schröder, y Doderlein entre otros, disminuyendo aún más las ta--



tas de mortalidad maternofoetal.

Posteriormente, gracias a la introducción del manejo con antibióticos, reposición de volumen intravascular con soluciones parenterales, transfusión de sangre y sus derivados, y a los grandes avances en cuidados neonatales, se han podido prevenir complicaciones secundarias y a disminuir las tasas de mortalidad maternofoetal.(1,2).

#### SITUACION ACTUAL:

Placenta previa: es cuando la inserción coriónica comprende el área ístmica del útero. A medida que la placenta crece, el sitio de implantación se expande pudiendo quedar comprendidas diversas porciones del segmento uterino inferior, incluyendo el orificio cervical interno. Conforme se acerca el término del embarazo, se aprecia un desprendimiento parcial de la placenta de su sitio de implantación, con hemorragia secundaria a los cambios cervicales de ablandamiento y dilatación. Generalmente se presentan períodos recurrentes de hemorragia durante todo el embarazo, antes de los episodios mayores del tercer trimestre. (1, 7).

Esta entidad clínica se clasifica de acuerdo a la relación de la placenta con el orificio cervical con una dilatación mínima aproximada de 1 cm. subdividiendo así los casos de placenta previa en 3 grupos: a) Placenta previa total ó central: Cuan-

do el sitio de implantación, cubre la totalidad del orificio cervical interno, que corresponde a un tercio de los casos y es la variedad más peligrosa, b) Placenta previa parcial: Cuando la placenta cubre solo una parte del orificio cervical interno, c) Placenta previa marginal: Cuando el borde más inferior de la placenta llega al borde del orificio cervical interno. (2)

Se presenta con una frecuencia aproximada de una en 200 nacimientos, dependiendo de la población y lapso estudiados ya que se han señalado factores de riesgo que pudieran influir en la incidencia como se tratará más adelante con respecto a su etiología. (14)

Existen solamente teorías en cuanto a su etiología. Una de ellas es la teoría del flujo, que sugiere un desplazamiento mecánico de un óvulo no implantado por un episodio de hemorragia postconcepcional secundaria a defectos de las fases ovulatoria y lútea. Hofmeier, atribuía la implantación baja al desarrollo de vellosidades en la cápsula capsular del corion. Otros han propuesto una implantación secundaria por extensión gradual de la placenta normalmente implantada. También la vascularización defectuosa de la decidua se ha considerado como factor posible en su desarrollo. Desconociendo su relación con ciertos factores, la placenta previa tiende a coexistir con gestaciones gemelares, placenta acreta, antecedente de curetajes. También se ha encontrado más frecuentemente en embarazos con fetos varones, en mujeres con alta paridad y mayor edad, generalmente entre 35 y 45

años, en pacientes con antecedente de cesárea previa o de placenta previa en embarazo anterior. Finalmente, todavía no se ha aclarado la cuestión de cómo estos factores ya mencionados, provoquen la implantación placentaria en el segmento uterino inferior. (2,10,14,21,22).

La manifestación clínica principal, es la hemorragia transvaginal, que puede presentarse tan tempranamente como en el primer trimestre de la gestación y repetirse a intervalos de tiempo variables que generalmente son cada vez más frecuentes y con hemorragia de mayor intensidad. Otra posibilidad, es que el curso del embarazo no se vea afectado de estos episodios de hemorragia sino hasta que se haya iniciado el trabajo de parto. Los signos y síntomas dependen de la intensidad de la hemorragia pudiendo llegar al shock materno y compromiso fetal importante, hasta la muerte materna y fetal. Generalmente el episodio inicial de hemorragia es indoloro y autolimitado, y la hemorragia significativa ocurre hasta el tercer trimestre. Casi siempre, la hemorragia peligrosa es desencadenada al momento del tacto vaginal, ya con antecedente de hemorragia previa. Generalmente la hemorragia es rojo brillante. La condición de la paciente se refleja en la cantidad de sangre perdida visible, ya que la hemorragia en la placenta previa, es externa, es externa casi en su totalidad. Ante la posibilidad de una placenta previa, antes de realizar el examen vaginal debe tenerse lo necesario para realizar una cesárea de urgencia al poderse presentar hemorragia masiva desencadenada por el mismo. (1,14).

Se puede llegar al diagnóstico de presunción de placenta previa con la evidencia de hemorragia indolora en asociación con presentación fetal anormal, presentación flotante o situación anormal. En el pasado se usaron técnicas radiológicas para la localización placentaria del tipo de la angiografía y amniografía. Más recientemente se popularizaron las técnicas con radioisótopos empleando albúmina sérica con yodo radiactivo. <sup>51</sup>Crómo y <sup>99</sup>Tecnesio. Posteriormente a partir de 1970, se emplearon las técnicas ultrasónicas con mejores resultados, con tasas de exactitud de 94 a 95%, por lo que finalmente en una pequeña proporción, el diagnóstico se hace con métodos convencionales. Puede ser necesaria la inspección del cérvix con espejo vaginal y así descartar lesiones del cérvix u otras causas de hemorragia no obstétricas, se puede recoger una muestra de sangre y hacer diagnóstico diferencial de hemorragia materna o fetal. Al igual que con el tacto vaginal, al introducir el espejo vaginal, puede desencadenarse una hemorragia masiva, por lo que se deberá tener las precauciones necesarias. (2,12,19).

En cuanto al tratamiento de la placenta previa, deben tomarse en cuenta algunos factores como lo son la madurez fetal, intensidad de la hemorragia, o si se trata de un feto muerto. Las pacientes con hemorragia antes de que el feto sea viable, deben ser manejadas en forma expectante cuando sea posible, con internamiento de las mismas y mantenerlas en reposo absoluto y disponer de sangre compatible. Algunos reportan resultados favorables con la aplicación de cerclaje. Se deberá mantener esta conducta

expectante hasta comprobar la viabilidad fetal, si es posible -- hasta la semana 37, a menos que un episodio de hemorragia amenace el bienestar materno-fetal. Sobre la vía de resolución del embarazo, preferentemente debe realizarse operación cesárea en todas las pacientes con fetos viables independientemente del grado de placenta previa, aunque en ciertas circunstancias, por ejemplo, con una placenta marginal, dilatación cervical avanzada y cabeza encajada, la opción sería la obtención del producto por vía vaginal. Con los recursos que se cuenta actualmente para el manejo adecuado de esta entidad, la mortalidad materna se ha logrado disminuir hasta un 1%, con tasa de mortalidad perinatal de 10% ó menos. (3,11,15).

Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera: Se refiere a la situación en que ocurre una separación de la placenta del sitio donde normalmente se implanta antes de tiempo, en un embarazo no menor de 20 semanas. Dicha separación se inicia con una hemorragia en la decidua basal la cual puede originarse en la placenta ó en los vasos uterinos más pequeños patológicamente alterados dividiendo la decidua, de manera que una pequeña capa quede en contacto con la superficie materna de la placenta y una capa más gruesa queda unida al miometrio, resultando en la formación de un hematoma decidual, que lleva a la separación, compresión y finalmente destrucción de la porción de la placenta involucrada. (1)

El desprendimiento prematuro de placenta, también llama-

mado como abruptio placentae, clínicamente se clasifica en leve, moderado y severo según ciertos criterios como lo son: Intensidad de la hemorragia, sensibilidad y consistencia uterina, estado hemodinámico de la madre, estado del producto, y depresión del fibrinógeno.

Al igual que con la placenta previa, se desconoce la etiología precisa de esta entidad, y solo se han asociado ciertos factores frecuentemente con este suceso que pudieran actuar como factores causales. Se ha asociado con hipertensión arterial hasta en un 50% de los casos. Es frecuentemente encontrado en pacientes con paridad de 3 ó más, más comunmente que en primi y secundigrávidas, independientemente de la edad materna. La descompresión súbita de un útero generalmente sobredistendido, por ejemplo al haberse roto las membranas con salida súbita de líquido amniótico, puede iniciar la contracción y retracción del miometrio y dar como resultado un desprendimiento de la placenta. Los traumatismos severos, como los que pueden ocurrir en caso de accidente automovilístico, pueden causar una separación de la placenta. También se han reportado casos de separación placentaria posterior a una amniocentesis. Se ha comprobado que el tabaquismo influye de manera significativa en la incidencia de desprendimiento prematuro de placenta. Las mujeres que fuman por lo menos un cigarrillo diario tienen mayor riesgo de separación prematura de la placenta y de tener recién nacido muerto, observándose situaciones más graves al consumir mayor número de cigarrillos. -

También se ha observado que la deficiencia nutricional, principalmente en calorías, vitamina A, calcio y un poco de proteínas, puede predisponer a esta entidad, misma que además se ha asociado con mayor frecuencia con pacientes de bajo nivel socioeconómico. Otras causas atribuidas al desprendimiento prematuro de placenta, aunque raras son, un cordón umbilical desusadamente corto, y la versión externa que muy pocas veces es practicada en la actualidad. (4,5,7,8,17).

El cuadro clínico del desprendimiento prematuro de placenta es muy variable y la presencia e intensidad de sus componentes dependerá de la severidad del caso en particular. La sintomatología puede aparecer horas o incluso días después del desprendimiento placentario. En 55% de los casos hay dolor abdominal el cual es leve e intermitente en algunos casos y severo y continuo en otros, que puede indicarnos la presencia de hemorragia oculta. La hemorragia que se presenta es oscura y no siempre es externa, sino que en algunos casos es oculta, por lo que hace más difícil el cálculo de pérdida hemática, por lo que debemos orientarnos con mediciones de la presión venosa central. En casos severos hay infiltración de sangre del miometrio que puede disecar la serosa hacia el ligamento ancho. Puede haber antecedente de hemorragia previa durante el embarazo, aunque no es muy frecuente. Proporcionalmente al desprendimiento placentario, se ha observado aumento en la frecuencia de las contracciones con incremento en el tono, y la muerte fetal se ha encontrado más

frecuentemente cuando las contracciones fueron más fuertes y de mayor cantidad de sangre oculta, mayor intensidad y frecuencia de las contracciones con un consiguiente aumento en la sensibilidad uterina. Es importante valorar el estado fetal ya que en los casos moderados o severos encontramos desde disminución e irregularidad en la frecuencia cardiaca fetal hasta ausencia de la misma. En ocasiones se tendrá que recurrir al ultrasonido de tiempo real, debido a la dificultad de auscultar la frecuencia cardiaca fetal con los métodos de rutina o Doppler por los ruidos interpuestos por las contracciones uterinas y la poca tolerancia por la paciente al examen por tiempo prolongado. (2,17).

Para llegar al diagnóstico de esta complicación del embarazo, debemos basarnos en el cuadro clínico, que generalmente se presenta en el último trimestre del embarazo ó al comenzar el trabajo de parto. Puede estar asociado a preeclampsia y existir el antecedente de desprendimiento previo. El dolor abdominal es de inicio súbito continuo y severo, no bien localizado. Evidencia de sufrimiento o muerte fetal. En la mayoría de los casos hay presencia de hemorragia transvaginal obscura de intensidad variable, que en igual forma podrá influir en la tensión arterial. Deberá emplearse el estudio ultrasonográfico de tiempo real en caso de duda sobre el estado fetal, además de que es útil en casos leves con hemorragia indolora para localizar la placenta y excluir una placenta previa. Deberá hacerse diagnóstico diferencial con ruptura uterina, placenta previa, apendicitis aguda y pielonefritis entre otras. (1,9).



Para iniciar el tratamiento apropiado, es necesario realizar una evaluación del estado de la paciente y su producto. Ya con la paciente hospitalizada, se deberán realizar mediciones repetidas de la tensión arterial y tomar en cuenta las pacientes hipertensas que presentan desprendimiento prematuro de placenta. Llevar control estricto de la presión venosa central que nos servirá de guía para la reposición del volumen circulatorio perdido a través de la hemorragia. Dicha reposición deberá realizarse de inicio con solución de Ringer lactato, y si no se estabilizan los signos vitales, se transfundirá sangre total ó paquetes globulares, además de plasma para reposición de factores de coagulación y un concentrado plaquetario por cada 3 paquetes globulares, continuando este manejo hasta la estabilización de la presión venosa central y posteriormente realizar biometría hemática de control. Para evitar complicaciones renales, es importante mantener un volumen urinario horario de 30 ml ó más. Se debe solicitar pruebas de coagulación, ya que los casos severos de desprendimiento prematuro de placenta, se asocian con cierta frecuencia con coagulación intravascular diseminada. La amniotomía en un producto cerca de término, se recomienda para acelerar el trabajo de parto, disminuir la tensión intrauterina al igual que la extravasación de sangre al miometrio y el ingreso de tromboplastina a la circulación materna. Cuando se haya estabilizado a la paciente, si no es posible la obtención del producto por vía vaginal en un tiempo razonable, se deberá interrumpir el embarazo por vía abdominal. Es importante evaluar constantemente el esta

do general de la paciente, tratar la preeclampsia en caso de que exista y así evitar las posibles complicaciones como lo son la coagulación intravascular diseminada y la insuficiencia renal. (6,16,18,20).

Actualmente el pronóstico para la madre es bueno, incluso hay series en que la mortalidad materna es nula. En cambio la tasa de mortalidad perinatal es de un 40%, tomando en cuenta que al momento del internamiento, un número significativo de fetos ya han muerto. (17)

#### OBJETIVOS:

1.- Conocer la frecuencia de pacientes que presentan hemorragia en la segunda mitad del embarazo del total de procedimientos quirúrgicos en la Unidad de Gineco-Obstetricia del Hospital General de México, S. S., de abril de 1987 a marzo de 1990.

2.- Conocer la evolución de la madre y su producto y determinar morbilidad y mortalidad, estancia hospitalaria y principales complicaciones de la hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

3.- Establecer factores de riesgo para esta complicación del embarazo.

4.- Disminuir la frecuencia de hemorragia en la segunda mitad del embarazo mediante la educación de la población.

**JUSTIFICACION:**

Teniendo en cuenta que en nuestro medio hay un alto índice de multiparidad, de mujeres que se embarazan en edad avanzada y la poca asistencia de muchas pacientes a control prenatal, todos ellos factores de riesgo según la literatura, justifica la realización de este estudio, para de esta manera conocer la frecuencia de este problema en nuestra población.

## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes de todas las pacientes con diagnóstico de Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, ingresadas en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, durante el período comprendido entre abril de 1987 y marzo de 1990.

Unicamente se incluyeron aquellos casos, en que a las pacientes se les resolvió su embarazo por operación cesárea, y de estos solo se excluyeron 3 expedientes incompletos.

De los expedientes incluidos, se recolectaron las siguientes variables: Edad, fechas de ingreso y cirugía, paridad, cesáreas anteriores, semanas de gestación al tiempo de resolución del embarazo. Categoría del cirujano, tiempo quirúrgico, estado materno preoperatorio, enfermedad materna asociada, tipo de cesárea. Datos del producto como: Sexo, peso, Apgar y Capurro. Datos del transoperatorio como: Hallazgos, accidentes y sangrado: Si requirió o no transfusión y volumen de la misma; evolución y tiempo de estancia tanto materna como fetal.

En análisis estadístico que se efectuó a los datos obtenidos, fué a través de la estadística descriptiva obteniendo las medidas de tendencia central, media y los porcentajes de cada una de las variables.

**RESULTADOS:**

Durante el período comprendido entre el primero de abril de 1987 al 31 de marzo de 1990, hubo un total de 60 casos de hemorragia en la segunda mitad del embarazo, entre ellos, 39 casos de placenta previa y 21 casos de desprendimiento prematuro de placenta (DPPNI) (tabla 1), en un total de 19 949 nacimientos en dicho período (0.3%). Los grupos de edades con mayor frecuencia en la placenta previa fueron el de 26 a 30 años con 9 casos (23%) y el de 36 a 40 años con 11 casos (28.2%), y por el DPPNI, el grupo de 21 a 25 años con 8 casos (38%) y el de 31 a 35 años con 5 casos (23.8%), (tabla 2). El 43.5% de pacientes con placenta previa tenían una paridad de 4 ó más, mientras que el grupo con mayor frecuencia de DPPNI, de acuerdo a la paridad, fué el de primí y secundigestas con 16 casos en conjunto (76%), (tabla 3).

Con lo que respecta al antecedente de cesárea en embarazo anterior, hubo 11 casos en el grupo de placenta previa (28.2%) y un solo caso (4.7%) en el grupo de DPPNI (tabla 4).

Al momento de la resolución del embarazo, tenemos que la edad gestacional fué de 38 ó más semanas en 43.6% de los casos de placenta previa y en 52.4% de los casos de DPPNI (tabla 5). Solo 2.5% de las pacientes con placenta previa presentaron enfermedad asociada, siendo esta asociación de 9.5 en el grupo de --

DPPNI (tabla 6). La única entidad asociada en los 2 grupos fué - la hipertensión arterial crónica o inducida por el embarazo.

El 58.9% de los casos de placenta previa se trató de embarazos con producto femenino, invirtiéndose esta relación en el grupo de DPPNI, pues en 52.4% fueron embarazos con producto masculino (tabla 7).

La resolución del embarazo en los 60 casos de hemorragia en la segunda mitad del embarazo fué por operación cesárea, siendo más frecuente la de tipo Kerr en un 89.8% de los casos de placenta previa y en un 86.7% de las pacientes con DPPNI. Hubo 2 cesáreas histerectomías en cada grupo, lo que refleja un 5.1% de los casos de placenta previa y 9.5% para los de DPPNI (tabla 8). Un 30.7% de las pacientes con placenta previa requirió transfusión y hubo la misma necesidad en un 23.8% de los casos de DPPNI (tabla 9). La mortalidad perinatal fué de 17.9% en el grupo de placenta previa elevándose a un 33% en el grupo de DPPNI (tabla 10).

No hubo mortalidad materna y la evolución intrahospitalaria fué satisfactoria, con promedio de estancia de 2.9 días. - Hubo 6 casos de DPPNI con infiltración sanguínea uterina (28.5%) habiéndose realizado histerectomía obstétrica en dos de estos casos. En el grupo de placenta previa hubo un caso de atonía uterina y otro de dehiscencia de histerorrafia, en los que se realizó histerectomía obstétrica.

En los 60 casos de hemorragia en la segunda mitad del em  
barazo, solo hubo 2 casos de embarazo gemelar dentro del grupo -  
de placenta previa que refleja un 5.1% de los mismos.

**DISCUSION:**

De los 60 casos de hemorragia en la segunda mitad del embarazo que se presentaron en el período de 3 años en la U.G.O. - del H.G.M., S.S. (39 de placenta previa y 21 de DPPNI), que reflejan una frecuencia de 0.10% para placenta previa y 0.19% para DPPNI, es menor a la reportada por otros autores como Ozumba y col., quienes reportan una frecuencia para DPPNI de 0.4% (17) y a la reportada en placenta previa por Saur y Parsons de 0.5% (14)

Factores de riesgo como la edad materna, se ha señalado en placenta previa, la cual tiende a presentarse con mayor frecuencia en pacientes con edad arriba de los 35 años (1,14), que concuerda con los resultados obtenidos en este estudio. La paridad de la paciente, se considera factor de riesgo común para las dos entidades. Por lo anterior, se considera que pacientes con paridad de 3 ó más, tienen probabilidad significativa para presentar estas 2 complicaciones del embarazo (2,4). Esta relación solo se observó en las pacientes con placenta previa, apreciando en el grupo de DPPNI, mayor frecuencia en pacientes primi y secundigestas.

No es muy claro, que el antecedente de cesárea en embarazo anterior, influya en la presentación de placenta previa en el siguiente embarazo (10).

El riesgo de prematuridad al momento de la resolución del



embarazo se sigue asociando con mayor frecuencia en casos de placenta previa (13.14) correspondiendo al 56.4% de las pacientes - con placenta previa contra 47.6% en el grupo de DPPNI.

Mucho se ha hablado de la posible influencia del sexo -- del producto sobre el desarrollo de placenta previa, predominando el sexo masculino sobre el femenino, por lo que se menciona - que la fertilización tardía (la cual se ha dicho es la causante del incremento de la relación masculino/femenino) puede ser un - factor predisponente de placenta previa (21). La verdad es que - en esta serie, no se encontró predominio significativo de uno u otro sexo en ninguna de estas dos entidades. Lo mismo se puede decir con relación al embarazo gemelar y placenta previa (1,2).

La morbimortalidad fetal muy superior a la de la madre, - generalmente por la gran frecuencia de prematuridad (56.4% en placenta previa y 47.6% en DPPNI) al nacimiento, seguirá variando - de un lugar a otro conforme a diferencias en recursos y avances - en lo que se refiere a cuidados perinatales (15).

No se encontró relación importante entre el antecedente - de cesárea en embarazo anterior y presentación de placenta pre- via (10). Tomando en cuenta que en este estudio el 66.5% es pa- ciente de este grupo, tenían una paridad de 3 ó más y con edad - arriba de los 30 años. es posible que en ellas pudo influir los desgarros obstétricos y/o patología endometrial de tipo inflama- torio, más frecuente en este tipo de pacientes, en la presenta--

ción de placenta previa.

Paradójicamente a lo reportado actualmente en la literatura, (4) solo se encontró un 9.5% de pacientes hipertensas en el grupo de DPPNI, por lo que se sugiere la realización de estudios prospectivos para aclarar esta situación.

**CONCLUSION:**

1.- La frecuencia de hemorragia en la segunda mitad del embarazo en la UGO del HGM es de 0.3%, menor a la reportada por otros autores, y su tratamiento representó el 0.2% de los procedimientos quirúrgicos en dicha unidad.

2.- La evolución de la madre y el desarrollo de complicaciones se minimiza con la detección oportuna del problema, estabilización del estado general de la paciente y al conocer el momento preciso y elegir la vía adecuada en cuanto a la resolución del embarazo. La evolución del producto siempre estará amenazada por la necesidad de interrupción del embarazo antes del término.

3.- Dentro de los factores de riesgo, se deberá tomar en cuenta la edad materna por arriba de 35 años y la paridad de 3 ó más en la placenta previa y la hipertensión arterial crónica ó inducida por el embarazo en el DPPNI sobre otros que se dicen factores de riesgo asociados inconstantemente con esta patología en diferentes series.

4.- Con la educación de nuestra población, sobre la necesidad de la atención prenatal, para la detección oportuna de situaciones que amenacen el curso normal del embarazo, sobre todo en pacientes con riesgo a desarrollar esta patología, podría lograrse un descenso significativo en la frecuencia de este padecimiento.

Tabla 1: Entidades productoras de hemorragia en la 2ª mitad del embarazo.

ENTIDAD	NO.	%
P. PREVIA	39	65
D.P.P.N.I.	21	35
TOTAL	60	

Tabla 2: Edad de las pacientes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

EDAD (años)	P. PREVIA		D.P.P.N.I.	
	No.	%	No.	%
16 - 20	7	17.9	4	19.0
21 - 25	5	12.8	8	38.0
26 - 30	9	23.0	2	9.5
31 - 35	7	17.9	5	23.8
36 - 40	11	28.2	2	9.5
TOTAL	39		21	

Tabla 3: Paridad de las pacientes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

GESTAS	P. PREVIA		D. P. N. I.	
	No.	%	No.	%
1	4	10.2	8	38.0
2	9	23.0	8	38.0
3	9	23.0	2	9.5
4 ó más	17	43.5	3	14.2
TOTAL	39		21	

Tabla 4: Casos de hemorragia en la segunda mitad del embarazo con antecedente de cesárea previa.

ENTIDAD	TOTAL	NO.	%
P. PREVIA	39	11	28.2
D. P. N. I.	21	1	4.7

Tabla 5: Edad gestacional de las pacientes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

SEMANAS GESTACIONN	P. PREVIA		D.P.F.N.I.	
	No.	%	No.	%
28---- 31	6	15.3	2	9.5
32---- 35	8	20.5	4	19.0
36---- 39	20	51.2	11	52.3
40---- 43	5	12.8	4	19.0
TOTAL	39		21	

Tabla 6: Casos de hemorragia en la segunda mitad del embarazo con enfermedad materna asociada.

ENTIDAD	TOTAL	No.	%
P. PREVIA	39	1	2.5%
D.P.P.N.I.	21	2	9.5%

Tabla 7: Sexo de producto en relación con la hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

SEXO DEL PRODUCTO	P. PREVIA		D.P.P.N.I.	
	No.	%	No.	%
FEMENINO	26	58.9	10	47.6
MASCULINO	16	41.1	11	52.4
TOTAL	39		21	

Tabla 8: Tipo de cesárea realizada en el tratamiento de hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

TIPO DE CESAREA	P. PREVIA		D.P.P.N.I.	
	No.	%	No.	%
CESAREA KERR	35	89.8	18	85.7
CESAREA CORPORAL	2	5.1	1	4.8
CESAREA HISTERECTOMIA	2	5.1	2	9.5
TOTAL	39		21	

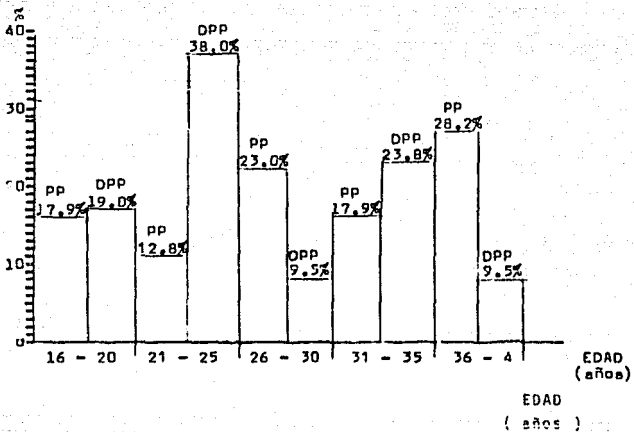
Tabla 9: Pacientes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo, que requirieron transfusión.

ENTIDAD	TOTAL	No.	%
P. PREVIA	39	12	30.7
D.P.P.N.I.	21	5	23.8

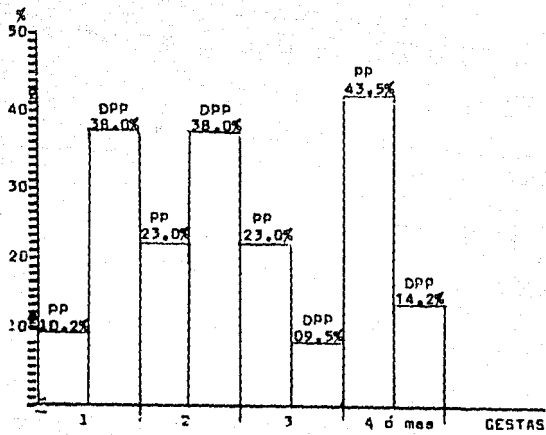
Tabla 10: Mortalidad perinatal en casos de hemorragia en la segunda mitad del embarazo

ENTIDAD	TOTAL	No.	%
P. PREVIA	39	10	17.9
D.P.P.N.I.	21	7	33.3





Gráfica 1: Edad de las pacientes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo. PP (Placenta Previa), DPP (Desprendimiento Prematuro de Placenta).



Gráfica 2: Paridad de las pacientes con hemorragia en la segunda mitad del embarazo. PP (Placenta Previa), DPP (Desprendimiento Prematuro de Placenta).

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Iffy L.; Kaminetzky H. A.: Obstetricia y perinatología, principios y práctica. 1ª ed; Buenos Aires, Argentina; 1985; pp. 1097-1131.
- 2.- Danforth D. N.; Tratado de Obstetricia y Ginecología; 4ª ed; Méx., D. F.; 1985; pp 436-446.
- 3.- Hellman L. M.; Pritchard J. A.: Williams Obstetricia; 1ª ed; Méx., D. F.; 1973; pp 530-555.
- 4.- Brink AL; Odendaal HJ: Risk factors for abruptio placentae; S Afr Med J; 1987; 72(4); 250-2.
- 5.- Vintzileos A. N.; Campbell W. A.: Preterm premature rupture of the membranes: a risk factor for the development of abruptio placentae; Am J Obstet Gynecol, 1987, 156 (5): 1235-8.
- 6.- Sholl JS: Abruptio placentae: clinical management in monacuate cases; Am J Obstet Gynecol; 1987, 156 (1): 40-51.
- 7.- Krohn M; Voigt L: Correlates of placental abruption; Br J - Obstet Gynaecol; 1987, 94(4): 333-40.
- 8.- Jakobovitz A A; Zubek L; Abruptio placentae and fetal sex - ratio; Acta Med Hung; 1988, 45(2): 191-5.
- 9.- Odendaal H J; Pattinson R C: Frequent fetal heart rate monitoring for early detection for abruptio placentae in severe proteinuric hypertension. S Afr Med J; 1988. 74(1); 19-21.

- 10.- Nielsen T F; Hagberg H: Placenta previa and antepartum hemorrhage after previous cesarea section. *Gynecol Obstet Invest*: 1989, 27(2): 88-90.
- 11.- Huang Y; Dai Z: Cesarea section in placenta previa. *Chung Hua I Hsueh Tei Chi*: 1990, 70(1): 13-5.
- 12.- Zanks S: Ultrasonographic early diagnosis of placenta previa its clinical value. *Geburtehilfe Frauenheilkd*: 1985, 45 (10): 710-13.
- 13.- Berg R; Eisinger A: Prophylactic cerclage in placenta praevia. *Zentralbl Gynakol*: 1985, 107(11): 680-2.
- 14.- Sauer M; Parsons M: Placenta previa: an analysis of threes\_ years experience. *Am J Perinatol*: 1985, 2(1): 639-42.
- 15.- McShane P M; Heyl P S: Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta previa. *Obstet Gynecol*: 1985, 65(2): 176-82.
- 16.- Odendaal H J; Dommissie J: Abruptio placentae: A challen -- ging problem for obstetricians. *S Afr Med J*: 1987, 72:238-9.
- 17.- Ozumba R J: Abruptio placentae at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu: A 3-year study. *Aust NZ J Obstet Gynaecol*: 1989, 29:117.
- 18.- Okonofus F E; Olatunbosun O A: Cesarean versus delivery in abruptio placentae associated with live fetuses. *Int J Gynaecol Obstet*: 1985, 23: 471-4.

- 19.- Andersen E S: The clinical significance of asymptomatic mid trimester low placentation diagnosed by ultrasound. Acta - Obstet gynecol Scand; 1988. 67: 339-41.
- 20.- Gilbert J; Estelles A: Abruptio placentae and disseminated intravascular coagulation. Acta Obstet Gynecol Scand; 1985, 64: 35-9.
- 21.- Mills J L; Graubard B I: Association of placenta praevia - and sex ratio at birth. Br Med J; 1987, 294: 544.
- 22.- Stong T H Jr; Brar H S: Placenta previa in twin gestation.- J of Reprod Med: 1989.