

11226

66
2 es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL GENERAL "DR. DANIEL GURRIA URGELL"**

**DETECCION DE PLACENTA PREVIA
EN LA POBLACION DEL ISSSTE DEL
1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE
DE 1994**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

Homar Gómez González

05030



ISSSTE

**SEDE
VILLAHERMOSA, TABASCO. 1998**

**TESIS CON
ALLA DE ORIGEN**



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.

DETECCION DE PLACENTA PREVIA EN LA POBLACION DEL ISSSTE DEL 1° DE ENERO AL
31 DE DICIEMBRE DE 1994

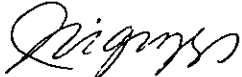
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA


Homar Gómez González



Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega
-Jefe del Departamento de Medicina Familiar
U.N.A.M.



Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
Coordinador de Investigación del Departamento
de Medicina Familiar
U.N.A.M.



Dra. María del Rocio Noriega Garibay
Coordinadora de Docencia
Departamento de Medicina Familiar

**DETECCION DE PLACENTA PREVIA EN LA POBLACION DEL ISSSTE
DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

Homar Gómez González

U. N. C. S. S. T. E.
COMISION DE ENSEÑANZA
CATEDRA DE CLINICA HOSPITAL
DR. DANIEL GUERRA FERRER
VILLAHERMOSA, TAB.

AUTORIZACIONES

Dr. Alfredo Enrique Carballo

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
para Médicos Generales en Villahermosa, Tabasco.

Dr. Juan José López Macías

Asesor de la Tesis

Dr. Juan Manuel Muñoz Cano

Asesor de la tesis

Dr. Pedro Dorantes Barríos

Revisor de la tesis

Dr. Héctor Gabriel Arteaga Aceves

Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Jefatura de Enseñanza del I.S.S.S.T.E.

INDICE

Página

Marco teórico	5
Planteamiento del problema	11
Justificación	12
Objetivos	13
Metodología	14
Resultados	16
Discusión	17
Conclusiones	18
Anexos	19

MARCO TEORICO

HISTORIA: en 1709 Schacher describió la placenta previa en una necropsia. En 1758 Von Walbaum usó una vejiga de animal, distendida con aire como un tapón vaginal, para cohibir la hemorragia. Al iniciar este siglo, Voorhees colocaba un balón de 10 cm., lleno de agua en el cuello uterino para comprimir la placenta. En 1927 Bill recomendó el empleo liberal de la transfusión sanguínea y le ejecución más frecuente de la cesárea. En 1945 Johnson y Macafee recomendaron el tratamiento conservador de la placenta previa, con el fin de disminuir las cifras de mortalidad perinatal. La expulsión se difería hasta que el feto alcanzaba un estado de madurez o hasta que la gravedad de la hemorragia inicial o ulterior obligaba a ello.

La placenta previa, es una complicación grave del tercer trimestre del embarazo, que se observa una vez en cada 200 partos se conoce poco de la causa sin embargo la multiparidad y la edad avanzada parecen favorecer su aparición, y de ellas la edad más que la paridad.

El dato más importante es la hemorragia vaginal continua o recidivante, indolora, en el último trimestre sin causa reconocible. Se produce aproximadamente durante las últimas dos semanas o en un 5% al término del embarazo.

El ultrasonido es un método para determinar la localización placentaria, no expone al producto a la radiación, sobre todo con las técnicas de Dopler en color¹³. Es correcto en el 93 a 28% de los casos. La mortalidad es de 5 a 10% si la placenta previa aparece en el embarazo a término y de un 30 a 40% si es antes. La mortalidad materna aumenta e incluso llega a 0%.

DEFINICION

Placenta implantada en el segmento uterino inferior, con diversos grados de obturación del orificio cervical interno.

FRECUENCIA

Es variable según las estadísticas revisadas, ha sido reportada de 0.4 a 0.6%⁵, hasta 0.25% de una estadística realizada en el Parkland Memorial Hospital de Boston²⁵. Es mucho más frecuente en multiparas y en mayores de 35 años^{3,8,11,18,25}.

También aparece con mayor frecuencia en mujeres que han tenido diversas patologías del endometrio, tal como endometritis, miomas e infecciones obstétricas, así como en aquellas que se han sometido a intervenciones quirúrgicas, específicamente la operación cesárea^{12,16,31}.

Según el grado de obturación de la placenta en el orificio, cabe describir los siguientes tipos de placenta previa.

a) **PLACENTA PREVIA CENTRAL TOTAL:** (23 a 31.3%) es la placenta que ocluye por completo el orificio cervical interno.

b) **PLACENTA PREVIA CENTRAL PARCIAL:** (20.6 A 33%) Es la placenta que ocluye parcialmente el orificio cervical interno.

c) **PLACENTA PREVIA MARGINAL:** (37 a 54.9%) Cuando se inserta en el segmento inferior pero sin alcanzar el borde del orificio cervical interno^{2,4,7,15,16,21}.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Etiológicamente desempeñaría un papel la irrigación deficiente en el lugar de la implantación, lo cual podría explicar también que en la presencia de cesáreas anteriores se presente con mayor asociación este problema. Algunos autores analizan en papel de distintos efectos ambientales como el uso de cigarrillos⁷.

La placenta previa puede originarse primitiva o secundariamente. Entendemos por origen primitivo aquel en el cual la situación placentaria anormal, se debe a la implantación baja del huevo: existen 2 factores que impiden la implantación del blastocito en un lugar normal y son los siguientes:

a) **ALTERACIONES ORGANICAS DEL ENDOMETRIO:** como son las endometritis, miomas e incisiones uterinas previas.

b) **MADURACION IRREGULAR DEL ENDOMETRIO:** se caracteriza porque se encuentra en la segunda mitad del ciclo, un endometrio en parte secretor y en parte todavía proliferativo. Si en estas condiciones hay fecundación, el blastocito sólo podrá implantarse en una zona que est, en secreción. Esta zona podría ser el segmento inferior.

Entendemos por origen secundario aquel en el que la inserción en el segmento inferior se debe a la extensión patológica hacia abajo de un trofoblasto, que inicialmente se implantó de un modo correcto. Es un hecho observado que del 10 al 15% de las amenazas de aborto tratadas con éxito, terminan en placenta previa al madurar el embarazo.

Existe una teoría que explica el origen de la placenta previa de la manera siguiente: después de la implantación en la región del cuerpo uterino, una hemorragia de implantación, intensa, arrastraría al huevo, que sería entonces expulsado o bien se emplantaría de nuevo en un segmento uterino más bajo, como en el trabajo de Obed, en el cual se determina una frecuencia de 1 a 2% contra 0.4 en aquellas mujeres sin hemorragia del primer trimestre, aunque no es la única causa probable, tal como ya se dijo líneas antes^{14,26,27}.

ANATOMIA PATOLOGIA

Hemos de distinguir 2 tipos de lesiones:

a) **LESIONES PLACENTARIAS:** en la zona de inserción no se produce una decidua basal, ya que ésta requiere para su formación la existencia de endometrio bien desarrollado y en la región ístmicocervical hay apenas desarrollo de la mucosa endometrial. Los tabiques deciduales que normalmente dividen a la placenta en cotiledones, no existen, por lo que se encuentran 2 zonas en la placenta: una lisa sin cotiledones, correspondiendo a la zona de inserción baja y otra con cotiledones, que corresponde a una inserción más alta. También se observan con frecuencia anomalías en la forma de la placenta, siendo ovoidea u oblonga y en otras ocasiones de forma muy irregular.

b) **LESIONES UTERINAS:** Como consecuencia de la inserción placentaria baja, la zona de gran vasculación está desplazada, apareciendo una neoformación vascular en la región del cuello. Si el huevo no encuentra los materiales nutritivos necesarios, la invasión del córion es mayor y da lugar a varicosidades que entrañan, por su posible rotura, un gran peligro de hemorragia. Si la placenta penetra en la capa músculo-conjuntiva del cuello, se produce lo que se le llama **PLACENTA INCRETA** que tiene el desprendimiento como consecuencia^{4,9}.

CUADRO CLINICO

Varía mucho ya que depende de la variedad de placenta previa y el momento del embarazo en que se manifieste. El síntoma principal es la hemorragia por vía transvaginal, cuyas características son las siguientes:

- a) Aparición de la hemorragia durante la segunda mitad del embarazo.
- b) Indoloro, en ocasiones sorpresivo para la paciente, ya que puede aparecer durante la noche.
- c) Sangre fresca y roja, rutilante.
- d) Sangre líquida pero con coagulación normal.

En promedio 90% habrán sufrido cuando menos una hemorragia preparto importante y 10 a 25% de ellas mostraron choque hipovolémico: la mayor parte de éstas en la forma de placenta previa central total.

Por la exploración de la embarazada podemos obtener otros datos, que nos ayudan a comprobar el diagnóstico como son, la falta de encajamiento de la cabeza fetal en el estrecho superior, encontrándose aquella a veces muy alta y con gran movimiento y es causa, con gran frecuencia de la presentación podálica y de situación transversa. La presentación podálica es de 3 a 4 veces más frecuente, que en el grupo general de embarazadas y la situación transversa es de 12 a 20 veces más frecuentes.

No hay dolor uterino o abdominal y el útero por regla es blando. Las parturientas con los tipos más graves de placenta previa, tienden a sangrar en fecha más temprana y con mayor profusión y 50% de las que tienen el tipo total sufren la primera hemorragia antes de las 30 semanas del embarazo^{3,4,6,9,10,18,20,25}.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico directo de la placenta previa se basa, en la exclusión de otros procesos capaces de motivar una hemorragia del tercer trimestre del embarazo y tratar de demostrar la localización exacta de la placenta. Se ha visto que sólo una cuarta parte de todas las causas de hemorragia en éste trimestre corresponden a la placenta previa²³.

Entre las causas más frecuentes de hemorragia están las v rices vulvares, heridas vaginales y cervicitis, demostrables con espéculo. Se impone por lo tanto la exploración de rutina con este instrumento en toda gestante del tercer trimestre que consulta por hemorragia vaginal. Aparte de las lesiones expuestas en el canal del parto, otros procesos como la *abruptivo placentae* y rotura uterina, pueden simular una placenta previa.

La localización de la placenta es fundamental para el diagnóstico de la placenta previa. Clínicamente algunos autores prohíben el tacto vaginal, sin embargo, otros dicen que puede ser realizado en una sala de quirófano para intervenirlo de urgencia si es necesario. El tacto se hará vaginal y no rectal porque la placenta previa suele tener su inserción en la parte posterior del útero y con la maniobra rectal provocaremos más fácilmente su desprendimiento^{4,9,11}.

Además de la clínica, tenemos otros métodos de laboratorio y de gabinete para la localización exacta de la placenta, con diversos grados de inocuidad para el feto y son los siguientes:

a) **METODOS RADIOGRAFICOS:** Han sido profusamente empleados, la radiografía simple, ha presentado buenos resultados cuando encuentran una distancia entre la cabeza y la pared pelviana superior a los 2 cm., (tanto en las proyecciones anteriores como laterales). La cistografía y la proctografía buscan el mismo signo descrito por UDE: La percepción de un almohadillado entre la cabeza fetal y el recto o la vejiga, rellenos bien de aire u otros medios de contraste. La radiografía directa trata de descubrir la placenta visualizándola, bien por la inyección de contraste en líquido

amniótico (AMNIOGRAFIA), por la inyección en el espacio intervelloso a través de la aorta (ARTERIOGRAFIA) o de la vena femoral (FLEBOGRAFIA), técnicas ambas englobadas dentro de la ANGIOGRAFIA.

b) **RADIOISOTOPOS:** Diluyendo en la sangre materna trazadores (^{131}I yodo, ^{234}Tc tecnecio, ^{113}In indio y ^{51}Cr romo), puede detectarse la acumulación sanguínea en la placenta mediante un contador de centelleo y examinando la zona de máxima radiactividad uterina, establecer, aproximadamente, la localización placentaria.

c) **LOCALIZACION CON ULTRASONIDO:** Fue inicialmente utilizado hace más de 15 años para el diagnóstico de placenta previa. Es en la actualidad la técnica de localización placentaria que excede en utilidad a los demás métodos y no se ha acompañado de lesión fetal alguna, lo cual permite exámenes repetidos. La llegada de los exámenes de ultrasonido en el segundo trimestre para amniocentesis genética, ha identificado entre el 5 y el 28% de pacientes quienes tuvieron implantación baja de placenta. Como las pacientes son diagnosticadas de las 14 a 18 semanas, la mayoría de éstas implantaciones bajas se convierten a posición normal al término. El uso de ultrasonido, más la historia clínica y el examen físico ha facilitado el diagnóstico antenatal de mola coexistente con feto, que puede confundirse con placenta previa.

El diagnóstico exacto de éste método, para confirmar placenta previa en casos de sangrado transvaginal inexplicable es de 93 a 98%^{3,4,6,8,13,18,21}.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe realizarse a fin de descartar todos los cuadros patológicos que producen sangrado durante la segunda mitad del embarazo, principalmente:

- a) Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- b) Pólipos cervicales
- c) Erosión cervical
- d) Carcinoma cervicouterino¹⁰ (Variedades exofíticas)

COMPLICACIONES

Son múltiples y pueden ocurrir durante el embarazo, el parto y la cesárea:

- a) **Durante el embarazo:** Hemorragias profusas, choque hipovolémico, sufrimiento fetal y trastornos de la coagulación¹⁶.
- b) **Durante el parto:** mayor frecuencia de distocias, hemorragia intraparto y muerte fetal intraparto.

c) **Durante la cesárea:** mayor frecuencia de *acretismo placentario* y de atonía uterina, entre otras^{31,32}. Esto ha llevado a intentar manejar este problema mediante técnicas tales como la donación autóloga cuando se detecta tempranamente¹⁰ o la anestesia regional⁵ por el riesgo alto de choque y muerte cuando se ha presentado el sangrado profuso.

EVOLUCION

Existen muchos síntomas que hacen que el parto en la placenta previa, sea bastante distinto de un parto normal. En primer lugar la cabeza no se encaja en el estrecho superior o lo hace tardíamente, en segundo término las contracciones son débiles. La evolución es muy distinta según se trate de placenta previa central total o parcial por un lado: o de placenta marginal o baja por otro lado. En el primer caso puede ocurrir la muerte de la mujer por anemia aguda, sin que se haya efectuado el período de expulsión. Pero aunque esto no ocurriera así, en el momento de la expulsión, la placenta debería ser expulsada antes que el feto, quien quedaría privado de irrigación sanguínea y se produciría la muerte de la madre y del feto.

Cuando hay una inserción baja o una placenta previa marginal la dilatación produce hemorragia en forma sucesiva, hasta que se rompe la bolsa y la placenta es rechazada contra la pared uterina, con lo que la hemorragia se cohiba por la compresión que ejerce la cabeza fetal, por lo tanto la evolución en estos casos es favorable⁴.

PRONOSTICO

Es malo para la madre y el feto. El pronóstico materno arroja una mortalidad de 0.9 a 3%. Para el feto es peor, se refiere una mortalidad de 5 a 10% si la placenta previa aparece en el embarazo a término y de un 30 a 40% si aparece antes, pues entonces, los riesgos como la hemorragia, mal estado de la madre sobre él, intervenciones de elevada mortalidad fetal así como la prematuridad, ya que en ocasiones hay que intervenir en el séptimo u octavo mes del embarazo, producen éste pronóstico. Las cifras de prematuridad oscilan entre el 20 y 50%^{6,18}.

CRITERIO OBSTETRICO Y TRATAMIENTO

Para establecer un tratamiento adecuado, para pacientes con complicaciones hemorrágicas del tercer trimestre es preciso un diagnóstico con los métodos antes mencionados. La paciente debe ingresar al hospital, tener reposo absoluto, tipificación sanguínea y en caso de necesitarse, efectuar transfusión sanguínea.

TRATAMIENTO CONSERVADOR

Desde la introducción del manejo expectante en 1945, ha sido lograda una importante y marcada reducción de la mortalidad materna. Las pacientes ingresadas con placenta previa, que son manejadas en forma espectáculo a base de transfusiones anteparto y terminación electiva temprana del embarazo.

CANDIDATAS A TRATAMIENTO CONSERVADOR

Debe hacerse sólo cuando:

- a) El Primer episodio hemorrágico no pone en peligro la vida, no origina choque hipovolémico y se pierden menos de 500 mL.
- b) El feto está vivo y no ha alcanzado y no ha alcanzado un grado de madurez compatible con su existencia extrauterina.
- c) La mujer no está en trabajo de parto.
- d) Los siguientes episodios hemorrágicos no ponen en peligro la vida ni originan choque hipovolémico.

Pedowitz refiere que el tratamiento expectante brinda mejores resultados en casos de placenta previa parcial, que en casos de placenta previa total^{8,18}.

CESAREA

Se deber practicar en casos de placenta previa central total y parcial. Así mismo en casos de inserción baja o marginal, cuando el sangrado es escaso y la dilatación progresa. Se logra al efectuar amniotomía y el sangrado cede al apoyarse la presentación cefálica, sobre el borde anterior del útero ejerciendo efecto hemostático^{3,6,11,18,25}.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos asociados a la reproducción aumentan su relevancia en función de la mejor atención que permite detectarlas de manera temprana. Una vez en cuenta, es posible aumentar la probabilidad de su diagnóstico oportuno y manejo correcto. Dentro de esos trastornos se encuentra la placenta previa, misma que de acuerdo a su etiología, puede encontrarse en aumento. De ese modo se disminuirían los costos por estancia, tanto para la madre como del recién nacido, así como los riesgos por transfusión y las enfermedades que se pueden transmitir por este medio.

Si bien el manejo de las anomalías de la inserción de la placenta sigue siendo la cesárea, la intervención oportuna en pacientes con detección temprana disminuye los riesgos de lesiones en el neonato y de morbilidad y mortalidad materna por choque hemorrágico, sobre todo en aquellas mujeres en las cuales no se lleva un control estricto y comienzan el trabajo de parto en sus domicilios. Por esto se plantea la siguiente pregunta: ¿es frecuente la placenta previa en el ISSSTE?

JUSTIFICACION

La placenta previa es un problema de salud ya que incide en el binomio madre hijo, presentándose en la literatura con frecuencia de una en 200 embarazos a término. Por ello en este trabajo se ha pretendido determinar la frecuencia de la placenta previa en el total de los embarazos así como los factores predisponentes que pudieran preverse a fin de evitar las complicaciones que conlleva dicho cuadro patológico.

El grupo de las patologías asociadas al periodo perinatal y más específicamente al periodo del parto, son una de las causas más importantes de muerte infantil, siendo la principal para los países desarrollados según la Organización Mundial de la Salud. Existen muchas causas de morbilidad y mortalidad que pueden ser detectadas en estudios tempranos, siendo relevante la determinación de la incidencia de estos padecimientos para entidades que pueden ser diagnosticadas con anticipación. La implantación anómala de la placenta puede originar por si misma deterioro del sistema nervioso central, muerte fetal, hemorragia grave materna y muerte del binomio madre feto por choque hipovolémico.

Por otra parte, la necesidad de transfusiones durante el cuadro de hemorragia aguda lleva el riesgo de transfusión de microorganismos que eventualmente no hayan desarrollado enfermedad en el donador o que no se detecten corrientemente, como ahora es el caso de sífilis, hepatitis B y sida. Por último, si bien en los países desarrollados, a pesar de mejor tecnología para la atención obstétrica, se encuentra que la necesidad de educación especial es de alrededor del 3%, en nuestro país recién se publicó un reporte de la Secretaría de Salud en el cual se encuentra una cifra del 10%. Al disminuir los insultos al binomio madre hijo sobre todo en el momento del parto, como es este caso, eventualmente se contribuiría a la disminución de esta cifra.

OBJETIVO

Objetivo general:

Determinar la frecuencia de placenta previa.

Objetivos específicos:

- 1.- Determinar el número de embarazadas con placenta previa que acudieron a la unidad de enero a diciembre de 1994 y el porcentaje de éstas en relación con el total.
- 2.- Determinar los factores de riesgo de placenta previa en esta entidad.
- 3.- Investigar la mortalidad fetal por placenta previa.

METODOLOGIA

. Tipo de estudio

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo.

. Población, lugar y tiempo

Se reunieron expedientes del período comprendido entre enero y diciembre de 1994 en la clínica doctor Daniel Gurría Urgell del ISSSTE en Villahermosa, Tabasco, y se buscaron aquellos con diagnóstico de placenta previa.

. Tipo de muestra y tamaño de muestra

Se tomó en base al número de pacientes con el problema estudiado, con independencia de la cantidad encontrada.

. Criterios de inclusión

- Embarazadas derecho habientes del ISSSTE
- Pacientes que ingresen con diagnóstico de placenta previa
- Período de enero a diciembre de 1994

. Criterios de exclusión

- Embarazadas no derecho habientes del ISSSTE que por algún motivo acudan a la unidad en el tiempo establecido.
- Pacientes a las que por medio de estudios de gabinete (ultrasonografía) se descartó el diagnóstico de placenta previa.

. Criterios de eliminación

- Sangrado por causas diferentes de las obstétricas.

. Información a recolectar

Datos relacionados con el cuadro clínico de la madre, condiciones de atención y manejo del embarazo, del tratamiento y de las condiciones materno fetales posteriores.

. Método o procedimiento para captar la información

Se elaboró una ficha para coleccionar los datos que se extraerían de los expedientes clínicos.

. CONSIDERACIONES ETICAS

Ya que se trató de un trabajo retrospectivo no existen consideraciones éticas con respecto a la realización del mismo. No se efectuaron procedimientos invasivos, experimentales ni se afectó a la identidad de las pacientes por lo mismo.

RESULTADOS

Se revisaron los expedientes del archivo clínico de la clínica hospital doctor Daniel Gurriá Urgell del ISSSTE en la ciudad de Villahermosa, Tabasco, en el período correspondiente al primero de enero al 31 de diciembre 1994 se encontraron diez casos de con diagnóstico final de placenta previa sangrante (ver cuadro de pacientes) con una frecuencia de 1 cada 300 embarazos.

Trimestre de presentación:

Una en el primer trimestre, 2 en el segundo y 6 en el tercero, con coeficiente de correlación de 0.99 para este último periodo (figura 1).

Edad:

Fluctuó entre los 24 y los 38 años con edad más frecuente a los 31 con tres casos, con desviación estándar de 1.28 (figura 2).

Número de embarazos anteriores:

Dos pacientes no tenían embarazos anteriores, 4 habían tenido uno, dos pacientes dos embarazos y una tenía 4 embarazos previos, ninguno de los cuales había desarrollado placenta previa (figura 3).

Cesárea previa:

A dos pacientes se les había realizado esta cirugía (22%).

Abortos:

Una paciente había presentado dos abortos y a una se le encontró uno como antecedente.

Tabaquismo:

Ninguna de las pacientes aceptó el uso del tabaco.

Manejo de ingreso:

A 2 pacientes inicialmente se les manejó con inhibidores de la contracción uterina pues se les diagnosticó como parto pretérmino.

Intensidad de la hemorragia:

De acuerdo a los datos de hematocrito y los signos clínicos de la hipovolemia, hubo necesidad de transfundir 4 unidades de paquete globular a cuatro pacientes diferentes y una de sangre completa a otra de ellas.

Terminación del embarazo:

En tres casos se decidió terminar el embarazo por la implantación de la placenta en sitio anormal expresada como hemorragia transvaginal importante, en un lapso entre la semana 24 y la semana 38 (figura 4) por cesárea de urgencia. A las demás se les canalizó a cesárea electiva. De ellas, una abandonó el hospital pues solicitó su alta para atención en otro hospital y a las 5 restantes se les realizó la cirugía (figura 5).

Apgar de los productos:

Uno de los productos no sobrevivió. Otro obtuvo un puntaje de 2-3 al nacimiento que se corrigió posteriormente. Los demás obtuvieron puntajes aceptables desde la primera valoración (figura 6), ya que dos obtuvieron 7-8 y cuatro 8-9.

Peso al nacer:

El promedio del peso de los recién nacidos fue de 3 kg. con desviación estándar de 1.6 kg. (figura 7).

Manejo postoperatorio:

Sólo en 1 paciente hubo necesidad de aplicar ergonovina como terapéutica de sostén al egreso y hubo un máximo de 5 días de hospitalización en este grupo con promedio de 2.4 días de estancia (figura 8).

DISCUSION

En el presente estudio se encontró una incidencia de 1 caso de placenta previa por cada 300 mujeres embarazadas que acudieron a control a éste hospital en 1994. Dicho diagnóstico fue realizado por métodos clínicos y en todos los casos posterior al establecimiento de la placenta previa sangrante. Por otra parte, no existe reporte de estudios de anatomía patológica en estas pacientes.

Los resultados de la búsqueda en apariencia resultan menores que en la literatura^{1,2} si se compara con el número de pacientes de obstetricia del Hospital Gurría Urgell. La falta de criterios diagnósticos estrictos dificultó identificar todas las pacientes de obstetricia por lo que el índice no puede ser calculado con precisión. Sin embargo es claro en la literatura que es un problema que se diagnostica con dificultad^{8,12}, y que inclusive hace necesario el que se realicen estudios ultrasonográficos transabdominales y transvaginales a las mismas pacientes, según Lauria y cols.¹⁹ y Smith y cols.²⁸.

La edad, la multiparidad y el tabaquismo no fueron factores que se encontraron en los antecedentes de estas pacientes y por lo tanto no predisponentes, contrario a lo encontrado por Handler¹⁴ y Thomas²⁹ en sus pacientes. Amanth y cols.¹ al comparar entre fumadoras y no fumadoras encuentran diferencias significativas con un riesgo doble en lo que se refiere a *abrupto placentae* pero no con placenta previa, como sucede en esta serie. Incluso para aquella entidad no encuentran correlación con el número de cigarrillos consumidos cada día aunque mencionan una cantidad tan alta como 5.89% de pacientes que desarrollaron hemorragias de origen desconocido en toda la serie por lo que afirman que las tres entidades tienen diferentes orígenes.

En otras referencias como Chelmow⁵, Filipov¹⁰ y Hershowitz¹³, en las que se coloca a la cesárea hasta en el 50% de los casos, no encontramos esa misma frecuencia en los antecedentes pues sólo fue de 22%. Esto es semejante a los hallazgos de Hemminki y Merilainen¹⁵ que en un análisis retrospectivo en Finlandia determinaron tras coleccionar los expedientes clínicos de 16,938 pacientes a las que se les había realizado este tipo de cirugía que la cesárea segmentaria es un riesgo modesto para placenta previa.

En esta serie no se encontró retardo en el crecimiento uterino como el que mencionan todos los autores^{14,29}, probablemente debido a que estas mujeres no refirieron el uso del tabaco

durante el periodo de gestación, asociación bien determinada para esta malformación fetal pero no tan aceptada para la placenta previa².

Todas las pacientes que se presentaron en el tercer trimestre fueron diagnosticadas por medio de sangrado transvaginal se les realizó posteriormente la operación cesárea lo cual no es similar a los datos de otros autores pues mencionan un porcentaje de terminación quirúrgica de sólo entre el 62 y el 72% ^{11,23}.

En el Centro Médico Nacional La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social se encontró que del porcentaje de placenta previa 46% correspondió a posición anatómica total, parcial al 15.15% y 38.4% marginal para 1996, mientras que a las pacientes de esta serie no se les reportó la posición. Es posible que la diferencia de frecuencia entre nuestra serie y las de otros autores sea precisamente que no se diagnostiquen los casos de placenta previa marginal.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de la placenta previa en nuestro hospital fue de 1 en 300.
2. La multiparidad no fue un factor de riesgo predisponente a placenta previa.
3. El antecedente de cesárea previa no fue estadísticamente representativo como factor predisponente.
4. El tabaquismo no fue un factor predisponente en esta serie de pacientes.
5. La moda de la edad de las pacientes fue de 31 años por lo que tampoco es factor predisponente.
6. La estancia hospitalaria tuvo un promedio de 3.8 días.
7. El puntaje apgar de los productos en más del 50% fue mayor a 6.
8. La población estudiada es poca al igual que información relativa a estas pacientes, por lo que se requieren mejores instrumentos de recolección a fin de efectuar trabajos estadísticos de valor.
9. Deben incrementarse las campañas de educación médica continua y capacitación hacia los cuidados del embarazo, llevando en las unidades de atención, además, un seguimiento prenatal correcto, complementado como mínimo con dos estudios ultrasonográficos en este período, para mejorar el criterio de placenta previa, unificando criterios de diagnóstico y manejo.
10. Evitar en lo posible el incremento del porcentaje de la operación cesárea pues es factor predisponente en series encontradas en la literatura de placenta previa y que en el hospital estudiado fue del 22%.

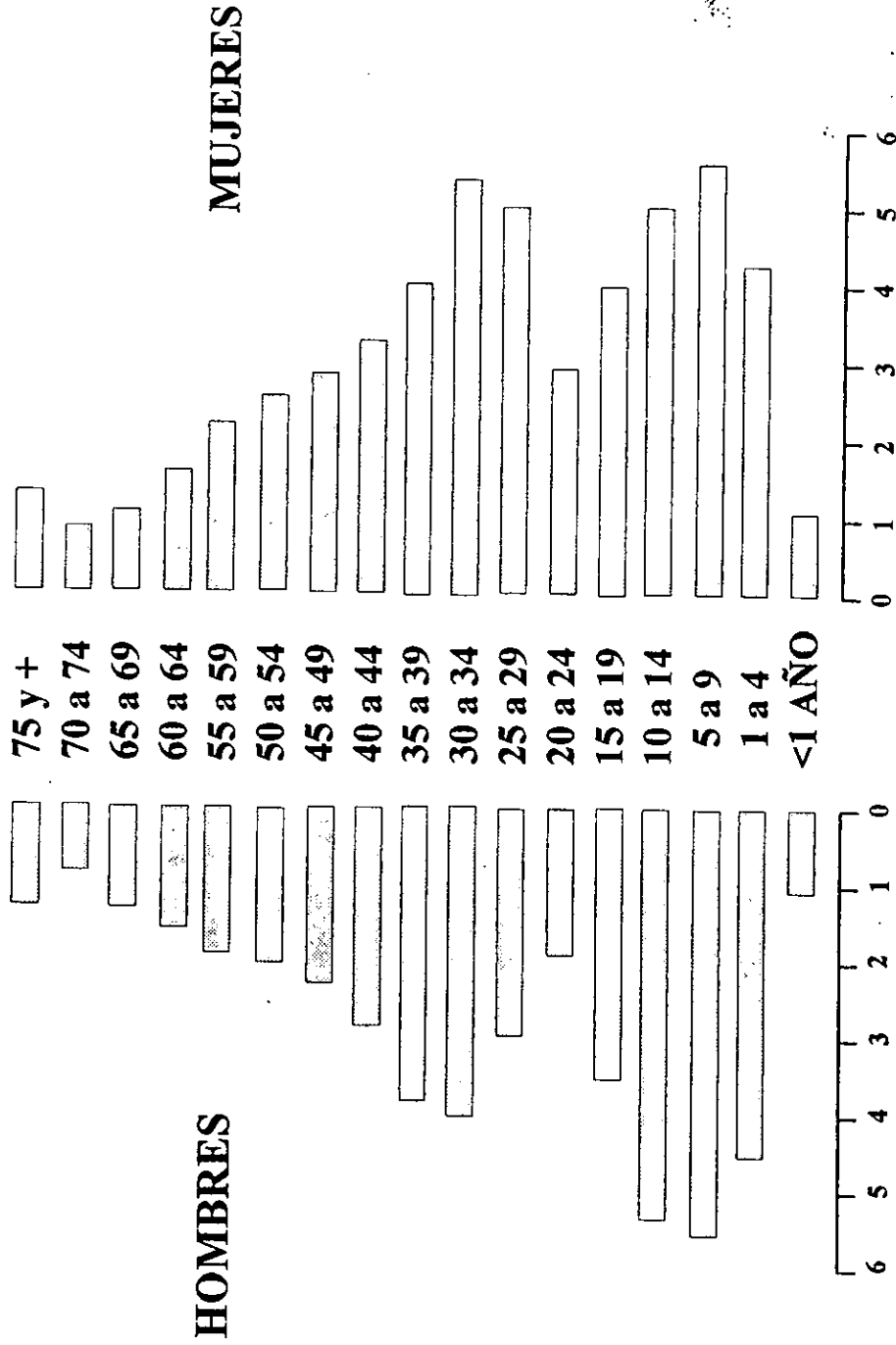
11. Mejorar la valoración de Apgar a todos los productos por medio de capacitación que asisten a los neonatos.
12. Establecer criterios para detección temprana y manejo oportuno.
13. En el presente trabajo se encontró que en este padecimiento no es frecuente, ya que sólo hubo una muerte perinatal por esta causa, ya que las pacientes que acudieron en el año fueron un número bajo. Por lo que se sugiere la búsqueda de casos, en los servicios de primer nivel de salud como son las unidades de medicina familiar.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD	FUMA	GESTA	GESTA SEMANAS	ABORTO	PARTO	GESARE	APGAR
MARIA E RAMOS PATINO	NO	I	33			1	8-9
JULIA GONZALEZ CAMBOS	NO	II	31			2	8-9
MARGARITA MAYOLOPEZ	NO	III	31		1	2	7-8
PATRICIA BRIONES R	NO	V	26	2	2	1	7-8
PATRICIA BRAVO RUIZ	NO	II	38		1	1	8-9
SILVIA MARTINEZ	NO	III	31		2	1	8-9
AYDEE PEREZ JIMENEZ	NO	II	26	1		1	FALLECIO
REBECA RAMON SOLIS	NO	II	33	-	-	-	-
EMMA SALVADOR SANCHEZ	NO	I	24			1	2-4

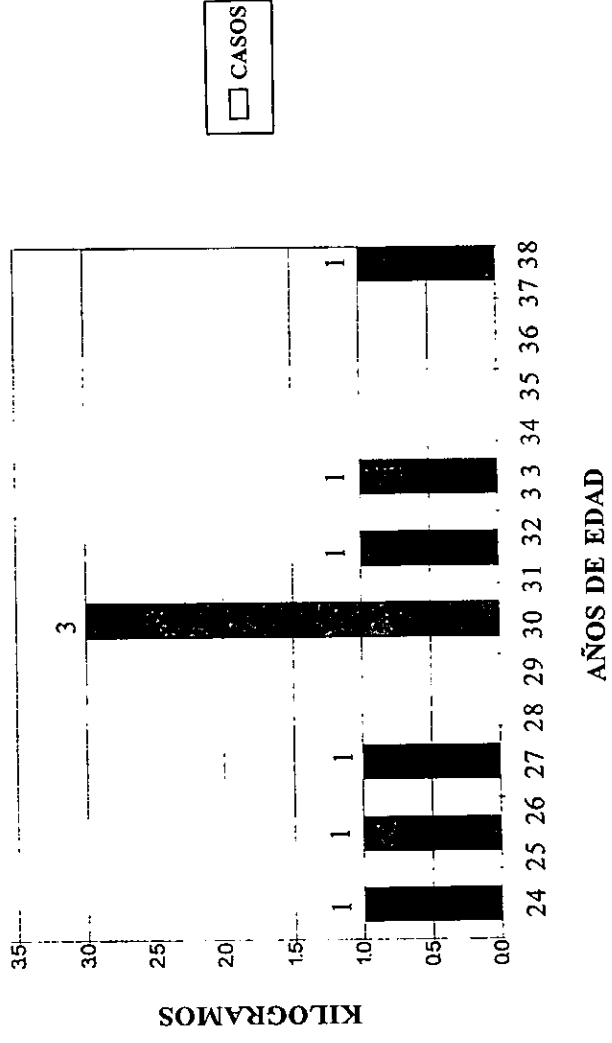
PIRAMIDE POBLACIONAL

1993



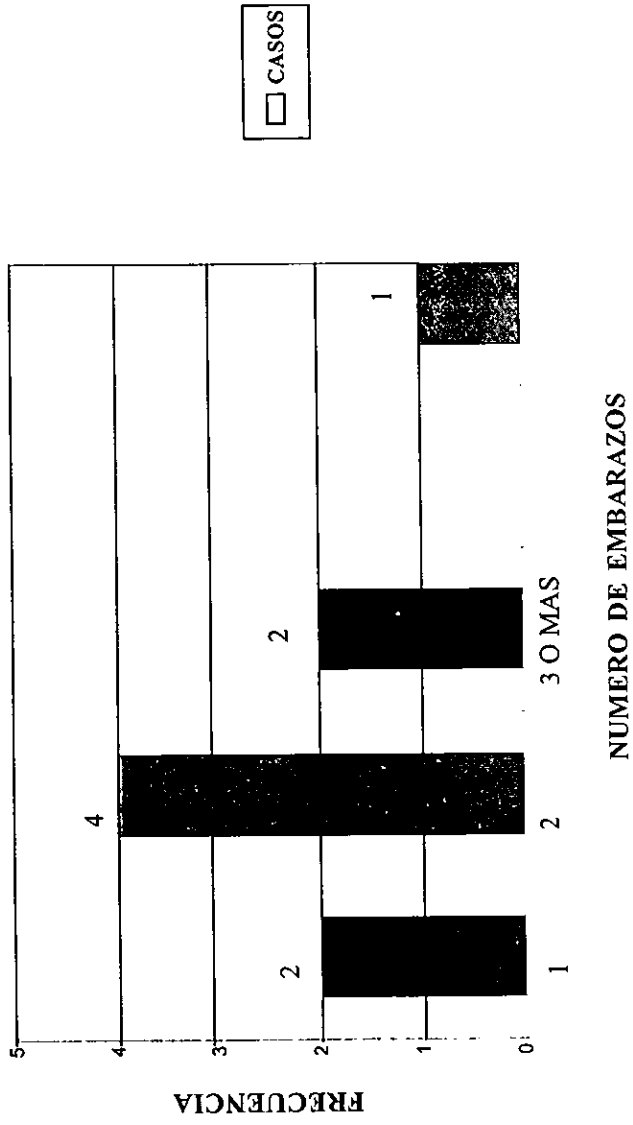
FUENTE: SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

FIGURA 2
EDAD DE LA MADRE



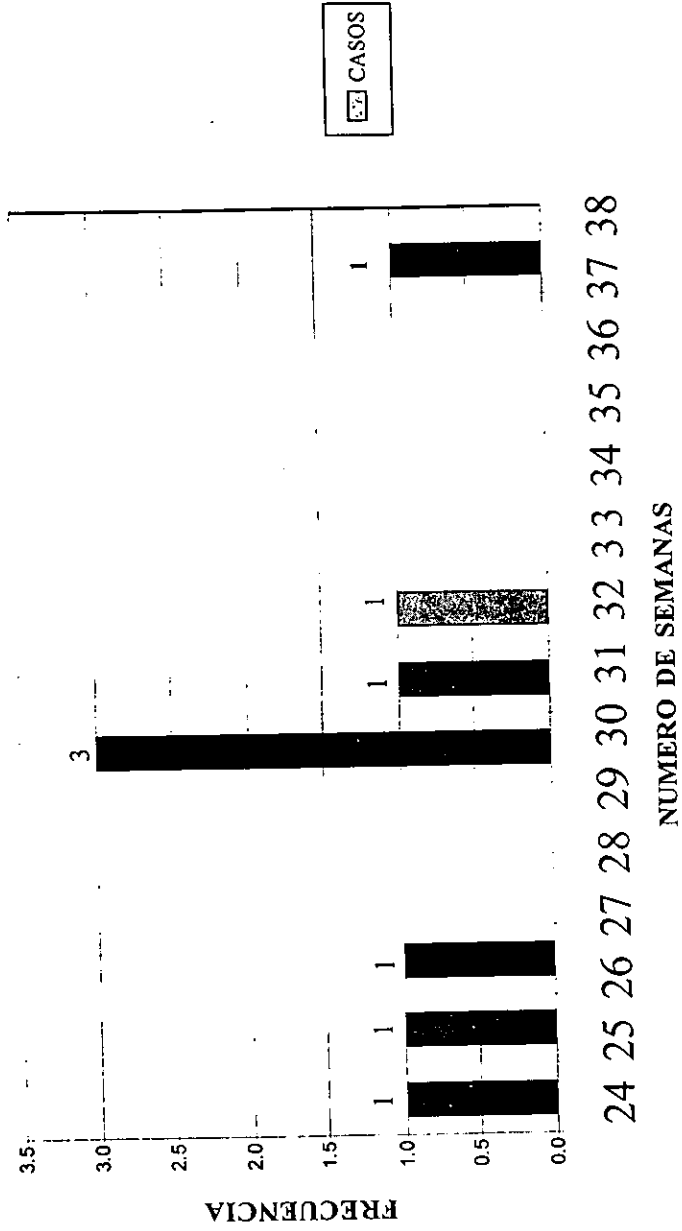
FUENTE: ARCHIVO CLINICO
HOSPITAL DR. DANIEL GURRIA URGELL

FIGURA 3
EMBARAZOS ANTERIORES



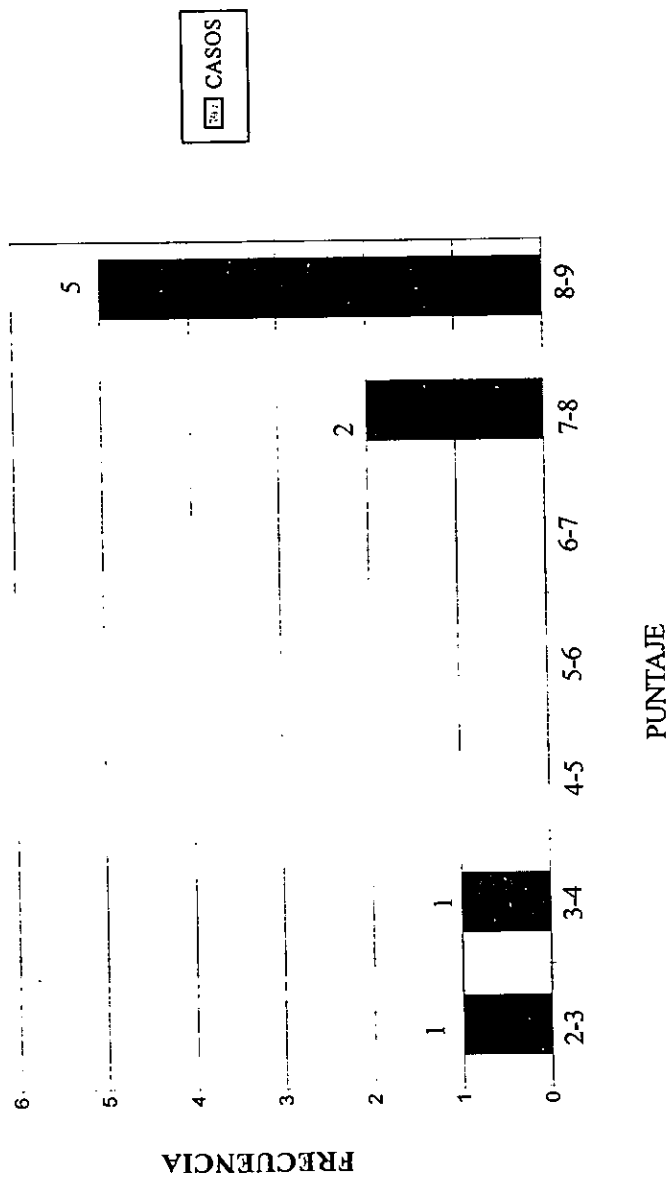
FUENTE: ARCHIVO CLINICO
HOSPITAL DR. DANIEL GURRIA URGELL

FIGURA 4
SEMANAS DE GESTACION



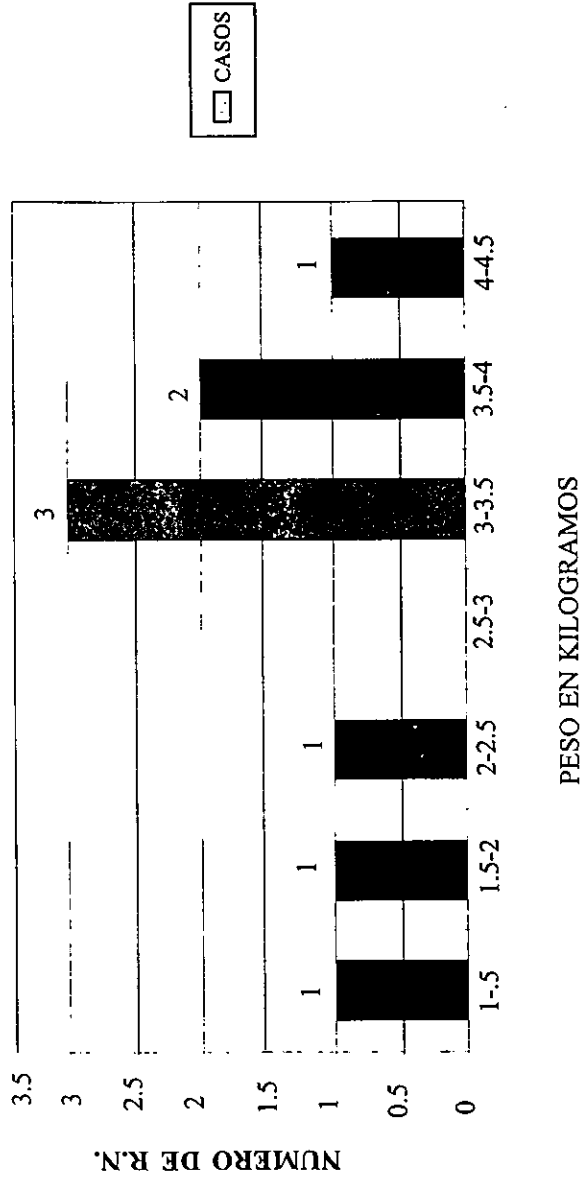
FUENTE: ARCHIVO CLINICO
HOSPITAL DR. DANIEL GURRIA URGELL

FIGURA 6
VALORACION DE APGAR



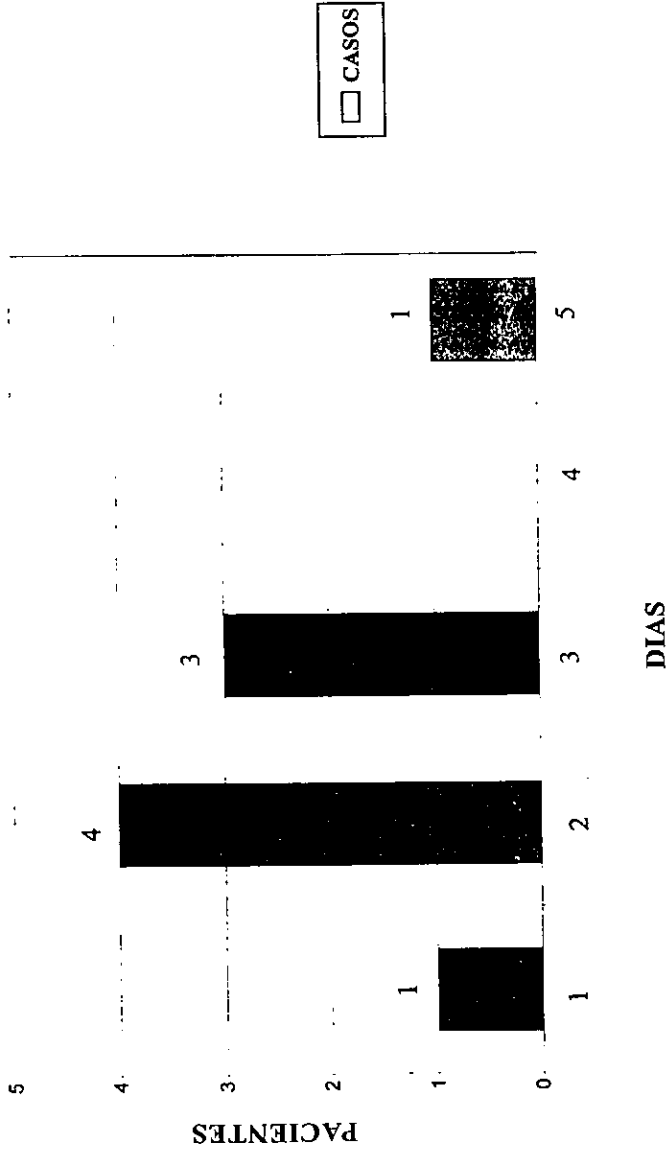
FUENTE: ARCHIVO CLINICO
HOSPITAL DR. DANIEL GURRIA URGELL

FIGURA 7
 PESO DEL PRODUCTO



FUENTE: ARCHIVO CLINICO
 HOSPITAL DR. DANIEL GURRIA URSELL

FIGURA 8
DIAS DE HOSPITALIZACION



FUENTE: ARCHIVO CLINICO
HOSPITAL DR. DANIEL GURRIA URGELL

REFERENCIAS

1. Ananth, C V; Savitz, D A; Luther, E R. Maternal cigarette smoking as a risk for placental abruption, placenta previa and uterine bleeding in pregnancy. *Am j epidemiol*, 1996 nov 1 144(9):881-889
2. Andres, R L. The association of cigarette smoking with placenta previa and abruptio placentae. *Semin-perinatol* 1996 apr. (20)2:154-159
3. Baber, H. Placenta previa. En: **Complicaciones Quirúrgicas del Embarazo**. Panamericana, Buenos Aires. 1978:559-562.
4. Benson R. Placenta previa. En: **Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos**. Manuel Moderno, 1a. Edición, México. 1982:713-718
5. Bonner, SM; Haynes, SR. The anaesthesia management of caesarean section for placenta praevia: a questionnaire survey. *Anaesthesia* 1995 50(11):992-994
6. Botella, J. Placenta previa. En: **Patología Obstétrica, Tomo II**. Editorial Científico Médica, 11a. Edición, Madrid. 1978:671-693.
7. Chelmow, D; Andrew DE. Maternal cigarette smoking and placenta previa. *Obstet gynecol* 1996 87(5 pt 1):703-706
8. Comeau, J. "Early Placenta Previa and Delivery Outcome". *American Journal of Obetrics and Gynecology*; Vol 61.
9. D'Angelo, L: "Conservative Management of Placenta previa, A Cost-Benefit Analysis". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 1994 149(3):320-323.
10. Dinssmoor, MJ; Hogg, BB. Autologous blood donation with placenta previa: it is feasible? *American journal perinatology* 1995 12(6):382-384
11. Droste, S; Keil, K. Manejo expectativo de placenta previa: Análisis de costo-beneficio del tratamiento extrahospitalario.. *American Journal Obstetricia and Ginecology* 1994 May; 170 (5 Pt 1):1254-1257.
12. Filipov, E; Ruseva, R. The localization of the placenta in pregnant woman with one or more past cesarean section. *Akush ginecol Sofiia*, 1995 34(3):7-8

REFERENCIAS

1. Ananth, C V; Savitz, D A; Luther, E R. Maternal cigarette smoking as a risk for placental abruption, placenta previa and uterine bleeding in pregnancy. *Am j epidemiol*, 1996 nov 1 144(9):881-889
2. Andres, R L. The association of cigarette smoking with placenta previa and abruptio placentae. *Semin-perinatol* 1996 apr. (20)2:154-159
3. Baber, H. Placenta previa. En: *Complicaciones Quirúrgicas del Embarazo*. Panamericana, Buenos Aires. 1978:559-562.
4. Benson R. Placenta previa. En: *Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos*. Manuel Moderno, 1a. Edición, México. 1982:713-718
5. Bonner, SM; Haynes, SR. The anaesthesia management of caesarean section for placenta praevia: a questionnaire survey. *Anaesthesia* 1995 50(11):992-994
6. Botella, J. Placenta previa. En: *Patología Obstétrica, Tomo II*. Editorial Científico Médica, 11a. Edición, Madrid. 1978:671-693.
7. Chelmow, D; Andrew DE. Maternal cigarette smoking and placenta previa. *Obstet gynecol* 1996 87(5 pt 1):703-706
8. Comeau, J. "Early Placenta Previa and Delivery Outcome". *American Journal of Obetrics and Gynecology*; Vol 61.
9. D'Angelo, L: "Conservative Management of Placenta previa, A Cost-Benefit Analysis". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 1994 149(3):320-323.
10. Dinssmoor, MJ; Hogg, BB. Autologous blood donation with placenta previa: it is feasible? *American journal perinatology* 1995 12(6):382-384
11. Droste, S; Keil, K. Manejo expectativo de placenta previa: Análisis de costo-beneficio del tratamiento extrahospitalario.. *American Journal Obstetricia and Ginecology* 1994 May; 170 (5 Pt 1):1254-1257.
12. Filipov, E; Ruseva, R. The localization of the placenta in pregnant woman with one or more past cesarean section. *Akush ginecol Sofiia*, 1995 34(3):7-8

13. Fleming, AD; Johnson, C; Targy, M. Diagnosis of vasa previa with ultrasound and color flow Doppler: a case report. *Nebr med journal*, 1996 81(7):191-193
14. Handler, AS; Mason, DE; Rosenberg, DL; Davis, FG. La relación entre la exposición durante el embarazo al humo de cigarrillos y uso de cocaína y placenta previa. *Am-J-Obstet-Gynecol*. 1994 Mar; 170 (3):884-889.
15. Hemminki, E; Merilainem, J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am j obstet gynecol*. 1996, may 174(5):1569-1574
16. Hershowitz, R; fraser, D. One of multiple previous cesarean sections are associated with similar increased frequency of placenta previa. *Eur j obtetr gynecol reprod biol*. 1995 62(2):185-188
17. James, WH. Sex ratios of offspring and the causes of placental pathology. *Hum reprod*. 1995 10(6):1403-1406
18. Kaser, O. Placenta previa. En: *Ginecología y Obstetricia, Tomo II*. Salvat Editores. 1a. Edición Barcelona. 1979:743-750.
19. Lauria, M R. The use of second-trimester transvaginal sonography to predict placenta previa. *Ultrasound obstet gynecol* 1996, nov. 8(5):337-340
20. Megier, P. Du Rouchet, E; Desroches, A; Guesdon Maurel, F. Esperandieu, O; Orleans . Diagnóstico prenatal de una placenta previa con Doppler de color. reporte de un caso. Revisión de la literatura. *J. gynecol obst biol reprod Paris* 1994 23(3):315-317
21. Motenan, Ch. Placenta Previa. En: *Compendio de Obstetricia*. Interamericana 9a. Edición México. 1979:251-257.
22. Mondragón, H; Placenta Previa. En: *Obstetricia Básica Ilustrada*. Trillas, 1º Edición. México. 1982:351-359.
23. Mouer, JR. Placenta previa: manejo conservativo antepartum, paciente intrahospitalario vs paciente extrahospitalario. *Am-J-Obstet-Gynecol*. 1994 Jun; 170 (6):1683-1685. Discusión: 1685-1686.
24. Newton, E: The Epidemiology and Clinica History of Asintomatie Midtrimester Placenta Previa: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994 148(6):743-748.
25. Obata, S; Ishihara, Estudio Ultrasonográfico de la placenta profundamente situada y su significado clínico. *K. Nipon-Sanka-Fujinka-Gakkai-Zasshi*, 1993 Oct; 45(10):1101-1108.
26. Obed, JY; Adewole, IF. Antepartum haemorrhage: the influence of the first trimester uterine bleeding. *West afr j med* 1996 15(1):61-63

27. Parazzini, F. Dindelli, M; Luchini, L. La Rosa, m; Potenza, MT; Frigerio, L; Ferrar, A. Factores de riesgo para placenta previa. En: **Placenta** 1994. Apr. 15 (3):312-316.
28. Raja, W. **Clínicas Obstétricas y Gynecológicas; Hemorragia y choque Parto**, Edit. Interamericana, México 1976:533-542.
29. Smith, R S et al. Transvaginal ultrasonography for all placentas that appear to be low-lying or over the internal cervical os. **Ultrasound obstet gynecol** 1977, jan 9(1):22-24
30. Thomas, AG; Alvarez, M; Friedman, F Jr; Brodman, ML; Kim, J. Lockwood, C. El efecto de la placenta previa sobre la pérdida de sangre en la terminación de un embarazo en el segundo trimestre. **Obstetrics Gynecology** 1994 Jul; 84 (1):58-60.
31. To, WW; Leung, WC. Placenta previa and previous cesarean section. **Int j gynecol obstet** 1995 51(1):25-31
32. Williams, L. Placenta previa. En: **Obstetricia**. Salvat Editores, 2a. Edición Barcelona 1980:530-542.
33. Yee, B. Coexisting Hydatiniform Mole With a Live Fetus, Presenting as a Placenta Previa on Ultrasound, **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Vol: 144 No. 6 noviembre 15, 1982:726-728.