Hemorragias de la segunda mitad de la Gestación.

CORRELATO DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BOLIVAR

Revisión de 3 años en los Hospitales:
"UNIVERSITARIO DE CARTAGENA" y
"MATERNIDAD RAFAEL CALVO C."

Doctores:

BENJAMIN BLANCO MARTINEZ, M.D.*
DONALDO PEREZ PEREZ, M.D.**

JORGE CABRALES A., M.D.***
FERNANDO MENESES, M.D.***

INTRODUCCION

Las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, para muchos tratadistas y escuelas, son denominadas del tercer trimestre. En la Clínica de Maternidad "RAFAEL CALVO C." y en el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARTAGENA, las hemorragias del embarazo, eminentemente obstétricas, se dividen en hemorragias de la primera y de la segunda mitad de la gestación. Entre las de la segunda mitad, se encuentran: Placenta Previa, Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta (D.P.P.N.I.) y Ruptura Uterina. El cuadro de ruptura del seno marginal, se incluye en el de D.P.P.N.I. (5). Es preciso diferenciar estas hemorragias eminentemente obstétricas de las que pudieramos llamar ginecológicas; como son las producidas por Cervicitis, Ca. de Cervix, Várices (vaginal, vulvar o rectal), Condilomas, Polipos, Desgarros de fondos de sacos de la vagina, Vulvovaginitis sangrante (causadas por Tricomonas, Candida

Albicans o Bacterias), lesiones vulvovaginales por venéreas, etc. Estas entidades que nada tienen que ver con el embarazo, a menudo se presentan con él y, no raras veces, confunden al médico general en su diagnóstico de hemorragias de la segunda mitad de la gestación.

Para nuestra revisión se tomará el criterio más moderno, el de Hemorragias de la segunda mitad de la gestación, (2,5).

PLACENTA PREVIA

La Placenta Previa se divide en: TOTAL, PARCIAL y DE INSERCIÓN BAJA, (4,5). En la Placenta Previa Total el orificio interno está totalmente cubierto por la placenta. En la Placenta Previa Parcial el orificio interno está parcialmente cubierto por la placenta. En la Placenta Previa de Inserción Baja, la placenta solo llega al segmento inferior o al margen del orificio interno, pero no lo cubre. El borde de la placenta puede ser palpado por el dedo explorador introducido a través del cuello. Existe una variedad de esta anomalía, en la cual el borde de la placenta invade el margen del orificio interno en una considerable extensión, sin extenderse más allá de él; es lo que se llama, a veces Placenta Previa Marginal, (5).

El grado de la Placenta Previa, depende, en no pequeña medida, de la dilatación cervical existente en el momento de la exploración.

Frecuencia:

La Placenta Previa es una complicación bastante grave, pero poco frecuente, que se observa una vez en cada 200 partos. Las estadísticas contradictorias sobre la incidencia de los distintos grados de la Placenta Previa reflejan la falta de precisión en sus definiciones. En 304 casos de esta complicación estudiados en el JOHN HOPKINS

* PROFESOR ASOCIADO, del Departamento de OBSTETRICIA-GINECOLOGIA, Facultad de Medicina-Universidad de Cartagena.

** PROFESOR ASISTENTE, del Departamento de OBSTETRICIA-GINECOLOGIA, Facultad de Medicina-Universidad de Cartagena.

*** RESIDENTES III, del Departamento de OBSTETRICIA-GINECOLOGIA, Facultad de Medicina-Universidad de Cartagena.

HOSPITAL por Gutiérrez-Yepes y Eastman, el tipo de placenta total fue encontrado en un 23% de casos, el parcial en 29% y la placenta de inserción baja en un 48%, (5).

Etiología:

Poco se conoce acerca de la causa de la Placenta Previa. Sin embargo, la multiparidad y la edad avanzada parecen favorecer su aparición. Es casi el doble más frecuente en multiparas que en primigrávidas. Las mujeres de más de 35 años presentan Placenta Previa con una frecuencia de 3 y media veces mayor que las menores de 25 años. Cuando se excluye el número de partos y se consideran solamente a las primigrávidas, el aumento de la placenta previa con la edad es, sin embargo, sorprendente, (5).

Los síntomas y signos más comunes de la Placenta Previa, son: sangrado indoloro que cede espontáneamente, presentaciones altas y/o viciosas, la frecuencia cardíaca fetal (F.C.F.) generalmente está normal, o con leves variaciones. Cuando hay dolor se debe a las contracciones uterinas y por consiguiente sería intermitente. En algunos casos la hemorragia es de cierta magnitud que lleva a la paciente a presentar los signos de hipovolemia y/o shock. Cuando esto ocurre el feto está en sufrimiento y puede morir.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA (D.P.P.N.I.)

Se denomina D.P.P.N.I. al proceso de separación que sufre la placenta normalmente implantada, de su conexión uterina, entre las 20 semanas y el término del embarazo, pero antes de la expulsión fetal. Pueden aparecer todos los grados de D.P.P.N.I. desde un área de pocos milímetros de diámetro hasta la placenta entera, con síntomas y signos de variable intensidad. La gran variabilidad en las manifestaciones clínicas y patológicas del desprendimiento prematuro de la placenta normo-inserta, hacen incierta la clasificación, (4,5).

Frecuencia:

Los límites de incidencia descritos, en-

tre 1 por cada 55 partos a 1 por cada 150, dependen de los criterios de diagnóstico utilizados, (5).

Etiología:

La causa principal del D.P.P.N.I. es desconocida, pero se han evocado algunos factores etiológicos: traumatismo, cortedad del cordón umbilical, hipertensión crónica, toxemia, presión del útero aumentando de volumen sobre la vena cava inferior y déficit dietético.

Los síntomas y signos más comunes, son: Hemorragia con dolor abdominal, hiperestesia e hipertonía uterina, sufrimiento o muerte fetal, signos de hipovolemia hasta el shock, evidencias anatómicas placentarias en forma de coágulos y zonas de depresión (lisis) sobre la superficie materna. El líquido amniótico puede estar teñido de sangre, (4,5).

RUPTURA UTERINA

El útero puede romperse durante el embarazo o más frecuentemente, durante el parto.

Las rupturas del útero durante el parto se dividen en tres clases: Espontáneas, Traumáticas y Dinámicas, (4).

Las causas predisponentes de rupturas espontáneas, incluyen todos los factores mecánicos que obstruyen el descenso del feto a través del canal del parto (distocias mecánicas). Además, los factores que debilitan la pared uterina también pueden causar rupturas, incluyendo cicatrices de miomectomías y cesáreas, multiparidad y embarazo interesticial.

Las rupturas del segmento uterino suelen ser longitudinales y oblicuas; las del cuerpo y fondo suelen ser transversales.

Las contracciones normales del útero, solamente pueden causar rupturas, si la pared está lesionada. En presencia de obstrucciones mecánicas incluso el músculo normal puede romperse con contracciones intensas.

Deben tenerse presente los efectos peligrosos de la estimulación excesiva con agentes útero-estimulantes como la Oxitocina.

Las causas más frecuentes de la ruptura traumática son: versión y extracción podálica, parto con obstrucción, no tratado, forceps a través de un cuello no completamente dilatado y traumas externos.

Las multíparas son afectadas de 8 a 9 veces más frecuentemente que las nulíparas y el peligro aumenta con la paridad. Las mujeres obesas parecen tener predisposición especial a la ruptura del útero, (4).

La frecuencia es de 1 por 1.300, o sea 7.7 por 10.000 partos, (4)

Anatomopatológicamente las rupturas suelen ser divididas en: completas, cuando el comprometimiento llega al peritoneo visceral e incompletas, en la cual el músculo es desgarrado, pero el peritoneo sigue íntegro, (4).

MATERIAL Y METODOS

El trabajo se realizó en la CLINICA DE MATERNIDAD "RAFAEL CALVO C." y en el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARTAGENA, donde se atienden pacientes de clase socio-económica baja. En estas instituciones funciona el departamento de OBSTETRICIA y GINECOLOGIA de la FACULTAD DE MEDICINA de la UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.

El material se extrajo de 25.286 Historias de pacientes admitidas durante los años 1976/77/78, de las cuales 21.344 correspondieron a embarazos mayores de 20 semanas y 3.942 a embarazos menores de 20 semanas. Las Historias correspondientes a pacientes con hemorragias de la segunda mitad de la gestación (186) fueron clasificadas así: Placenta Previa, 91 casos; D.P.P.N.I., 91 casos y Ruptura Uterina, 4 casos.

Los datos obtenidos fueron tabulados según los parámetros siguientes:

1. Grupos por entidades y años

2. Edad de las pacientes
3. Paridad.
4. Edad gestacional.
5. Motivo de consulta.
6. Síntomas, signos y antecedentes maternos.
7. Tipo de parto
8. Patología asociada.
9. Complicaciones.
10. Tipo de tratamiento
11. Morbi-mortalidad materna y fetal.
12. Grupo sanguíneo y Factor Rh.

RESULTADOS

El total de casos registrados, de Hemorragias de la segunda mitad de la gestación, durante los 3 años considerados, fué de 186. Al relacionar estos casos con el total de embarazos mayores de 20 semanas (21.344), anotamos que aproximadamente 9 de cada mil embarazadas en este período de gestación padecen de hemorragia.

Considerando los casos año por año, la incidencia de la hemorragias durante el período del embarazo considerado, fluctúa entre 7.8 por mil para 1976 y 10.4 por mil para 1978.

Al clasificar estas hemorragias según entidades, resultaron para los 3 años 91 pacientes con Placenta Previa, el mismo número con D.P.P.N.I. y solo 4 Rupturas Uterinas. La distribución del número de casos y su incidencia para las dos primeras entidades, en los años 1976-1977, son muy similares, aumentando un poco para 1978. En cuanto a la importancia relativa de las entidades en cada año, la diferencia entre placenta previa y D.P.P.N.I. para el primer año no es muy marcada, gana importancia la Placenta Previa en el año 1977; pero para el año siguiente el D.P.P.N.I. obtiene la primacía. La Ruptura Uterina es poco frecuente; sin embargo, como se verá más adelante, esta entidad es importante por su alta mortalidad fetal.

En cuanto a la edad se refiere, no existe diferencia importante entre las pacientes con Placenta Previa y con D.P.P.N.I. Para la primera, la edad promedio es de 29.1 años,

para la otra es de 29.6 años. Sin embargo, las pacientes menores de 30 años de edad, en la Placenta Previa son de 59.4 ‰, mientras que en el D.P.P.N.I. es de 46.2 ‰.

Se aprecia que el D.P.P.N.I. es 3 veces más frecuente en las nulíparas que la Placenta Previa. Para las de paridad de 1 a 3 es más frecuente la Placenta Previa (49.4 ‰) que el D.P.P.N.I. (37.3 ‰). Las pacientes con Placenta previa tiene un promedio de 3.8 partos. Las de D.P.P.N.I., alcanzan 4 partos.

Podemos ver, que tanto la Placenta Previa como el D.P.P.N.I., son relativamente poco frecuentes entre las 20 y 28 semanas de embarazo. Se presentan con marcada frecuencia desde las 34 y más semanas de embarazo en que se presentan las dos entidades, es de 36. Los casos de Rupturas Uterinas, todos, fueron en embarazos a término.

El motivo de consulta predominante, en la Placenta Previa y en el D.P.P.N.I. fue el sangrado indoloro y el sangrado con dolor. En la Placenta Previa predominó el sangrado indoloro (81.3 ‰), mientras que en el D.P.P.N.I. predominó el sangrado con dolor (59.3 ‰). El dolor fué el síntoma que predominó en la Ruptura Uterina.

Se aprecia que solo el 37% de los casos presentaron síntomas, signos o antecedentes maternos asociados. Entre éstos la hipertensión uterina con 42% exclusiva del D.P.P.N.I. La cefalea predominó en la Placenta Previa. En la Ruptura Uterina se halló situación transversa del feto (1.4%), cesárea (14%).

Anotamos que el tipo de parto predominante fue la Cesárea segmentaria transperitoneal, con 84.%. Este es seguido por el parto vaginal espontáneo con 10.7%. El parto vaginal conducido, solo fue en 3.2%, y únicamente en pacientes con D.P.P.N.I. La patología asociada estuvo presente en 22.5% de los casos. De este porcentaje corresponde a la toxemia gravídica 35.5%, a la enfermedad vascular hipertensiva crónica 9.5%

a la infección urinaria y a la vulvovaginitis 14.5%, a la cervicitis crónica 12% y en menor porcentaje otras entidades.

Las complicaciones maternas se presentaron en 10.2% de todos los casos; siendo mucho más común en el D.P.P.N.I. (79%). Sobre salen el Utero de Couvelaire (42.2%) y la coagulación intravascular diseminada —C.I.D.— (13.5%).

Todos los casos se trataron con líquidos y electrolitos como medidas generales, además con cortoides y sangre total 48 casos, (25%). El uso de Heparina fue exclusivo para el D.P.P.N.I. en 25 casos (27.5%). De éstos, 21 (84%) evolucionaron satisfactoriamente y 4 casos (16%) murieron. El ácido epsilon amino-caproico se utilizó en un caso (0.6%).

Entre otros tipos de cirugía realizados, la Salpingectomía parcial bilateral predominó con 42 casos (22.5%);

La mortalidad fetal fue de 57 casos (30.6%). De esta, corresponde a Placenta Previa 15.8%, al D.P.P.N.I. 48.4% y a la Ruptura Uterina 7%. Analizadas separadamente estas entidades, según número de casos, corresponde a la Placenta Previa 9.9%, al D.P.P.N.I. 48.4% y a la Ruptura Uterina 100%. La mortalidad materna fue exclusiva del D.P.P., N.I., con un porcentaje específico para éste de 8.8% y general de 4.3%.

En el momento del ingreso hospitalario, de los 57 mortinatos, se halló que 35 (61.4%) estaban muertos, 19 (33.3%) tenían sufrimiento, uno (1.8%) estaban normal y 2 (3.5%) sin datos.

En nuestra serie se hemoclasificaron 124 casos (66.7 ‰). De este porcentaje corresponde a Placenta Previa 42 ‰, al D.P.P.N.I. 55.6 ‰ y a la Ruptura Uterina 2.4 ‰. Analizadas separadamente las 3 entidades, según número de casos, se halla para D.P.P.N.I. y para Ruptura Uterina, el mismo porcentaje (75 ‰) y para Placenta Previa 57 ‰. El análisis de los grupos separadamente, revela: Cero positivo (0+) 59.6 ‰;

(A+) 17 0/o; (B+) 12 0/o; (AB+) 3.4 0/o y 8 0/o para los grupos O-A-B- y AB negativos. De este 8 0/o negativo corresponde a la Placenta Previa 6.4 0/o y al D.P.P.N.I. 1.6 0/o.

Las complicaciones presentes en las pacientes que murieron, fueron: coagulación intravascular diseminada -C.I.D.- 50 0/o, insuficiencia renal aguda -I.R.A.- 37.5 0/o y eclampsia 12.5 0/o. En el 100 0/o de estos casos se usó sangre total y corticoides. La Heparina se usó en el 50 0/o de ellos.

COMENTARIOS

La revisión nuestra obtuvo un total de 186 casos y una frecuencia de 9 por cada mil embarazadas. Considerando los casos año por año, la incidencia fluctúa entre 7.8 por mil para 1976 y 10.4 por mil para 1978. El total de casos para Placenta Previa y D.P.P.N.I. fue el mismo (91). El total de Rupturas solo llegó a 4 casos.

La edad promedio, para placenta previa y D.P.P.N.I. fue de 29 años. Sin embargo, las pacientes menores de 30 años, en la Placenta Previa son 59.4 0/o y en el D.P.P.I. 46.2 0/o.

En las nulíparas el D. P.P.N.I. es 3 veces más frecuente que la Placenta Previa. Las pacientes con Placenta Previa tienen un promedio de 3.8 partos. Las de D.P.P.N.I. de 4 partos.

En embarazos mayores de 34 semanas, la Placenta Previa y el D.P.P.N.I., se presentaron con marcada frecuencia. El promedio de semanas de gestación, para ambas entidades fue de 36. En la Ruptura Uterina, todos los embarazos estaban a término.

El motivo de consulta, predominante, en la Placenta Previa fue el sangrado indoloro (81.3 0/o). El sangrado con dolor predominó en el D.P.P.N.I. (59.3 0/o) y el dolor en la Ruptura Uterina (75 0/o).

La hipertonía estuvo presente en el D.P.P. N.I. con 42 0/o. La situación transversa del feto, la cesárea anterior y el manejo por em-

pírica, se asociaron con la Ruptura Uterina en 75 0/o de estos casos.

La toxemia gravídica se asoció a estas hemorragias de la segunda mitad de la gestación, en 8 0/o. La enfermedad vascular hipertensiva crónica en 2.2 0/o. Las complicaciones maternas se presentaron en 10.2 0/o de todos los casos; siendo mucho más común en el D.P.P.N.I., 79 0/o. Sobresalen el Utero de Couvelaire (42.2 0/o) y la C.I.D. (13.5 0/o).

El tipo de parto que predominó fue el intervenido por cesárea segmentaria transperitoneal, 84.9 0/o. Este es seguido luego por el parto vaginal espontáneo con 10.7 0/o.

En el manejo de estos pacientes, destacamos que el 60 0/o de ellos se trataron solamente, con líquidos y electrolitos, además de otras medidas generales y especiales; el 25 0/o recibió corticoides y sangre total. El uso de Heparina fue exclusivo para el D.P. P.N.I. en 25 casos (27.5 0/o). De éstos, 21 (84 0/o) evolucionaron satisfactoriamente y 4 casos (16 0/o) murieron.

La salpingectomía Parcial Bilateral se hizo en 42 casos (22.6 0/o), la Histerectomía Subtotal en 13 casos (7 0/o) y la Total en 2 casos (1 0/o).

La mortalidad fetal en nuestra serie fue de 57 casos (30.6 0/o). De éste, corresponde a la Placenta Previa 4.9 0/o; al D.P.P.N.I., 23.5 0/o y a la Ruptura Uterina, 2.2 0/o. Analizada esta mortalidad, separadamente, para cada entidad, según número de casos, corresponde a la Placenta Previa, 9.9 0/o; al D.P.P.N.I., 48.4 0/o y a la Ruptura Uterina, 100 0/o. Llama la atención esta mortalidad, que sigue siendo alta y muy especialmente, en la Ruptura Uterina (100 0/o) y el D.P.P. N.I.; 48.4 0/o.

El 61.4 0/o de los fetos que nacieron ya estaban muertos y en el momento de su ingreso, 33.3 0/o tenían sufrimiento y, solo 1.8 0/o, estaban normales.

La mortalidad materna, fue exclusiva del D.P.P.N.I., con 8 casos (8.8 0/o). Para el nú-

mero total de casos (186), esta mortalidad corresponde a 4.3 o/o.

Como causas eficientes de la mortalidad materna, señalamos la C.I.D. en 50 o/o, la I.R.A., en 37.5 o/o y a la Eclampsia en 12.5 o/o. En el 100 o/o de estos (casos) se

usó sangre total y corticoides, además se uso Heparina en el 50 o/o de ellos.

Llama la atención, que de 52 casos 57 o/o hemoclasificados en la placenta previa, 8 casos (15.4 o/o) son de factor Rh negativo.

CUADRO No. 1

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION GRUPOS DE PACIENTES POR ENTIDADES Y AÑOS

ENTIDADES	NUMERO DE CASOS							
	1976		1977		1978		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
PLACENTA PREVIA	27	51	29	52,7	35	44,9	91	48,8
D.P.P.N.I.	26	49	24	43,6	41	52,5	91	48,8
RUPTURA UTERINA	(0)		2	3,7	2	2,6	4	2,4
TOTAL	53 (28 ^{o/o})	100 ^{o/o}	55 (29 ^{o/o})	100 ^{o/o}	78 (43 ^{o/o})	100 ^{o/o}	186	100 ^{o/o}

CUADRO No. 2

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION GRUPOS SEGUN EDAD EN LAS TRES ENTIDADES

EADAES	PLACENTA PREVIA		D.P.P.N.I.		RUPTURA UTERINA		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
15-19	3	3.3	5	5.5	0		8	4.5
20-24	22	24.2	17	18.7	0		39	21
25-29	29	31.9	20	22	1	25	50	26.5
30-34	17	18.7	33	36.2	2	50	52	28
35-39	20	22	16	17.6	1	25	37	20
TOTAL	91	100	91	100	4	100	186	100

$$Md = 29,5 - X^{pp} = 29.1 \text{ años}$$

$$Md. = 33.1 - X^{dpp} = 29.6 \text{ años}$$

CUADRO No. 3

**HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
CUADRO SEGUN ENTIDADES Y PARIDAD**

PARIDAD	PLACENTA PREVIA		D.P.P.N.I.		RUPTURA UTERINA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	4	4.4	12	13.2	0		16	8.6
1-3	45	49.4	34	37.3	2	50	81	43.6
4-6	30	33	26	28.6	0		56	30.1
Mayor de 7	12	13.2	19	20.9	2	50	33	17.7
TOTAL	91	100	91	100	4	100	186	100%

Md.^{pp}=3.8 partosMd.^{dpp}= 4 partos

CUADRO No. 4

**HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
CUADRO SEGUN EDAD GESTACIONAL**

SEMANAS DE EMBARAZO	PLACENTA PREVIA		D.P.P.N.I.		RUPTURA UTERINA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
20-24	1	1.1	4	4.4	0		5	2.7
25-28	2	2.2	5	5.5	0		7	3.8
29-33	24	26.4	17	18.7	0		41	22
34-36	30	33	28	30.8	0	58	58	31.1
37-40	34	37.3	37	40.6	4	100	75	40.4
TOTAL	91	100	91	100	4	100	186	100%

Md. ^{pp}=36 semanas de gestaciónMd. ^{dpp}=36.1 semanas de gestación

CUADRO No. 5

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
MOTIVO DE CONSULTA EN LAS TRES ENTIDADES

MOTIVO DE CONSULTA	PLACENTA PREVIA		D.P.P.N.I.		RUPTURA UTERINA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sangrado Vaginal	74	81.3	17	18.7	0	0	91	48.9
Sangrado vag. + dolor abdominal	15	16.5	54	59.3	0	0	69	37.1
Dolor abdominal	2	2.2	17	18.7	3	75	22	11.8
Convulsiones	0		3	3.3	0		3	1.6
Fiebre + liquido por genitales	0		0		1	25	1	0.6
TOTAL	91	100	91	100	4	100	186	100%

CUADRO No. 6

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
SINTOMAS SIGNOS Y ANTECEDENTES MATERNOS ASOCIADOS

SINTOMAS SIGNOS Y ANTECEDENTES	PLACENTA PREVIA	D.P.P.N.I.	RUPTURA UTERINA	TOTAL	
				No.	%
Hipertonia uterina	0	29	0	29	42
Presión arterial alta	1	9	0	10	14.5
Hipotensión	0	6	1	1	1.4
Vomitos	3	1	0	4	5.8
Mareos	0	1	0	1	1.4
Cefaleas	7	2	0	9	13
Visión borrosa	2	1	0	3	4.4
Disuria	1	1	0	2	3
Situación transversa	0	0	1	1	1.4
Cesarea anterior	0	0	1	1	1.4
Manejo por empirica	0	0	1	1	1.4
TOTAL	14	51	4	69 (37%)	100%

CUADRO No. 7

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DELA GESTACION
CUADRO COMPARATIVO SEGUN TIPO DE PARTO

TIPO DE PARTO		PLACENTA PREVIA		D.P.P.N.I.		RUPTURA UTERINA		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
VAGINAL	Espontaneo	8	8.8	11	12.1	1	25	20	10.7
	Conducido	0		6	6.6	0		6	3.2
CESAREA	Segmentaria	82	90.1	74	81.3	2	50	158	84.9
	Segmentocorporal	1	1.1	0		0		1	0.6
	Corporal	0		0		1	25	1	0.6
TOTAL		91	100	91	100	4	100	186	100%

CUADRO No. 8

HEMORRAGIAS DELA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
CUADRO COMPARATIVO SEGUN PATOLOGIA ASOCIADA

PATOLOGIA ASOCIADA	PLACENTA PREVIA	D.P.P.N.I.	RUPTURA UTERINA	TOTAL	
				No.	%
Preeclampsia leve	1	1	0	2	4.7
Preeclampsia severa	1	8	0	9	21.3
Eclampsia	0	4	0	4	9.5
Hipertensión arterial	0	4	0	4	9.5
Infección urinaria	4	2	0	6	14.4
Vulvo-vaginitis	6	0	0	6	14.4
Cervicitis cronica	4	1	0	5	12
Ruptura prematura de membranas	2	1	1	4	9.5
Amnionitis	1	0	1	2	4.7
TOTAL	19	21	2	42	100%
				(22.5%)	

CUADRO No. 9

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
COMPLICACIONES MATERNAS

TIPO DE COMPLICACION	PLACENTA PREVIA		D.P.P.N.I.		RUPTURA UTERINA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
C:I-D.	0		6	6.6	0		6	31.5
Utero de Couvelaire	0		8	8.8	0		8	42.2
Amnionitis	1	1.1	0		1	25	2	10.5
Insuficiencia renal aguda	0		1	1.1	0		1	5.3
Septicemia	0		0		2	50	2	10.5
TOTALES	1		15		3		19	10.2%

CUADRO No. 10

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
TRATAMIENTO REALIZADO

TIPO DE TRATAMIENTO	PLACENTA PREVIA		D.P.P.N.I.		RUPTURA UTERINA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Liquidos y electrolitos	83	91.2	28	30.8	0		111	60.2
Liquidos-corticoides	0		10	11	0		10	5.5
Liquidos-sangre	8	8.8	17	18.6	1	25	26	13
Liquidos-corticoides sangre	0		11	12.1	3	75	14	7.5
Liquidos-corticoides heparina	0	16	16	17.6	0		16	9
Liquidos-corticoides sangre-heparina	0		8	8.8	0		8	4.4
Liquidos-heparina ácido épsilon-aminoca- proico	0	1	1	1.1	0		1	0.6
TOTALES	91	100	91	100	4	100	186	100%

CUADRO No. 11

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DELA GESTACION
OTRAS CIRUGIAS REALIZADAS

CIRUGIAS	PLACENTA PREVIA		D.P.P.N.I.		RUPTURA UTERINA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SALPINGOTOMIAS	17	18.7	25	27.5	0		42	73.7
HISTEREC- Subtotal TOMIA	0		9	9.9	4	100	13	22.8
Total	0		2	2.2	0		2	3.5
TOTALES	17	18.7	36	39.6	4	100	57	30.6

CUADRO No. 12

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
RELACION FETO—MATERNA DE MORTALIDAD

ENTIDADES	VIVOS	FETOS		VIVAS	MADRES	
		MUERTOS			MUERTAS	
	No.	No.	%	No.	No.	%
PLACENTA PREVIA	82	9 (15.8%)	9.9	91	0	0
D.P.P.N.I.	47	44 (77.2%)	48.4	83	8 (4.3%)	8.8
RUPTURA UTERINA	0 0	4 (7%)	100	4	0	0
TOTALES	129 (69.4%)	57	30.6%	178	8	4.3%

CUADRO No. 13

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
RELACION FETAL

FETOS	PLACENTA PREVIA		D.P.P.N.I.		RUPTURA UTERINA		TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
NACIERON INGRESARON	Normales	82	90.1	39	42.8	1	25	122	65.6
	Sufrimiento	3	3.3	16	17.6	0		19	10.3
	Muertos	4	4.4	28	30.8	3	75	35	18.7
	Sin datos	2	2.2	8	8.8	0		10	5.4
	Normales	69	75.8	31	34	0		100	53.8
	Deprimidos	13	14.3	16	17.6	0		29	15.6
	Muertos	9	9.9	44	48.4	4	100	57	30.6
TOTALES	91		91		4		186	100%	

CUADRO No. 14

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
DEFUNCION FETAL

ESTADO FETAL		PLACENTA PREVIA	D.P.P.N.I.	RUPTURA UTERINA	TOTAL	
					No.	%
AL INGRESO	Normales	0	0	1	1	1.8
	con sufrimiento	3	16	0	19	33.3
	Muertos	4	28	3	35	61.4
	sin datos	2	0	0	2	3.5
Nacieron	Muertos	9	44	4	57	100%
		(15.8%)	(77.2%)	(4%)		(30.6%)

CUADRO No. 15

**HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR Rh. MATERNO**

GRUPO DE SANGRE Y FACTOR Rh.	PLACENTA PREVIA	D.P.P.N.I.	RUPTURA UTERINA	TOTAL	
				No.	%
O +	32	41	1	74	
O -	1	1	0	2	
A +	6	15	0	21	
A -	2	1	0	3	
B +	3	11	1	15	
B -	3	0	0	3	
AB +	3	0	1	4	
AB -	2	0	0	2	
TOTALES	52 (57%)	69 (75.8%)	3 (75%)	124 (66.7%)	

CUADRO No. 16

**HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
DEFUNCION MATERNA**

COMPLICACIONES	No. Casos	TRATAMIENTO					D.P.P.N.I.	
		sangre	heparina	C.S.T.	parto vaginal	histerec- tomia	No.	%
C.I.D.	4	4	2	3	1	1	4	50
I. R. A.	3	3	2	2	1		3	37.5
ECLAMPSIA	1	1	-	1	-	-	1	12.5
TOTAL	8	8	4	6	2	1	8	4.3%

CUADRO No. 17

**HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
PORCENTAJE DE MORTALIDAD FETAL EN EL D.P.P.N.I.
SEGUN AUTORES**

AUTORES	%
SCHWARCZ. R.	50 - 80
HELLMAN. L. (WILLIAMS)	60 - 100
GREENHILL. J. P.	34
MCLENNAN. CH.	50 - 80
LA NUESTRA B Blanco-Martínez y Cól(presente trabajo)	48.4

CUADRO No. 18

**HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION
PORCENTAJE DE MORTALIDAD MATERNA EN EL D.P.P.N.I.
SEGUN AUTORES**

AUTORES	%
HELLMAN. L.	1
MCLENNAN. CH.	0.5-5
GREENHILL. J. P.	6
SCHWARCZ. R.	5 - 30
LA NUESTRA B Blanco-Martínez y Cól(presente trabajo)	8.8

CUADRO No. 19

**HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL
EMBARAZO**

NORMAS TERAPEUTICAS

- I. HISTORIA CLINICA (Anamnesis y examen físico)
- II- CANALIZAR VENA
- III- MUESTRA DE SANGRE PARA:
 - a. Cuadro hemático.
 - b. Hemoclasificar y cruzar.
 - c. Tiempo de coagulación y sangría.
 - d. Tiempo de Protrombina
 - e. Recuento de Plaquetas.
 - f. Observación del coágulo

CUADRO No. 20

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

MANEJO TERAPEUTICO

1. Líquidos y Electrolíticos
2. Sangre total.
3. Corticoides.
4. Antibióticos.
5. Heparina.
6. Tratamiento obstétrico adecuado y oportuno.
7. Medidas especiales.
8. Control del Recien Nacido

RESUMEN

En el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Cartagena, se estudiaron 186 casos de hemorragias de la segunda mitad de la gestación. Los casos fueron seleccionados de 25.286 Historias Clínicas, correspondientes a los años 1976, 1977 y 1978, de la Clínica de Maternidad "Rafael Calvo C. y el Hospital Universitario de Cartagena. Anotamos que aproximadamente 9 de cada 1000 embarazadas, en la segunda mitad de la gestación, padecen hemorragias.

Clasificadas estas hemorragias según entidades, resultaron para los 3 años, 91 pacientes con Placenta Previa, el mismo número con D.P.P.N.I. y 4 Rupturas Uterinas.

La edad promedio de las pacientes con Placenta Previa fue de 29.1 años; para las de D.P.P.N.I. fue de 29.6.

La paridad promedio para la Placenta Previa fue de 3.8 partos, para el D.P.P.N.I. fue de 4. En las nulíparas el D.P.P.N.I.* es 3 veces más frecuente que la Placenta Previa.

* Desprendimiento de placenta normo-incerta

La Placenta Previa y el D.P.P.N.I. se presentaron con marcada frecuencia desde las 34 y más semanas de embarazo. Los casos de Rupturas Uterinas, todos, fueron en embarazos a término.

El motivo de consulta predominante en la Placenta Previa, fue el sangrado indoloro (81.3%). El sangrado con dolor predominó en el D.P.P.N.I. (59.3%) y el dolor en la Ruptura Uterina (75 %).

La hipertonía uterina - estuvo presente en el D.P.P.N.I., con 42 %. La situación transversa del feto, la cesárea anterior y el manejo por empírica se asociaron con la ruptura uterina en 75 %.

Las complicaciones maternas predominaron en el D.P.P.N.I., con 79 %. Sobresalen el Utero de Couvelaire (42.2 %) y la C.I.D. (13.5 %).

El tipo de parto que predominó, fue la Cesárea segmentaria transperitoneal, con 84.9% y fue seguido por el parto vaginal espontáneo con 10.7%. El 60% de pacientes fue manejado solamente con líquidos y electrolitos; además de otras medidas generales y especiales. El 25 % recibió corticoides y sangre total. El uso de la Heparina fue ex

clusivo para el D.P.P.N.I. en 25 casos (27.5 %). De éstos, 21 (84 %) evolucionario satisfactoriamente y 4 (16 %) murieron.

La mortalidad fetal fue de 57 casos (30.6 %). De éste, corresponde a la placenta previa 4.9 % al D.P.P.N.I., 23.5 % y a la Ruptura Uterina, 2.2 %. Analizada esta mortalidad separadamente para cada entidad, según número de casos, corresponde a Placenta Previa 9.9 % al D.P.P.N.I., 48.4 % y a la Ruptura Uterina 100 %

El 61^o/o de los fetos fueron mortinatos desde el ingreso; 33.3^o/o tenía sufrimiento y 1.8^o/o estaba normal.

La mortalidad materna exclusiva del D.P.P. N.I. fue de 8 casos (8.8 %). Para el número total de casos (186) esta mortalidad, corresponde a 4.3 %

SUMMARY

186 cases of hemorrhage in the second half of gestation were studied in the Obstetrics and Gynecology Department of Cartagena's School of Medicine. The cases were chosen from 25,286 Clinical Records corresponding to 1976, 1977 and 1978 of Maternity Hospital "Rafael Calvo C." and Cartagena's Hospital Universitario. We noted that approximately 9 of each 1000 pregnant women suffered hemorrhages during the second half of gestation.

The results for the three years, after classifying these hemorrhage according to entities, were: 91 patients previous Placenta, the same number with P.P.D.N.I.P. (Premature Placenta Detachment in Normo-Inserted Placenta) and 4 Ruptures of the Uterus.

The average age of the patients with Previous Placenta was 29.1 years; for patients with P.P.D.N.I.P. was 29.6.

The average parity in Previous Placenta was 3.8 deliveries and in P.P.D.N.I.P. 4. P.P.D.N.I.P. is three times more frequent

in multiparas than Previous Placenta.

Previous Placenta and P.P.D.N.I.P. appeared more frequently after more than 34 weeks of pregnancy. All cases of Ruptures of the Uterus appeared in almost completed pregnancies.

The outstanding reason for medical examination in Previous Placenta was painless bleeding (81.3%). Bleeding with pain prevailed in the P.P.D.N.I.P. (59.3%) and pain in the Rupture of the Uterus (75%).

42^o/o of the cases with P.P.D.N.I.P. had Uterine Hypertonia. The cross position of the fetus, the anterior Caesarean operation and empiricism were related to the Rupture of the Uterus in 75% of the cases.

Maternal complications prevailed in P.P.D. N.I.P. with 79%. The most outstanding cases are Couvalaire Uterus (42.2%) and C.I.D. (13.5%).

The prevailing delivery was transperitoneal segmentary Caesarea with 84.9%, followed by spontaneous vaginal delivery with 10.7%. 60% of the patients were only given fluids and electrolites besides other general and special measures. 25% received corticoides and total blood. The use of heparine was exclusively for P.P.D.N.I.P. in 25 of the cases (27.5%), of which 21 (84%) developed satisfactorily and 4 (16%) died.

Fetal mortality arose in 57 cases (30.6%), divided as follows: 4.9% correspond to Previous Placenta, 23.5% to P.P.D.N.I.P. and 2.2% to Rupture of the Uterus. After analyzing this mortality rate separately for each entity and according to the number of cases, 9.9% correspond to Previous Placenta, 48.4% to P.P.D.N.I.P. and 100% to Rupture of the Uterus.

61% of the fetus born with Apgar Cero were dead at the time of the admission; 33.3% were suffering and 1.8% were normal.

The maternal mortality exclusive of P.P.D.

N.I.P. appeared in 8 cases (8.8%). Form the total number of cases (186) this mortality represents 4.3%.

RECOMENDACIONES

Nuestra —pequeña— experiencia, nos deja la impresión de, que para reducir la mortalidad fetal y materna en el Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera, es necesario:

1. Ser más agresivo desde el punto de vista quirúrgico, ésto es, intervenir quirúrgicamente, cuanto antes llegue el caso a nuestras manos.
2. Dejar los partos vaginales, para aquellos casos en que éste sea inminente.
3. Hacer campañas en el sentido de que todos estos casos, cuanto antes lleguen al Hospital, su pronóstico será mejor, pues el tiempo transcurrido desde la iniciación del cuadro y el vaciamiento uterino, es directamente proporcional a la mortalidad fetal y materna.

BIBLIOGRAFIA

1. BONNAR, J. "Coagulación de la sangre y sistema fibrinolítico durante el embarazo". Temas actuales Gin. y Obst. Edit. Inter-americana, 319-338, 1975.
2. BRUNO, R. "Fisiología del aborto". Ginecología Panamericana. Vol. 2, 9-58, 1971.

3. GOTTESFELD, K. "Ultrasonido en Obstetricia". Clínicas Obstétrica y Ginecológica, Edit. Inter-americana. Vol. 2, 331, 1978.

4. GREENHILL, L. FRIEDMAN, E. "Placenta previa, Desprendimiento de Placenta, Roturas Uterinas". Obstetricia. Primera Edición español, 409-420, 657, 1977.

5. HELLMAN, L. PRITCHARD, J. "Placenta previa y Abruptio Placentae". Obstetricia, Primera Edición. 530. 1973.

6. KARIM, R. CHEVLI, R. "Hemorragia y choque pre-parto". Clínicas Obst. y Ginecológicas, 533. sept. 1976.

7. KASER, O. "Hemorragias antes del parto". Gin. y Obst. Edit. Salvat. 743, 1976.

8. LEVITT, M. ALTCHER, A. "Hipertensión y toxemia gravídica". "Complicaciones Médico-quirúrgicas en el embarazo". Edit. Inter-americana. Segunda edición. 65. 1967.

9. LOUKA, M.H.; LEWIS, G.C. "Hemorragias obstétricas y ginecológicas". Tribuna Médica No. 690, 11, agosto-1978.

10. MESSER, R. "Problemas de coagulación en Obstetricia". Clínicas Médicas de Norteamérica. 1085, sep. 1969.

11. McLENNAN, CH. "Desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa. Compendio de Obstetricia. Novena edición, 242. 1977.

12. RICE, R. SERRANO, C. "Mortalidad neonatal por afecciones de la placenta y el cordón umbilical" características de mortalidad en la niñez, 113-1973.

13. SANCHEZ, F. "Muerte fetal Intraparto". Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología". 62, 1978.

14. SCHWARCZ, R. "Hemorragias de la segunda mitad del embarazo". Obstetricia. Tercera edición. Edit. El Ateneo, 519, 1978.