
Consideraciones en el manejo de la placenta previa

Dr. Saulo Muñoz Delgado — Dr. Reinaldo Mora Restrepo

De la Clínica de Maternidad de Cali

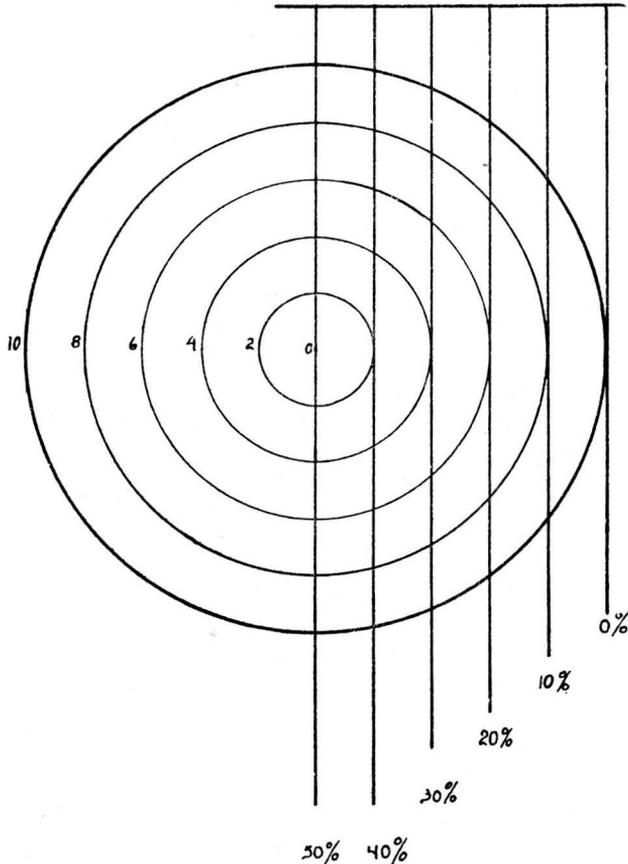
En los últimos años debido a las mayores seguridades que brindan la cirugía y la anestesia, las facilidades de adquirir sangre, los antibióticos y el manejo adecuado de los prematuros, han sido los principales factores que han reducido la mortalidad fetal y materna. Sin embargo la placenta previa aún sigue constituyendo uno de los problemas más serios que pueden complicar el último trimestre del embarazo o el momento del parto. De su manejo acertado depende que la madre y el feto sobrevivan esta complicación y que su estado no haya sido alterado en manera seria, para lo cual es indispensable que se sigan algunas normas especiales en su manejo, se reemplace adecuadamente la sangre perdida y se combata la infección ya que estas pacientes virtualmente están infectadas. (8)

La práctica de la Cesárea con indicaciones muy precisas que actualmente es aceptada por la mayoría de reconocidos obstetras ha disminuído la mortalidad fetal (4-15-21-26-27).

El análisis cuidadoso de las clasificaciones existentes (5-8-21-26-27) sobre la implantación previa de la placenta nos ha hecho adoptar la clasificación porcentual (26-27). No solamente por su objetividad y exactitud sino porque determina en forma precisa la conducta que se debe seguir.

La observación de una serie de detalles en la conducción de estos casos nos han reducido la mortalidad fetal sin haberse presentado muertes maternas. La abstención de practicar tactos vaginales o rectales en pacientes que presentan hemorragia en el último trimestre del embarazo y la disciplina de hacerlos única-

mente en condiciones quirúrgicas, bajo el denominado "doble equipo" (23), nos han evitado hemorragias de graves consecuencias y a la vez nos ha permitido hacer diagnósticos más exactos del porcentaje de implantación de la placenta previa. Por medio de este examen hemos podido descartar otras causas de hemorragia.



PLACENTA PREVIA — CLASIFICACION PORCENTUAL

El reemplazo inmediato y adecuado de la sangre perdida tanto en la madre como en el recién nacido nos ha permitido conducir mejor estos casos.

Con la práctica de la Cesárea segmentaria longitudinal (7) hemos conseguido más rápida y menos traumática extracción del

feto y ha evitado en la mayoría de los casos hemorragia y desprendimiento de la placenta y mejora el futuro obstétrico. En los casos en que las condiciones de la madre ó el niño no sean favorables practicamos la cesárea bajo anestesia local. La observación de estado febril en un gran porcentaje de estas pacientes nos hace pensar que no se le ha dado la suficiente importancia a la infección que tiene origen en esta variedad de implantación. (8)

Presentamos esta serie de casos con el objeto de unificar algunos puntos en el manejo de estas pacientes, tales como el examen bajo "doble equipo", la clasificación, la cesárea longitudinal segmentaria y anestesia local y el reemplazo adecuado de sangre para la madre y el niño.

MATERIAL Y METODOS

Tomamos 52 casos que se presentaron en la Clínica de Maternidad de Cali en el período comprendido entre Enero de 1958 y Septiembre de 1959 sobre un total de 6.708 partos, lo que dá una incidencia de 1/130 que es más alta que la dada por la mayoría de los autores (2-4-10).

A las pacientes con hemorragia del último trimestre del embarazo les practicamos clasificación sanguínea, y las examinamos bajo "doble equipo". Este "doble equipo" consiste en examinarla en la sala de cirugía con todos los preparativos dispuestos para practicar cesárea inmediata o para permitir parto según lo indiquen las circunstancias.

Los preparativos incluyen cirujanos, anestesista, instrumental, instrumentadora y sangre dispuestos para iniciar la cesárea inmediata. Bajo estas condiciones hacemos examen con espéculo y en caso de que la sangre provenga de la cavidad uterina procedemos a retirar el espéculo y a practicar tacto vaginal, el que se hace con la mayor suavidad posible, pero en caso de que existan coágulos se retiran para valorar con exactitud el porcentaje de la placenta previa (4). En caso de que se trate de placenta menor al 30% practicamos amniotomía y estimulamos con pitocín en espera del parto, siempre y cuando la hemorragia no sea severa y las condiciones del niño lo permitan. Esta conducta la

llevamos a cabo cuando ya se ha iniciado el trabajo de parto. En los casos de gestaciones menores de 37 semanas procuramos llevarlas lo más cerca al término del embarazo, dependiendo esta conducta de las condiciones maternas y fetales.

Si el porcentaje de la placenta es mayor del 30% practicamos la cesárea. En estos casos aún cuando sea escasa la hemorragia seguimos la vía alta ya que a medida que aumenta la dilatación se desprenderá una mayor superficie de la placenta con la subsiguiente hemorragia y anoxia fetal (14).

Casi en todos los casos practicamos cesárea segmentaria longitudinal (4-29) iniciada en algunas con anestesia local. Si la placenta está implantada en la cara anterior seccionamos la placenta y extraemos el niño a través de ella (4).

En los casos en que la implantación es posterior extraemos el niño y de rutina aplicamos pitocín (R) Ergotrate (R) intramural con el fin de que al contraerse el útero impulse sangre al niño. Después de esto extraemos la placenta y la sostenemos más alta que el cuerpo del niño para permitir el paso de mayor cantidad de sangre al feto. Al cordón lo seccionamos largo (más o menos 25 cms.) y tomamos muestras para clasificación y determinación de hemoglobina. En los casos en que la hemoglobina sea inferior de 10 gms.%, hacemos transfusión con sangre fresca por la vena umbilical a razón de 20 c.c. por kilogramo de peso.

Tanto a la madre como al niño les administramos antibióticos.

RESULTADOS

De los 52 casos de placentas previas, 4 ocurrieron en pacientes primigestantes y 48 en multigestantes lo que dá una relación de 1 primigestante por cada 12 multigestantes (10). La mayor incidencia ocurrió en el grupo de pacientes comprendidas entre los 25 y 29 años lo que arroja un porcentaje de 32.7%. El grupo de pacientes mayores de 30 años corresponde al 46% (5).

Se abocan las infecciones post-aborto ó post-parto como uno de los factores etiológicos de la placenta previa (8-21-27). En nuestros casos se cuentan el 38.4% de abortos que antecedieron al

embarazo con placenta previa. Las malas presentaciones son una de las eventualidades que dificultan el buen manejo de estas pacientes y su frecuencia en nuestros casos fue de 41% (2-7).

La prematurez que es una de las causas de mayor mortalidad y que hace más difícil la conducta tuvo un promedio del 35%.

Los principales factores por los cuales se definió la conducta obstétrica fueron en orden de importancia la hemorragia, el porcentaje de implantación placentaria y la edad del embarazo (7-23).

En nuestros casos calculamos las pérdidas sanguíneas con el criterio de abundante para la hemorragia mayor de 500 c.c., moderada para las comprendidas entre 250 c.c. y 500 c.c. y ligera para la menor de 250 c.c.

A 39 de las 52 pacientes se administró sangre en cantidades comprendidas entre 500 c.c. y 1.500 c.c.

Al factor infección no se le ha dado la debida importancia y se debe de tener en cuenta que todas las pacientes con placenta previa están virtualmente infectadas ya que el lugar del desprendimiento es fácilmente accesible a los microorganismos (8).

En nuestra serie encontramos temperaturas por encima de 37,3°C. en 17 casos, lo que corresponde al 33%.

En 30 de los casos se hizo determinación de hemoglobina.

La mortalidad total fue de 13 en 54 recién nacidos, lo que representa el 24% para la mortalidad no depurada. De éstos ingresaron 3 muertos al Servicio. De los 10 restantes, 7 eran prematuros.

En nuestra Clínica la mortalidad por prematurez es del 10%. Depurando obtenemos una mortalidad fetal del 16.6% (3-4).

Siendo las placentas previas de mayor porcentaje resueltas por operación cesárea, es lógico pensar que la mayor mortalidad está asociada con este procedimiento.

La mayoría de las pacientes llegaron en muy malas condiciones y a 39 de las 52 se les hizo la cesárea o tuvieron el parto pocas horas después de su ingreso. Solamente 5 permanecieron más de 3 días antes del parto o la cesárea.

OBSERVACIONES

1) La clasificación porcentual es objetiva, exacta y determina la conducta que se debe seguir.

2) El examen bajo "doble equipo" disminuye los riesgos maternos y fetales y con él se logra un diagnóstico exacto del porcentaje de implantación de la placenta.

3) La conducta está supeditada a la intensidad de la hemorragia, al porcentaje de implantación de la placenta y a la edad del embarazo.

a) — La cesárea se practica en los casos de placentas con porcentaje de implantación mayor al 30%.

b) — El parto se permite, previa amniotomía, en los casos en que la implantación es menor al 30%.

4) Un gran porcentaje de los casos de placenta previa está asociado a presentaciones de pelvis, y transversas.

5) Con la observación de las normas enunciadas hemos conseguido reducir la mortalidad fetal y no hemos tenido mortalidad materna.

BIBLIOGRAFIA

- 1 CALKINS, L. A., Am. J. Obst. & Gynec. 68: 55, 1954.
- 2 FITZGERALD, J. E. and WEBSTER, A., Am. J. Obst. & Gynec. 68: 659, 1954.
- 3 HATTEN, J. Q. and KIRKPATRICK, S. A., Am. J. Obst. & Gynec. 70: 1.181, 1955.
- 4 SMITH, K., Am. J. Obst. & Gynec. 77: 55, 1959.

- 5 SEMMENS, J. P., Am. J. Obst. & Gynec. **77**: 63, 1959.
- 6 ABITBOL, M. M., RAICHMAN J. and MACKLES A. Obst. & Gynec. **12**: 209, 1958.
- 7 FISH, JOHN S., **Hemorrhage of late pregnancy**. Charles C. Thomas. Publisher Spring fheld, Hl., 1955.
- 8 DEXEUS, S., **Tratado de Obstetricia**. Salvat Editores. Barcelona, Madrid, etc. 1957, tomo II, p. 963-994.
- 9 McGEE, W. B. and O'SULLIVAN, T. A. **Modern treatment of placenta previa. Study of 234 cases**. Year Book of Obst. and Gynec. 1958-59, p. 240-41.
- 10 JOHNSTON, R. A., Am. J. Obst. & Gynec. **71**: 683, 1956.
- 11 HEFFRON, J. F., GRIER, M. E. and NOVAK, R. M. Obst. & Gynec. **14**: 174 1959.
- 12 WEST, W. T. and WEST. R. A., Obst. & Gynec. **13**: 482 1959.
- 13 WATSON, H. B., ISRAELSKI, M. and JORDAN, W. M. Brit. M. J. **2**: 490, 1957.
- 14 NESBITT, R. E. L., **Pennatal loss in Modern Obstetrics**. F. A .Davis Company, publishers. Philadelphia, 1957, p. 63, 64, 73, 100, 110, 126, 127, 370.
- 15 TITUS, P. and WILLSON, J. R. **The Management of obstetric difficulties**. The C. V. Mosby Co., St. Louis, Mo., 1955, p. 254-271.
- 16 DAVIS, M. E., **Placenta previa and Abruption Placentae**. Transactions of the Fifth American Congress on Obstetrics and Gynecology. The C. V. Mosby Co., St. Louis, Mo., 1952, p. 538-376.
- 17 BARTHOLOMEW, R. A., CALVIN, E. D., GRIMES W. H. and FISH, J. S. Am. J. Obst. & Gynec. **57**: 69, 1949.
- 18 BYSSHE, S. M.: Am. J. Obst. & Gynec. **62**: 38, 1951.
- 19 PAGE, E., FULTON, L., and GLENDENING, M.: Am. J. Obst. & Gynec. **61**: 1.116, 1951.
- 20 WEINER, A. E., REID, D. E, and ROBY, C. C.: Am. J. Obst. & Gynec. **60**: 379, 1950.

- 21 GREENHILL, J. P., **Principios y práctica obstétrica de Delee.** UTHEA, México, 1955, tomo I, p. 536-554.
- 22 MORAGUES, J. **Clínica Obstétrica.** El Ateneo, 1954 p. 480-490.
- 23 KERN, F. M., **Antepartum Hemorrhage.** The surgical clinics of North America, pág. 1.523-1.533. W. B. Saunders Co., Philadelphia & London, 1954.
- 24 JOHNSON, H. W.: Am. J. Obst. & Gynec, **50:** 248, 1945.
- 25 MUÑOZ BRAVO **Progress in Clinical obstetrics and Gynecology.** Little, Brown and Co., Boston, 1956.
- 26 TATUM, H. J. **Placenta Previa.** Impreso, 1958.
- 27 LULL, C. B. y KIMBROUGH, R. A. **Obstetricia Clínica.** Editorial Interamericana, S. A. México, 1954, p. 267-271.
- 28 EASTMAN, N. J. WILLIAMS **Obstetrics.** Appleton-Century Crofts, Inc., New York, 1956, p. 605-18.
- 29 MUÑOZ, S. y COBO, E. **Indicaciones selectivas de la cesárea longitudinal segmentaria.** Trabajo presentado ante el VI Congreso Médico Nacional. (Bogotá, D. E. Julio de 1959). En prensa.