

# "Desprendimiento prematuro de la Placenta Normoinsera en el Instituto Materno Infantil Concepción Villaveces de Acosta"\*

*Dr. Luis Francisco Roza Pardo*

El presente trabajo, es un resumen de los casos de Desprendimiento Prematuro de la Placenta normoinsera, que se presentaron en el Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta", durante los años de 1955 y 1956 y desde marzo de 1958 a septiembre de 1960, es decir en un lapso de cuatro años y medio.

Al presentar este trabajo estadístico, hemos preferido hacer un estudio comparativo, entre los casos presentados durante los años de 1955 y 1956 y los casos acaecidos de marzo de 1958 a septiembre de 1960. Las principales razones que nos inducen a esto son: en primer lugar, porque del año de 1956 para acá, el criterio y la conducta en los casos de Desprendimiento Prematuro de la Placenta, han sufrido modificaciones fundamentales por no decir radicales, como lo veremos a través de este trabajo. Además, la creación dentro del Instituto de un Servicio de Toxemias, eficientemente dirigido y mejor orientado, ha hecho posible un control más riguroso y un tratamiento más racional de la paciente toxémica tan propensa a presentar esta grave complicación. Por otra parte, el hacerlo así, nos permite evaluar mejor la bondad de los tratamientos seguidos y los resultados obtenidos desde el punto de vista materno y fetal en cada uno de los grupos.

## CLASIFICACION

Hemos adoptado para el estudio de los casos de Desprendimiento Prematuro de la Placenta, la Clasificación de Page (1) que comprende cuatro grados a saber:

---

\* Trabajo presentado por el autor para ingresar a la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología como Miembro de Número.

*Grado 0:* Comprende los casos asintomáticos, no diagnosticables antes del parto. (Diagnóstico a base de reconocimiento placentario después del parto).

*Grado I:* Comprende los casos en que puede haber ligera hemorragia o hipertonia moderada, sin evidencia de muerte fetal, ni shock materno.

*Grado II:* Comprende los casos de marcada hipertonia uterina, con posible hemorragia externa; sufrimiento o muerte fetal, pero sin evidencia de shock materno.

*Grado III:* Comprende aquellos casos en que existe shock materno o alteraciones de la coagulación sanguínea; tetanización uterina y muerte fetal.

En este estudio no consideraremos las pacientes correspondientes al grado 0 de la clasificación de Page.

Dividimos las historias clínicas en dos grupos a saber:

Primer grupo: Corresponde a los casos de 1955 y 1956.

Segundo grupo: Corresponde a los casos de marzo de 1958 a septiembre de 1960.

### INCIDENCIA

En el primer grupo, se presentaron 54 casos de Desprendimiento prematuro de la placenta, sobre un total de 16.079 partos con una incidencia del 3.35 por mil.

En el segundo grupo encontramos 85 casos sobre un total de 27.940 partos, cifra que nos da una incidencia del 3.04 por mil.

Tenemos pues que durante los cuatro años y medio a que se refiere este trabajo, se presentaron en el Instituto 139 casos de Abruption Placentae, sobre un total de 44.019 partos con una incidencia del 3.19 por mil y que clasificamos así:

|            |     |       |       |         |
|------------|-----|-------|-------|---------|
| Grado I:   | 43  | casos | o sea | 30.93%  |
| Grado II:  | 45  | casos | o sea | 32.37%  |
| Grado III: | 51  | casos | o sea | 36.70%  |
| TOTAL:     | 139 | casos | o sea | 100.00% |

Al comparar la incidencia nuestra (3.19 por mil) con los porcentajes observados por diversos autores, encontramos cifras muy variables: D. Reid (2) da el 1 por ciento, igualmente que Douglas y Page (3) L. Hester (4) da el 1.3 por ciento, autores todos con estadísticas realizadas en hospitales donde se practica reconocimiento anatómo-patológico de todas las placentas. Otros autores como H. Tatum (5) da el 5.37 por mil y De Lee (6) el 4.1 por mil, cifras ligeramente más elevadas que la nuestra, pero que de acuerdo con el Profesor J. León (7) corresponden más o menos a los casos que requieren atención médica y que son los que consideramos en este trabajo.

### PARIDAD

De los 54 casos observados en el primer grupo, 7 se presentaron en pacientes primigestantes con una incidencia del 12.96 por ciento; 46 casos en pacientes con dos o más embarazos que corresponde al 85.19 por ciento y 1 caso sin dato de paridad registrado o sea 1.85%.

En el segundo grupo, de 85 casos, 18 fueron en pacientes primigestantes y 67 en pacientes con dos o más embarazos, con una incidencia del 21.17 por ciento para las primigestantes y 78.83 para las multigestantes.

Reuniendo los dos grupos tenemos:

|            | Primigestantes | Multigestantes |            |
|------------|----------------|----------------|------------|
| Grado I:   | 14             | 29             |            |
| Grado II:  | 8              | 37             |            |
| Grado III: | 3              | 47             | sin dato 1 |
| TOTAL:     | 25             | 113            | 1          |

Observamos que la mayor incidencia de Desprendimiento prematuro de la Placenta corresponde a las pacientes con dos o más embarazos 113 casos (82.02%) por solo 25 (17.98%) casos de pacientes primigestantes. Vale la pena anotar igualmente que solo tres pacientes primigestantes presentaron casos severos de desprendimiento, mientras que en las multigestantes encontramos 47 casos graves.

*EDAD DEL EMBARAZO*

|            | A término | Prematuros |
|------------|-----------|------------|
| Grado I:   | 27        | 16         |
| Grado II:  | 14        | 31         |
| Grado III: | 16        | 35         |
| TOTAL:     | 57 41%)   | 82 (59%)   |

Los 82 casos de Desprendimiento Prematuro de la placenta ocurridos en pacientes cuyo embarazo no había llegado aún al término los podemos dividir así:

- 15 casos con embarazo de  $8\frac{1}{4}$  meses.
- 27 casos con embarazo de 8 meses.
- 12 casos con embarazo de  $7\frac{1}{4}$  meses.
- 14 casos con embarazo de 7 meses y
- 14 casos con embarazo de menos de 7 meses.

La incidencia es ligeramente mayor en las pacientes con embarazos de menos de 9 meses; igualmente se observa en estas pacientes, una mayor frecuencia de casos severos.

*EDAD DE LA PACIENTE*

Respecto a la edad de las pacientes la mayor incidencia, la encontramos entre los 20 y los 30 años de edad. No hallamos mayor relación entre la edad de la paciente y el grado de severidad del desprendimiento.

*INCIDENCIA DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE  
LA PLACENTA EN RELACION CON LA TOXEMIA  
GRAVIDICA*

Un hecho en que todos los autores están de acuerdo, es la frecuente coexistencia, del desprendimiento prematuro de la placenta y la Toxemia gravídica, hasta el punto de que algunos autores, han sugerido la teoría de que todos los desprendimientos prematuros de la placenta, son originados por la toxemia del embarazo (8). Otros autores como Dieckmann, sugieren que la clasificación del Abruptio Placentae, se haga basándose en el hecho de

la existencia o no de la Toxemia Gravídica. De todos modos, lo que sí es un hecho real y demostrado, es la influencia que sobre esta grave afección determina la Toxemia, ya que indudablemente todas estas alteraciones, de tipo hormonal, metabólico y neurógeno, que van a producir ese estado de desequilibrio neuro-endocrino y esa serie de lesiones sobre el sistema vascular en la paciente gestósica, predisponen en un mayor o menor grado a la producción del hematoma retroplacentario.

En el primer grupo de pacientes encontramos 15 casos con evidencia de toxemia, que corresponden a un 27.77%. De estos 15 casos, 11 eran pacientes preclámpticas y 4 con eclampsia convulsiva.

En el segundo grupo encontramos 26 pacientes con evidencia de Toxemia Gravídica, con un porcentaje del 30.58%. De estas pacientes solo 2 ingresaron con eclampsia convulsiva y 24 en estado de preeclampsia.

Reuniendo los dos grupos, encontramos 41 casos de Toxemia del embarazo coincidiendo con desprendimiento prematuro de la placenta y que representa una incidencia total del 29.5% sobre todos los casos estudiados, y que discriminamos así:

|            |          |
|------------|----------|
| Grado I:   | 12 casos |
| Grado II:  | 13 casos |
| Grado III: | 16 casos |
| TOTAL:     | 41 casos |

Comparando la frecuencia hallada entre nosotros, con cifras dadas por varios autores, vemos que resulta bastante inferior. Así tenemos que H. Tatum (1) da un porcentaje del 65.6%; Duncan Reid (2) el 42%; L. Hester y J. Salley (4) dan el 45% y otros como L. de Vega y F. Crespo (9) que dan cifras hasta del 90% que se nos hace exagerada.

Hacemos notar, que un mayor número de pacientes toxémicas, presentaron la forma severa de Abruption Placentae, con shock materno y muerte fetal, hecho que nos hace concluir que la Toxemia Gravídica aumenta no solo la frecuencia sino también la gravedad del desprendimiento placentario.

Dentro del grupo de pacientes toxémicas, están incluidos dos casos de Afección Hipertensiva y toxemia sobreagregada y dos de Enfermedad renal crónica y Toxemia sobreañadida.

Aparte de la Toxemia, encontramos como posibles factores causales en algunos de Desprendimiento prematuro de la Placenta, las siguientes entidades:

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| 1º — Brevedad del cordón   | 3 casos |
| 2º — Gestación múltiple    | 2 casos |
| 3º — Placenta circunvalada | 1 caso  |
| 4º — Polihidramnios        | 1 caso  |
| 5º — Traumatismo abdominal | 1 caso  |

Encontramos igualmente dos casos de Desprendimiento prematuro de la Placenta por inyección intravenosa de Ergotrate durante el trabajo del parto, uno en una paciente con embarazo a término y el otro en una gestante de 7 meses de evolución. Nos llama la atención, el que no se hubiera presentado en ninguno de los dos casos ruptura uterina, accidente más frecuente en estos casos. La aplicación del ocitócico fue practicada en ambos casos fuera del servicio.

### SINTOMATOLOGIA

La sintomatología encontrada en los casos estudiados podemos resumirla así:

*Hemorragia.* — De las 139 pacientes afectadas con desprendimiento prematuro de la placenta 119 (85%) presentaron hemorragia genital en diferentes grados, aunque no en relación directa con la gravedad del desprendimiento.

*Dolor.* — En casi todas las pacientes, encontramos el dolor abdominal de intensidad variable, en algunos casos con irradiación al dorso. Tampoco hallamos relación entre la intensidad del dolor y la severidad del desprendimiento. En algunas pacientes, sobre todo en casos de desprendimiento benigno, el único síntoma observado fue el dolor.

En la gran mayoría de las pacientes encontramos asociados los síntomas de hemorragia genital y dolor abdominal.

*Shock.* — Cincuenta y una pacientes (36.68%) con desprendimiento prematuro de la placenta presentaron estados de shock en diversos grados.

### TRATAMIENTO

El tratamiento de las pacientes del primer grupo (54 casos) lo podemos resumir así:

*Tratamiento conservador.* — En 28 pacientes el tratamiento fue conservador o sea el 51.84 por ciento de los casos de este grupo. De estas pacientes dos no precisaron tratamiento alguno. Veinte pacientes, fueron tratadas con amniotomía y aplicación de drogas sedantes. En ocho de estas pacientes se estimuló el trabajo del parto, con aplicación de ocitócicos en perfusión venosa.

Fuera de esto se tomaron todas las medidas generales, tendientes a combatir el estado de shock en las pacientes que lo presentaron y a mejorar el estado general.

La evolución de estos 28 casos fue la siguiente:

|                                           |          |
|-------------------------------------------|----------|
| Partos espontáneos:                       | 19 casos |
| Aplicación de fórceps:                    | 8 casos  |
| Extracción podálica:                      | 1 caso   |
| Una paciente falleció antes de dar a luz. |          |

*Tratamiento quirúrgico.* — Este tratamiento fue practicado en 25 pacientes o sea en el 46.29% de los casos de este grupo, y fué:

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Cesárea segmentaria:    | 12 casos |
| Cesárea e Histerectomía | 13 casos |

Se practicó una Histerectomía post-partum a una paciente cuyo resumen de la Historia Clínica es el siguiente:

**HISTORIA Nº 2.297 de 1956** — N. N. de 27 años Gestantes VII Para Ab. III.

Ingresa al Servicio el 26 de octubre, por hemorragia genital de mediana intensidad y dolor abdominal difuso.

Al examen se encuentra: Tensión arterial de 140 x 100 mm. Pulso: 96. Altura uterina 34 cms. Auscultación fetal Negativa. Edemas marcados. Se hace diagnóstico de Preeclampsia y Desprendimiento prematuro de Placenta.

Se practica amniotomía y se aplican 500 c.c. de Dextrosa al 10% en A. D. con 5 U. de Pitocín gota a gota vía venosa. Morfina 0.01 grs. i. m. La paciente continúa evolucionando en forma aceptable y tiene su parto espontáneo con feto muerto de 1.400 grs. 15 horas después de su ingreso al servicio. Alumbraimiento cinco minutos después del parto con gran hemorragia genital. Atonía uterina que no cede a la aplicación de ocitócicos. En vista de la ausencia de contractilidad uterina se decide practicar histerectomía. Se encuentra útero intensamente infiltrado con zonas de necrosis que no se retrae, bajo ningún estímulo. La intervención se practica bajo anestesia general y durante ella se aplican a la paciente 500 c.c. de sangre total y 500 c.c. de Plasma.

El postoperatorio de la paciente es normal y sale del servicio a los 10 días en buenas condiciones.

Creemos que la conducta en este caso fué acertada y que la intervención se llevó a cabo cuando aún las condiciones de la paciente eran favorables para soportar el acto quirúrgico.

Respecto a las pacientes del segundo grupo (85 casos) el tratamiento fué como sigue:

*Tratamiento conservador.* — 63 pacientes de este grupo recibieron tratamiento conservador que corresponde a un 74.35% de los casos de este grupo.

Cincuenta y dos pacientes fueron tratadas con amniotomía y aplicación de drogas sedantes. Veinte pacientes necesitaron inducción o refuerzo del trabajo del parto, con Pitocín en perfusión venosa.

No hay dato de tratamiento alguno en cinco historias clínicas.

La evolución de estos 63 pacientes fué:

|                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| Partos espontáneos:                  | 49 casos |
| Aplicación de fórceps:               | 8 casos  |
| Parto en pelvis ayudado:             | 5 casos  |
| Extracción podálica:                 | 1 caso   |
| Una paciente falleció sin dar a luz. |          |

*Tratamiento quirúrgico.* — Se realizó en 21 pacientes o sea en un 24.70% de las pacientes de este grupo, así:

|                      |          |
|----------------------|----------|
| Cesárea segmentaria: | 20 casos |
| Cesárea vaginal:     | 1 caso   |

Tenemos pues que de las 139 pacientes con Desprendimiento Prematuro de la Placenta, 91 recibieron tratamiento conservador o sea el 65.46% del total. Se practicó tratamiento quirúrgico en 46 pacientes que corresponde a un 34.54% del total.

La evolución de los 139 casos fué:

|                          |    |       |        |
|--------------------------|----|-------|--------|
| Partos espontáneos:      | 68 | o sea | 48.92% |
| Cesáreas segmentarias:   | 32 | "     | 23.04% |
| Aplicación de fórceps:   | 16 | "     | 11.52% |
| Cesárea e histerectomía: | 13 | "     | 9.36%  |
| Parto en pelvis ayudado: | 5  | "     | 3.60%  |
| Extracción podálica:     | 2  | "     | 1.43%  |
| Cesárea vaginal:         | 1  | "     | 0.71%  |
| No se realizó el parto:  | 2  | "     | 1.43%  |

Creemos necesario, hacer un breve comentario, acerca del tratamiento quirúrgico y del tratamiento conservador en los casos de Desprendimiento Prematuro de la Placenta.

Entre nosotros, hasta el año de 1956, predominaba la tendencia a terminar el embarazo por la vía quirúrgica, sobre todo en los casos severos de desprendimiento, en los que se intervenía casi sistemáticamente realizando la histerectomía en los casos de infiltración masiva del músculo uterino (Utero de Couvelaire). A este respecto me permito citar las palabras del Dr. Carlos R. Silva M. en un trabajo aparecido a fines de 1954 y en el que se comenta la conducta en el Desprendimiento prematuro de la Placenta y que textualmente dice: "Nosotros procedemos en esta forma: en casos de gran degeneración de la matriz: Histerectomía. En casos leves, si la matriz se contrae y responde a los ocitócicos, adoptamos una conducta conservadora". (10)

Actualmente no justificamos la histerectomía, como tratamiento del Desprendimiento prematuro de la Placenta, ya que se encuentra plenamente demostrado, que tanto el tratamiento médico, como la simple Cesárea segmentaria en los casos que ésta esté indicada, dan mejores resultados que una intervención tan radical como la histerectomía más aún si dicha intervención se rea-

liza en una paciente cuyas condiciones generales son bastante precarias.

En cuanto a la intervención Cesárea en el Desprendimiento prematuro de la Placenta, no hay acuerdo entre la gran mayoría de los autores. Mientras algunos preconizan la cesárea para todos los casos de desprendimiento, otros abogan por el tratamiento médico en el ciento por ciento de los casos. Nos parece muy acertada la línea de conducta preconizada por H. Tatum para la Cesárea en los casos de Desprendimiento Prematuro de la Placenta, quien le da tres indicaciones a saber: Primera: Cuando hay hemorragia materna masiva incontrolable. Segunda: En pacientes que han tenido un estado de shock hemorrágico y del cual se han recuperado, después de reponerles la cantidad de sangre perdida. Tercera: Cuando se hace diagnóstico de desprendimiento prematuro de la placenta, coexistiendo con la presencia de feto vivo.

Está por demás mencionar los casos en que exista cualquier otra indicación obstétrica de la cesárea, en cuyo caso ya no sería electiva del desprendimiento sino de la complicación coexistente.

La incidencia de cesárea entre nosotros es del 23.04 por ciento. (Eastman: 37.7% - Daro: 12% - Hester: 3%).

El tratamiento médico nos parece la conducta más acertada. La amniotomía es por lo general suficiente para desencadenar las contracciones uterinas y suprimir la hemorragia en gran parte, por aumento del tono uterino (1). En los casos en que la amniotomía no sea suficiente la perfusión venosa de Pitocín es un gran recurso.

Sobra advertir la constante vigilancia de las pacientes, la medicación de suplencia y todas las medidas generales tendientes a mantener las pacientes en condiciones óptimas.

### *COMPLICACIONES DEL POST-PARTUM*

La principal complicación observada fué la hemorragia del alumbramiento. De las 139 pacientes estudiadas 137 dieron a luz y 49 de ellas presentaron hemorragia del alumbramiento, que podemos clasificar así:

|                     |          |
|---------------------|----------|
| Hemorragia grave:   | 16 casos |
| Hemorragia mediana: | 20 casos |
| Hemorragia benigna: | 13 casos |

Se comprobaron dos casos de hipofibrinogenemia; uno de ellos se presentó en una Gestante X de 42 años que ingresó al servicio con síntomas de desprendimiento prematuro de la Placenta, embarazo a término y feto muerto. Se practicó amniotomía y transfusión de 500 c.c. durante el trabajo. Parto espontáneo en pelvis incompleta, feto muerto y macerado de 2.600 grs. Inmediatamente después del parto presentó hemorragia genital incontrolable. Se practica prueba de observación del coágulo, observándose incoagulabilidad sanguínea. Por carencia de fibrinógeno en el Servicio, se practica tratamiento con plasma hiperconcentrado y sangre total. Al cabo de una hora se logra control absoluto de la hemorragia y la paciente entra en franca recuperación.

El otro caso se observó en una gestante VI de 34 años y un embarazo de 7 meses con feto muerto y macerado. La conducta seguida con esta paciente fue similar a la del caso anterior.

El Desprendimiento prematuro de la Placenta, entre otros cuadros obstétricos, es de las entidades que puede dar origen a este síndrome caracterizado por la incoagulabilidad sanguínea a causa de la disminución o ausencia total del fibrinógeno sanguíneo. De aquí la importancia del control sistemático del tiempo de coagulación, dosificación del fibrinógeno o la simple observación del coágulo en pacientes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de la placenta.

### *COMPLICACIONES DEL PUERPERIO*

Las principales complicaciones observadas durante el puerperio, fueron:

Endometritis en 10 casos; Absceso de la pared abdominal: 3 casos; Pleuresía 1 caso; Tromboflebitis 1 caso; Ileo paralítico 1 caso; Pielitis 1 caso; Colecistitis 1 caso; Bronquitis 1 caso; Enterocolitis 1 caso e Insuficiencia renal aguda 1 caso.

Creemos conveniente comentar brevemente la historia clínica referente a la insuficiencia renal aguda.

**HISTORIA N° 67.474 de 1959** — N. N.; de 28 años de edad Gestante IV Para III

**Antecedentes personales:** sin importancia.

**Antecedentes quirúrgicos:** Amigdalectomía.

**Antecedentes ginecológicos:** Menarquia a los 13 años Ciclo: 30 x 3.

**Antecedentes obstétricos:** Dos partos a término espontáneos; uno con feto vivo otro mortinato; un parto prematuro con feto muerto.

Última menstruación: Juni de 1958.

Ingresa en marzo 27 a las 14:55 horas en estado de pre-shock, con hemorragia genital abundante, útero hipertónico, doloroso. Altura uterina 36 cms. Auscultación fetal negativa.

**Tensión arterial:** 60 x 30 mm. **Pulso:** 120 por minuto.

**Tacto vaginal:** Cuello en dilatación completa. Bolsa rota. Presentación O. I. A.

Cinco minutos después parto con fórceps en estrecho inferior. Feto muerto de 3.500 grs. Desprendimiento prematuro de la placenta. Gran remorragia post-partum.

Se aplican ocitócicos. Sangre 500 c.c. Plasma 500 c.c.

La paciente permanece durante tres horas en estado de shock.

Seis horas después del parto la paciente se encuentra en plena recuperación Tensión arterial 100 x 50 mm. Pulso 90 por minuto. Se deja sonda de Fooley.

Doce horas después se observa que la paciente no ha eliminado desde la hora del parto sino 50 c.c. de orina completamente hemática.

Se hace el diagnóstico de insuficiencia renal aguda.

Se prescribe: Dextrosa al 5% en A. D. 1.000 c.c. (mil) por vía oral. Testosterona 10 mgs. intramuscular

Control riguroso de líquidos ingeridos y eliminados.

Ese mismo día estando la paciente en estado de anuria, con cuadro de insuficiencia renal aguda, es sacada del servicio por exigencia de los familiares.

Aunque ignoramos la evolución ulterior de esta paciente no nos cabe duda de que nos hallábamos ante un cuadro de Insuficiencia renal aguda. El estado de pre-shock anterior al parto y luego el prolongado estado de shock determinado por la hemorra-

gia del alumbramiento, fueron factores más que suficientes para producir la isquemia renal, por estado de anoxia general.

### *MORTALIDAD FETAL*

Un total de 137 pacientes dieron a luz 140 fetos (un gemelar y un trigemelar).

En el primer grupo encontramos los siguientes datos:

|                   |          |          |
|-------------------|----------|----------|
| Mortinatos:       | 37 casos | (70.37%) |
| Muerte neo-natal: | 6 casos  | (11.11%) |
| Fetos vivos:      | 10 casos | (18.52%) |
| Prematuridad:     | 33 casos | (61.12%) |

En el segundo grupo tenemos:

|                  |          |          |
|------------------|----------|----------|
| Mortinatos:      | 45 casos | (52.94%) |
| Muerte neo-natal | 7 casos  | ( 8.23%) |
| Fetos vivos:     | 33 casos | (38.83%) |
| Prematuridad:    | 49 casos | (57.65%) |

En total tenemos:

|                   |          |          |
|-------------------|----------|----------|
| Mortinatos:       | 82 casos | (57.62%) |
| Muerte neo-natal: | 15 casos | (10.56%) |
| Fetos vivos:      | 43 casos | (30.28%) |
| Prematuridad:     | 82 casos | (59 %) ) |

La incidencia de muerte fetal en el Desprendimiento Prematuro de la Placenta entre nosotros es del 68.18% que corresponde a 57.62% de mortinatos y 10.56% de muertes neo-natales, con una incidencia de prematuridad del 59%.

En otras estadísticas encontramos las siguientes cifras:

A. Arcay (11) da un 77% de mortinatalidad con un 62.5% de prematuridad. L. Hester: 68% de mortalidad fetal y 56% de prematuridad. Tatum da 53.46% de mortalidad fetal. Donnelly y otros (12) dan el 12.6% únicamente para las muertes neo-natales.

Al analizar este porcentaje nuestro de mortinatalidad en el desprendimiento prematuro de la Placenta es preciso tener en cuenta también que aproximadamente el 25% de los niños nacidos tenían un peso de menos de 1.800 grs.

Al comparar la mortinatalidad entre los dos grupos de pacientes considerados, tenemos para el primer grupo un porcentaje del 81.48, contra el 61.17 por ciento del segundo.

### *MORTALIDAD MATERNA*

En el primer grupo de pacientes, ocurrieron cinco muertes maternas sobre 54 casos de Desprendimiento Prematuro de la Placenta, y que corresponde a un 9.25%.

En el segundo grupo, sobre 85 pacientes se presentaron cuatro muertes maternas con una incidencia del 4.70 por ciento.

La cifra global es pues de nueve muertes maternas sobre 139 casos con un porcentaje del 6.47 por ciento.

De las nueve pacientes fallecidas cinco eran toxémicas o sea el 55.55% tres con eclampsia convulsiva.

En general, la incidencia de muertes maternas por Desprendimiento Prematuro de la Placenta, entre autores americanos oscila del 1.2% al 4%. Otros como Suárez H. de Venezuela da cifras del 7.35% (13). Tenemos que hacer notar la baja de más del 50 por ciento en la mortalidad materna en el segundo grupo de pacientes. Sin lugar a dudas esta gran mejoría, se debe como lo exponía al comienzo de este trabajo a las modificaciones con respecto al tratamiento de las pacientes con desprendimiento prematuro de la placenta y al mejor control de la paciente toxémica.

### **HISTORIAS CLINICAS DE LAS PACIENTES FALLECIDAS**

#### **1º — HISTORIA Nº 17.976 de 1955**

N. N. de 35 años. Natural de Sotaquirá. Gestante IV Para III.

**Antecedentes familiares:** Sin importancia.

**Antecedentes personales:** Enfermedades de la infancia.

**Antecedentes ginecológicos:** Menarquia a los 13 años. Ciclo: 30 x 3 a 4 días. Dismenorreas. Leucorrea.

**Antecedentes obstétricos:** Tres partos espontáneos a término con fetos vivos. Última menstruación: Diciembre de 1954. Durante el embarazo ha presentado: Cefálea, edemas, epigastralgia, acedias y constipación.

Ingresa el 2 de Junio de 1955 a las 15 horas, consultando por hemorragia genital abundante iniciada 3 horas antes de su ingreso, acompañada de dolor abdominal difuso no muy acentuado.

**Examen general:** Estado general satisfactorio. Tensión arterial: 180 x 95 mm. Corazón normal. Pulso 85. Respiratorio, Digestivo y Urinario: normales. Edemas.

**Examen obstétrico:** Altura uterina: 24 cms. Utero no doloroso, ligeramente hipertónico. Auscultación fetal negativa.

**Tacto vaginal:** Genitales externos normales. Cuello blando, grueso central con 2 cms. dilatación. Placenta previa marginal. Desprendimiento prematuro de la placenta. Se diagnostica además toxemia grave.

Con este diagnóstico se decide intervenir por vía alta.

**Intervención:** Anestesia: Raquídea; posteriormente anestesia general. Laparotomía mediana infraumbilical. Histerotomía segmentaria. Se encuentra gran infiltración del segmento que se propaga hacia el cuerpo uterino. Se comprueba diagnóstico de Abruption Placentae e inserción baja de la placenta. Se extrae un feto muerto de 1.100 grs. Se practica Histerectomía subtotal. Durante la intervención la paciente entra en shock anestésico y hemorrágico. Se aplican 1.000 c.c de sangre total. Dextrosa con Levofed, Oxígeno. A pesar del tratamiento, la paciente fallece en estado de shock a la hora de terminada la intervención.

## COMENTARIO

Esta paciente muy probablemente hubiera sobrevivido, si la intervención quirúrgica se hubiera limitado a la cesárea, ya que hasta el momento de iniciarse el acto quirúrgico, se hallaba en aceptables condiciones. Se trataba además de una Toxémica a quien se le aplicó una raquianestesia y luego se le dio anestesia general para practicar la histerectomía. Creemos que estos factores y el traumatismo de la intervención, coadyuvaron de una manera definitiva en la producción del shock, que llevó a la muerte a esta paciente. Esta muerte la clasificamos como evitable.

## 2º — HISTORIA Nº 20.256 de 1955

N. N. de 22 años. Natural de Pacho. Gestante IV Para II Ab. 1

**Antecedentes familiares:** Sin importancia.

**Antecedentes personales:** Sin importancia.

**Antecedentes ginecológicos:** Menarquia a los 14 años. Ciclo: 30 días x 5.

**Antecedentes obstétricos:** 1er. embarazo: aborto completo. Un parto espontáneo a término con feto vivo y otro parto a término con feto muerto.

Ultima menstruación: Noviembre 16 de 1954.

Ingresa a las 4 horas de la día 30 de julio de 1955 y consulta por dolor abdominal de aparición brusca más acentuado en la región epigástrica y con irradiación al dorso.

**Examen general:** Estado general regular. Tensión arterial: 100 x 60 mm. Pulso: 140 por minuto. Corazón Taquicardia.

**Examen obstétrico:** Altura uterina: 30 cms. Utero de consistencia dura, hipertónico, doloroso a la palpación especialmente en el fondo. Defensa muscular.

**Auscultación fetal:** negativa.

**Tacto vaginal:** Cuello blando borrado con 5 cms. de dilatación. Membranas rotas. Presentación O. I. T. insinuada.

A las 5:35 horas se verifica parto espontáneo con feto muerto de 1.900 grs. Alumbramiento al mismo tiempo del parto con lo que se comprueba el desprendimiento placentario. Inmediatamente después del parto hay gran hemorragia genital. Se aplican ocitócicos vía venosa e intramuscular. Se aplica Plasma 250 c.c. Graplasmoid 500 c.c. Transfusión de sangre total. Se practica taponamiento de la cavidad uterina. La paciente continúa sangrando y entra rápidamente en estado de shock. A pesar del tratamiento instaurado la paciente fallece a las tres horas del parto.

## COMENTARIO

Analizando la historia clínica de esta paciente, podemos pensar que la hemorragia del alumbramiento, fue provocada por un trastorno de la coagulación sanguínea y no por una atonía uterina. Es conocida de todos la frecuencia con que se presentan cuadros de afibrinogenemia, en pacientes con desprendimiento prematuro de la placenta. Este caso se presentó cuando aún descono-

cíamos esta entidad dentro de la especialidad por lo que consideramos esta muerte como inevitable.

3º — **HISTORIA Nº 24.321 de 1955**

N. N. de 29 años de edad. Natural de Ibagué. Gestante III Para II

**Antecedentes familiares:** Sin importancia.

**Antecedentes personales:** Enfermedades de la infancia.

**Antecedentes ginecológicos:** Menarquia: 1ª años Ciclo: 0 3x 3 normal.

**Antecedentes obstétricos:** Dos partos espontáneos a término con fetos vivos.

Ultima menstruación: Marzo 16 de 1955. Durante el embarazo presentó: Náuseas Acedías. Edemas discretos. Cefálea.

La paciente ingresa el día 19 de Diciembre de 1955. No está en trabajo.

**Examen general:** Estado general bueno. Tensión arterial: 140 x 190 mm. Pulso: 90. Aparatos respiratorio, digestivo y urinario: normales. Edemas discretos.

**Examen obstétrico:** Altura uterina: 33 cms. Presentación O. I. Ruidos fetales positivos normales. No se halla en trabajo de parto.

A los dos días de ingreso la paciente inicia espontáneamente trabajo de parto. A las tres horas de iniciado trabajo se encuentra cuello borrado con tres cms. de dilatación. Dos horas y media más tarde la paciente es llevada a la sala de partos con hemorragia genital discreta, útero hipertónico y doloroso. Se practica amniotomía, hallándose el líquido sanguinolento. Feto en presentación de frente N. D. P. Auscultación fetal negativa.

Ante el diagnóstico de muerte fetal y presentación de frente, encontrándose el cuello en dilatación completa, bajo anestesia general se intenta mutación de la presentación y aplicación de fórceps en el estrecho superior. Ante el fracaso del intento se practica Basiotripsia. La paciente sangra abundantemente. Hecha la aplicación del basitribo y la reducción de la cabeza fetal, se logra llevar la cabeza al piso perineal y se extrae. Después de esto no es posible la extracción del resto del feto por lo que se sospecha una ruptura uterina. Con la paciente en malas condiciones (T. arterial: 60 x 30 mm. y Pulso de 140 por minuto) se practica laparotomía y se encuentra útero intacto pero intensamente infiltrado por desprendimiento placentario. Se hace histerotomía segmentaria extrayéndose el feto por resta vía. La paciente fallece antes de terminar la intervención. Se aplicó sangre.

## COMENTARIO

Al revisar la historia de esta paciente observamos lo siguiente: Posiblemente se trataba de una toxémica, ya que presentaba edemas, cefálea y tensión arterial de 140 x 90 mm. (No se practicaron exámenes de laboratorio). El control del trabajo del parto es deficiente ya que solo hasta el último momento se hizo el diagnóstico de presentación de frente no encontrándose en la historia ningún otro examen de la paciente fuera del que se le hizo recién iniciado el trabajo. No se pensó en el desprendimiento de la placenta, habiendo suficientes manifestaciones para hacerlo. Además la conducta seguida se nos hace completamente ilógica. Muerte plenamente evitable.

## 4º — HISTORIA Nº 19.322 de 1955

N. N. Se ignora edad y procedencia.

Ingresa al servicio a las 10:30 horas en estado de inconciencia.

**Tensión arterial:** 150 x 130 mm. Pulso: 120 por minuto.

**Altura uterina:** 30 cms. Presentación cefálica de vértice. Auscultación fetal negativa.

Al ingreso al servicio presenta un ataque convulsivo de dos minutos de duración. Por datos obtenidos de los familiares se sabe que antes de su ingreso ha presentado cuatro ataques convulsivos.

Se instituye el siguiente tratamiento: Panthotal 1.50 gramos en 500 c.c. de Dextrosa al 10% en agua destilada gota a gota. Unitensen 1 mg. intramuscular. Oxígeno permanente.

A la hora de iniciado el tratamiento la paciente entra en estado de shock.

Tensión arterial: no se encuentra. Pulso filiforme. Se aplica: Atropina, efedrina 1 amp. intramuscular. Morfina una ampolla de 0.01 grs. Se suspende el goteo de Penthotal.

Cuatro horas más tarde el estado de la paciente es: Tensión arterial: 150 x 130 mm. Pulso 90 por minuto. Al examen obstétrico se encuentra gran hipertonia uterina con hemorragia genital discreta.

**Tacto vaginal:** Genitales externos normales. Cuello blando, borrado en un 50% con 2 cms. de dilatación. Membranas íntegras.

Se aplica: Morfina 1 amp. de 0.01 grs.

Dos horas más tarde: Paciente en estado comatoso. Arreflexia. Anisocoria. Se diagnostica desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera y hemorragia intracraneana que se comprueba con punción lumbar. La paciente continúa en este estado y fallece a las 22 horas.

### COMENTARIO

En la muerte de esta paciente, realmente el desprendimiento placentario es un hecho secundario ya que la causa determinante fue el accidente cerebro-vascular.

Hay un hecho que nos llama la atención en lo que se refiere al tratamiento. La paciente ingresó con una tensión arterial de 150 x 130 mm. La aplicación de un miligramo de Unitensen (veratrum viride), determinó en la paciente una hipotensión tan severa que era imposible registrarla. Ahora bien, no podemos valorar hasta qué punto esta brusca baja tensional, que indudablemente determinó un estado de anoxia cerebral, haya podido lesionar los vasos cerebrales, y luego, al producirse una elevación también intempestiva de la tensión arterial, determinar el accidente cerebro vascular. De todas maneras nos es imposible aseverar si la hemorragia cerebral la determinó el hecho anteriormente anotado o si fué consecuencia de la eclampsia.

#### 5º — HISTORIA Nº 27.840 de 1955

N. N. de 40 años. Natural de Bogotá. Gestante IX Para VIII

**Antecedentes familiares:** Sin importancia.

**Antecedentes personales:** Sin importancia.

**Antecedentes ginecológicos:** Menarquia a los 14 años. Ciclo: 30 x 3 días.

**Antecedentes obstétricos:** Ocho partos espontáneos a término. Cinco con fetos vivos y tres mortinatos.

Ultima menstruación: no hay data.

Ingresó al servicio el 21 de marzo de 1955 a las 17 horas.

**Examen general:** Estado general bueno. Tensión arterial: 100 x 70 mm. Pulso: 80 por minuto. Corazón y demás aparatos normales.

**Examen obstétrico:** Altura uterina: 32 cms. Tonicidad uterina normal.

Auscultación fetal positiva.

**Tacto vaginal:** Genitales externos normales. Cuello duro grueso con 3 cms. de dilatación. Presentación O. I. I. Trabajo irregular.

Se aplican dos ampolletas de Atropáver.

Catorce horas después la paciente es llevada a la sala de partos con hemorragia genital abundante, hipertonía uterina y dolor epigástrico. La auscultación fetal es negativa.

Se practica amniotomía. Líquido de aspecto hemático. Se ordena transfusión de 500 c.c. de sangre total. Graplasmoid 500 cc.

Tensión arterial: 100 x 50 mm. Pulso 140 por minuto.  
Se decide intervenir por vía abdominal.

Anestesia general (Ciclo-éter-Oxígeno).

Laparotomía mediana infraumbilical. Se encuentra gran infiltración uterina. (Utero de Couvelaire). Histerotomía segmentaria y extracción de un feto muerto de 2.200 grs. de peso. Se decide practicar Histerectomía total con conservación de anexos. Durante la intervención hay gran hemorragia. Al terminar la tensión arterial es de 40 x 0 mm. Pulso 160 por minuto.

La paciente entra en anemia aguda y muere a la hora de finalizada la intervención.

## COMENTARIO

Esta muerte posiblemente hubiera sido evitable si la intervención se hubiera limitado a la cesárea; ya que fué durante la histerectomía cuando se presentó la hemorragia grave que llevó a la paciente al estado de shock causa de la defunción.

### 6º — HISTORIA Nº 13-774 de 1958

N. N. de 32 años. Natural de Anolaima. Gestante VI Para IV Ab. 1

**Antecedentes familiares:** no refiere.

**Antecedentes personales:** Enfermedades de la infancia.

**Antecedentes quirúrgicos:** Apendicectomía.

**Antecedentes ginecológicos:** Menarquia a los 14 años. Ciclo: 30 x 3 días. Dismenorreas.

**Antecedentes obstétricos:** Un aborto incompleto de dos y medio meses de evolución y cuatro partos espontáneos a término con fetos vivos.

Última menstruación: Abril de 1958. Ha presentado durante el embarazo: náuseas, vómitos, acedías, mareos, cefálea.

Ingresa el 17-X-58 a las 22:50 horas. Consulta por hemorragia genital de regular intensidad, acompañada de dolor hipogástrico intenso con irradiación al dorso.

**Examen general:** Estado general bueno. Tensión arterial 110 x 60 mm.

Corazón norma lcon 86 pulsaciones por minuto. Demás aparatos normales.

**Examen obstétrico:** Altura uterina: 25 cms. Presentación cefálica. Auscultación fetal dudosa.

**Tacto vaginal:** Genitales externos normales. Cuello anterior blando largo cerrado. Hemorragia de escasa intensidad.

**Diagnóstico:** Desprendimiento prematuro de la placenta. La paciente permanece bajo estricta vigilancia médica.

**Evolución:** 23:10 horas. Matriz hipertónica. Hemorragia de mediana intensidad en el momento del examen. Continúa en observación.

Una hora después se practica "bloqueo en silla" y se hace dilatación digital del cuello y amniotomía para provocar el trabajo de parto. El trabajo de parto se inicia una hora después con paciente en regulares condiciones generales; tensión arterial de 90 x 60 mm.

Dos horas más tarde hay franco trabajo de parto. hemorragia genital de regular intensidad. Tensión arterial de 80 x 60 mm. Pulso 96 por minuto.

Se ordena transfusión de 500 cc. de sangre. Grapasmoid 500 cc. Oxígeno a permanencia.

Dos horas y media más tarde se verifica parto espontáneo con feto muerto de 800 grs. de peso. Se comprueba el desprendimiento placentario (aproximadamente el 60%). Tensión arterial después del parto 110 x 90 mm. Paciente en buen estado general.

A las 24 horas del parto la paciente acusa cefálea intensa. Se prescriben analgésicos.

Seis horas después: Paciente inconciente. Presenta movimientos convulsivos de los miembros superiores. Hipertonía muscular. Temperatura bucal: 38.8° Tensión arterial: 120 x 80 mm. Ruidos cardíacos velados. Incontinencia de esfínteres. Arreflexia pupilar Miosis. Se ordena Gardenal 0.20 grs. intramuscular. A las dos horas: Paciente en estado de coma grado II. Respiración Sheyne-Stokes. Pulso 110 por minuto. Tensión arterial: 90 x 50 mm. Contractura de los músculos con tendencia al opistótonos. Convulsiones clónicas y tónicas de los miembros superiores e inferiores. Babinsky bilateral positivo y sucedáneos. Hiperreflexia tendinosa bilateral. Arreflexia pupilar, Miosis bilateral. Ligero nistagmus horizontal. Temperatura 39.5° Lengua seca. Abdomen blando depresible. Incontinencia esfinteriana. Congestión pulmonar basal bilateral. Tonos cardíacos débiles.

Se diagnostica Hemorragia subaracnoidea. Se prescribe Terramicina 500 mgs. cada 8 horas en 500 c.c. de dextrosa al 5% en agua destilada. Gardenal

0.20 grs. cada 8 horas. Posteriormente se practica examen de fondo de ojo. Fondo de ojo: Midrasis bilateral acentuada. Arreflexia pupilar total. Notorio punteado hemorrágico. Papila con discreto borramiento de límites.

La paciente fallece tres horas después. Se ordena autopsia.

### RESUMEN DE AUTOPSIA

1º — Embarazo de 6 meses con feto muerto. Parto inducido (por amniotomía) dos días antes de la muerte.

2º — Hemorragia cerebral, con inundación ventricular.

3º — Hipertensión endocraneana severa.

4º — Congestión visceral generalizada.

5º — Edema masivo pulmonar.

### COMENTARIO

Es probable, que la hemorragia cerebral en esta paciente se haya producido, por una elevación brusca de la tensión arterial, después de una baja tensional considerable. Aunque en la historia clínica figura como tensión mínima 80 x 60 no podemos juzgar hasta qué punto este estado de hipoxia hubiese podido lesionar los vasos cerebrales, o si había lesiones vasculares preexistentes. Lo que sí podemos deducir más ciertamente, es que la paciente fué sometida a un estado de sobrehidratación general que explica el desarrollo del edema masivo pulmonar.

### 7º — HISTORIA Nº 61.270 de 1959

N. N. de 22 años natural de Bogotá. Gestante III.

Paciente que ingresa al servicio en estado de coma y haciendo ataque convulsivo. Los familiares relatan que ha hecho cuatro ataques antes de su ingreso y que después del primero quedó en estado de inconciencia.

**Estado general:** Pésimo. Tensión arterial 60 x 0 mm. Pulso 92.

**Pulmones:** Edema agudo del pulmón. Altura uterina: 30 cms. Gran hipertonia. Auscultación fetal negativa.

**Cateterismo vesical:** Paciente en anuria. Cuello en dilatación completa.

Se aplica: Gardenal: 0.20 grs. I. venoso. Estrofosid: ½ mg. I. venoso. Sulfato de magnesia 20 cc. I. muscular.

Media hora más tarde se termina el parto con aplicación de fórceps de desprendimiento. Feto muerto de 2.000 grs. Alumbramiento al mismo tiempo que el parto, por desprendimiento prematuro de la placenta, seguido de gran hemorragia.

Cinco minutos después la paciente hace paro respiratorio. Se intuba, se aplica adrenalina I. venosa, pero la paciente fallece a la hora de su ingreso por: hemorragia cerebral. Edema agudo del pulmón y desprendimiento prematuro de la placenta en coma ecláptico.

## COMENTARIO

Muerte inevitable ya que la paciente ingresó al servicio cuando nada había que hacer. Nos llama la atención, que esta paciente hubiera presentado al mismo tiempo las tres más graves complicaciones de la eclampsia: Desprendimiento prematuro de la placenta, edema agudo del pulmón y hemorragia cerebral.

### 8º — HISTORIA Nº 50.775

N. N. de 29 años. Natural de Cáqueza.

Ingresa a las 8 horas en estado de inconciencia. Al ingreso hace dos ataques convulsivos. Pasa al servicio de Toxemias, en estado de coma. Altura uterina: 28 cms. Gran hipertonia uterina. Auscultación fetal negativa. Tensión arterial 140 x 110. Pulso: 100 por minuto. Miosis bilateral, con escasa respuesta a la luz. No hay trabajo de parto.

**Diagnóstico:** Eclampsia ante-partum. Abruptio Placentae.

Se prescribe: Gardenal 0.20 grs. vía venosa. Plegicil 2 cc. I. muscular. Sulfato de magnesio 20 cc. intravenoso. Oxígeno permanente.

11:40 horas. Nuevo ataque convulsivo en el cual presenta accidente cerebro-vascular hemorrágico. Una hora antes había presentado otro ataque convulsivo.

La paciente continúa en estado de coma y fallece a las 10 horas de ingresar al servicio.

**Diagnóstico:** Gestante II de 8 meses. Eclampsia convulsiva anteparto. Abruptio Placentae. Hemorragia cerebral.

## COMENTARIO

Este es un caso que no requiere mayor comentario. Paciente que ingresa al servicio, después de 4 ataques de eclampsia, que

no cede al tratamiento médico instituido y fallece por accidente cerebro-vascular hemorrágico después de 7 episodios convulsivos. Muerte inevitable.

9º — **HISTORIA N° 69.673 de 1960**

N. N. de 37 años. Natural de Ambalema. Gestante IV Para III

**Antecedentes familiares:** No dá datos.

**Antecedentes personales:** Tratada hace 2 años, durante 18 meses en el Hospital de Santa Clara por Tuberculosis Pulmonar.

**Antecedentes ginecológicos:** Menarquia a los 13 años. Ciclo: 30 x 3.

**Antecedentes obstétricos:** Tres partos espontáneos a término.

**Última menstruación:** Septiembre 3 de 1959.

Durante el embarazo ha presentado: cefálea, mareos, náuseas, vómitos, edemas discretos y actualmente hemorragia discreta.

Ingresa el día 20 de marzo a las 5:10 horas. Consulta por hemorragia genital de poca intensidad, con dolor abdominal de tipo cólico, que se<sup>o</sup> inició dos horas antes.

**Examen general:** Estado general: bueno. Tensión arterial: 120 x 90 mm. Corazón normal con 84 pulsaciones por minuto. Demás aparatos normales.

**Examen obstétrico:** Altura uterina: 23 cms. Matriz ligeramente hipertónica. Auscultación fetal: negativa. Se prescribe seconal 1 cápsula. Reposo en cama.

A las 10 horas, la paciente presenta hemorragia genital abundante con marcada hipertonía uterina. Se practica amniotomía y se aplican 500 cc. de dextrosa al 5% en A. D. con 2 unidades de pitocín y 1 ampolla de Dolantina, en perfusión venosa 15 gotas por minuto.

13:00 horas. Continúa hemorragia. Altura uterina 25 cms. Se ordena transfusión de 500 cc. de sangre. Dolantina 1 ampolla intramuscular.

14:30 horas. Tacto vaginal: Cuello central blando corto permeable a un dedo. Continúa sangrando. T. A. 130 x 90 mm. Pulso 114.

15:30 horas. Se decide practicar Cesárea por vía vaginal, que se inició con raquianestesia; luego hubo necesidad de administrar anestesia general. Se obtiene un feto muerto de 1.500 grs. con espina bífida lumbar. Durante la intervención la paciente sangra abundantemente. Se aplican: Sangre total: 1.250 cc. Plasma concentrado: 250 cc. Dextrosa: 1.000 cc.

17:40 horas. Tensión arterial 85 x 60 mm. Pulso 110 por minuto.

18:40 horas. Tensión arterial 95 x 70 mm. Pulso 110 por minuto.

La paciente sale de la sala en regulares condiciones.

Al día siguiente las condiciones generales de la paciente han mejorado. Continúa en postoperatorio con tratamiento a base de antibióticos. Dieta líquida y líquidos por vía venosa.

Al tercer día de la intervención, la paciente presenta temperatura de 38° Meteorismo abdominal. Estado de agitación.

Se ordena enema evacuador. Luminal 1 ampolla. Fenérgán 1 ampolla. Sonda rectal. Dextrosa al 5% en Sol. salina 1.000 cc.

Al día siguiente la paciente continúa con distensión abdominal. Se hace succión continua. Control de líquidos ingeridos o administrados y de líquidos eliminados.

Cinco días después de la intervención el estado general de la paciente es malo: hay vómito permanente. Deshidratación grado II a pesar del control hídrico. Silencio abdominal. Loquios fétidos.

La paciente continúa desmejorando y fallece a los 10 días del acto operatorio por peritonitis.

**Diagnóstico:** Gestante IV de 6½ meses. Desprendimiento prematuro de la Placenta. Feto muerto de 1.500 grs. Cesárea vaginal. Muerte por peritonitis.

### COMENTARIO

Al revisar esta historia clínica, hacemos las siguientes observaciones: El caso fué tratado con muy buen criterio (amniotomía inducción, sedantes), hasta el momento en que se decidió la intervención quirúrgica. No por el hecho de la cesárea que se justificaba por el cuadro de hemorragia intensa que presentaba la paciente, sino por la vía de elección que ha debido ser la abdominal. No nos parece que la cesárea vaginal, tenga indicación alguna en el desprendimiento prematuro de la placenta, porque además de ser una intervención más laboriosa sobre todo cuando el feto es un poco grande, no nos permite tampoco reconocer el estado del útero.

En lo que se refiere a la peritonitis desencadenada por la paciente, el punto de partida, creemos haya sido de origen genital. Sin embargo hay que tener en cuenta el antecedente bacilar de la paciente, que bien ha podido recrudecerse con la baja de las de-

fensas orgánicas y haber influido o determinado la producción del cuadro peritoneal. Desafortunadamente, la autopsia no le fue practicada a esta enferma, hecho que nos hubiera aclarado por completo la etiología de la peritonitis. Esta muerte nos parece evitable.

### SUMARIO

1º — Se hace un resumen de los Casos de Desprendimiento Prematuro de la Placenta, presentados en el Instituto Materno-Infantil "Concepción Villaveces de Acosta" en cuatro años y medio.

2º — Se hace un estudio comparativo entre los casos ingresados en 1955 y 56 y los de 1958 a septiembre de 1960.

3º — Se comenta la incidencia en cuanto a frecuencia, paridad, edad de la paciente, edad del embarazo, toxemia gravídica, síntomas, tratamiento, mortalidad materna y mortinatalidad.

3º — Se exponen los resultados obtenidos en cada uno de los grupos con el tratamiento conservador y el tratamiento quirúrgico.

4º — Se comentan algunos casos de interés indiscutible dentro de la entidad.

5º — Se comentan brevemente las historias clínicas de las pacientes fallecidas.

### CONCLUSIONES

1º — El desprendimiento prematuro de la Placenta entre nosotros, es una entidad que tiene una incidencia más o menos semejante a la de los diversos autores, considerando solo los casos que requieren atención médica.

2º — Se observa con mayor frecuencia, en pacientes con dos o más embarazos y en gestaciones que aún no han llegado al término.

3º — La edad en que más frecuentemente hemos hallado esta grave complicación, es entre los 20 y los 30 años.

4º — Es un hecho evidente, que la Toxemia Gravídica, aumenta la frecuencia y la gravedad del desprendimiento placentario.

5º — Actualmente la Histerectomía, no se justifica como tratamiento del Desprendimiento Prematuro de la Placenta.

6º — La Histerectomía post-partum, puede ser un recurso en los casos de hemorragia materna masiva, siempre que la paciente se halle en inmejorables condiciones.

7º — La cesárea como tratamiento del Desprendimiento Prematuro de la Placenta, tiene sus indicaciones precisas.

8º — La cesárea vaginal no nos parece tener indicación alguna dentro de la entidad.

9º — Está demostrado que el tratamiento médico (amniotomía-inducción o refuerzo del trabajo-sedantes), da tan buenos resultados como el quirúrgico y disminuye el índice de morbilidad materna.

10 — La complicación que se observó con mayor frecuencia fue la hemorragia del alumbramiento y el shock.

11 — Muchas veces la hemorragia del alumbramiento no se debe a atonía uterina sino a trastornos en la coagulación sanguínea (hipo o afibrinogenemia) síndrome frecuente dentro de la entidad.

12 — La insuficiencia renal aguda es otro cuadro que puede presentarse en estas pacientes, en especial las que han permanecido largo rato en estado de shock, en las toxémicas y cuando hay alteraciones de la coagulación sanguínea.

13 — Los estados prolongados de shock, son susceptibles de producir lesiones de los vasos cerebrales, por anoxia general, y determinar luego en casos de elevaciones bruscas de la tensión arterial accidentes cerebro-vasculares hemorrágicos fatales.

14. — La incidencia de mortalidad fetal es aún bastante alta lo mismo que el índice de prematuridad.

15 — El porcentaje global de mortalidad materna es francamente desfavorable.

16 — La disminución, en el segundo grupo de pacientes, en más del 50 por ciento en lo que concierne a la mortalidad materna, y la notoria mejoría del pronóstico fetal son resultado de las modificaciones en cuanto a la conducta y tratamiento, y a la buena marcha del Servicio de Toxemias.

17 — Los estudios anatomopatológicos de la placenta, deben practicarse con mayor frecuencia. Igualmente debe buscarse el medio para que a toda paciente fallecida se le practique la autopsia sin excepción.

18 — El estudio clínico de las pacientes con desprendimiento prematuro de placenta debe incluir la dosificación del fibrinógeno circulante y la prueba de la formación del coágulo.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) PAGE E. W. KING E. B. and MERRILL. Am. Journ. Obst. and Gynec. N° 3. 1954 Pág. 385.
- (2) DUNCAN E. REID **"Desprendimiento Prematuro de la Placenta"**. Rev. Obst. y Ginec. de Venezuela 1955. T. XV P. 460.
- (3) G. DOUGLAS y E. PAGE. **Tratado de Obstetricia**. J. León. Tomo III 1959. P. 565.
- (4) L. L. HESTER and J. SALLEY. Am. Journ. Obst. and Gynec. N° 6 Diciembre 1957. P. 1.218-1.221.
- (5) HOWARD TATUM. **"Desprendimiento Prematuro de la Placenta"**. Conferencias dictadas en la Clínica David Restrepo. Marzo 1958. P. 2-5.
- (6) DE LEE and GREENHILL. **Principios y Práctica de Obstetricia**. 1945. P. 555.
- (7) J. LEON. **Tratado de Obstetricia**. Tomo III 1950 P. 565.
- (8) BARTHOLOMEW R. CALVIN and col. Am. Jour. of Obst. and Gynec. 62 247 1951.
- (9) CLIFFORD B. LULL **Obstetricia Clínica**. 1954 P. 267.
- (10) CARLOS R. SILVA M. **"Accidentes del Parto"** Revista de la Facultad de Medicina Vol. XXII Diciembre 1954 P. 451.
- (11) A. ARCAY **Desprendimiento Prematuro de la Placenta**. Rev. Obst. y Ginec. de Venezuela. 17. 1957 P. 736.
- (12) J. F. DONELLY y otros. Am. Journ. of Obst. and Gynec. 1957 6. 1952.
- (13) R. SUAREZ HERRERA. Rev. Obst. y Ginec. de Venezuela. **Memorias del Primer Congreso Venezolano de Obs. y Ginec.** 1955 P. 168.