

Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina"

***GESTORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACIÓN;
INCIDENCIA Y REPERCUSIÓN EN LA MORBIMORTALIDAD
PERINATAL Y MATERNA (1995-96)***

Dr. Jesús Hernández Cabrera,¹ Dra. Danilec Hernández Hernández,² Dra. Silvia Rendón García,² Dr. Bárbaro Dávila Albuérne² y Lic. Roberto Suárez Ojeda³

RESUMEN: Se realizó un estudio prospectivo descriptivo en el hospital docente ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina" durante los años de 1995-96, a las pacientes que ingresaron con el diagnóstico de gestorragia de la segunda mitad de la gestación. De un total de 6 398 partos ocurridos, 35 fueron clasificados como gestorragias, predominando con 20 casos la placenta previa con sus variedades para 0,31 %; 11 con hematoma retroplacentario para 0,17 %, 1 con rotura uterina para 0,01 % y 3 con rotura del seno marginal para 0,05 %. Se procesaron los datos en una computadora IBM del Centro Universitario de Matanzas, por el sistema MICROSTAT y se aplicó el método de porcentajes y el *test* de proporciones. Se encontró el predominio del parto por cesárea, con productos pretérminos y bajo peso fetal, pero sin influencia en el conteo de Apgar ni la mortalidad fetal. No fue causa de muerte materna pero sí de elevada morbilidad materna.

Descriptores DeCS: **COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DEL EMBARAZO; ULTRASONOGRAFIA/ métodos; MORTALIDAD INFANTIL; MORTALIDAD MATERNA; MORBILIDAD.**

Las gestorragias de la segunda mitad del embarazo son las resultantes de un trastorno de la gestación que lleva como eje cardinal: la hemorragia, amenorrea y dolor¹⁻⁶ que de no diagnosticarse oportunamente, con conductas apropiadas para cada caso, constituyen un grave peligro para la

vida del producto y de la madre.¹⁻¹⁰ Mundialmente, junto a la toxemia y la sepsis componen la tríada fundamental de muerte materna.¹⁻¹⁰

Las gestorragias fueron para los clásicos motivo de preocupación y estudios¹⁻⁹ quienes describieron la placenta previa, el

¹ Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Instructor FCM. Matanzas.

² Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Hospital docente ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina".

³ Profesor de Matemáticas. Sede Universitaria. Matanzas.

hematoma retroplacentario, la rotura uterina, la rotura del seno marginal, la *vasa* previa, entre otras; cada una de ellas con sus etiologías favorecedoras y una clínica inconfundible¹⁻¹⁵ y aún en nuestros días, a pesar de ser conocidas como "entidades clásicas" meritan el estudio de la ciencia contemporánea, buscando nuevos factores etiológicos en su génesis, como es el hábito de fumar en la placenta previa.^{5,9,11} y el hematoma retroplacentario,¹²⁻¹⁵ así como lo beneficioso de la técnica ultrasonográfica en su diagnóstico,^{3,18} el poder predecir complicaciones como el acretismo placentario; una correcta clasificación de los tipos de placentas previa mediante flujometría Doppler, la instalación del hematoma retroplacentario, y la sospecha de rotura uterina.¹⁸ El presente trabajo tiene como objetivo estudiar la incidencia de estas gestorragias comparadas con algunas variables obstétricas y la repercusión que hayan podido tener en los indicadores de morbimortalidad perinatal y materna. [Avellaneda González A. Hematoma retroplacentario. Su repercusión en la morbimortalidad perinatal y materna (1985-1991) TTR 1992. Hospital Docente Ginecoobstétrico Matanzas.]

Realizamos un estudio descriptivo analítico durante el período de 1995-1996 en el hospital docente ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina" a las gestantes que ingresaron con el diagnóstico clínico de gestorragia de la segunda mitad de la gestación, mediante un método de observación directa clínica, apoyada por los auxiliares diagnósticos paraclínicos (ultrasonografía y la anatomía patológica).

Se habilitó un libro registro que recogió los datos primarios que después se procesaron en una computadora IBM, compatible con el Sistema MICROSTAT, aplicándose el método de porcentajes y el *test* de proporciones.

Se utilizó la clasificación de gestorragias de nuestro Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología.³ De un total de 6 398 partos ocurridos, 35 correspondieron a gestorragias de la segunda mitad, para una incidencia de 0,54 % desglosados en: placenta previa 20 para el 31 %; hematoma retroplacentario 11 para el 0,17 %; rotura del seno marginal 3 para el 0,05 % y 1 rotura uterina para el 0,01 %.

Esta incidencia se encuentra acorde con la literatura revisada para los tipos de gestorragias.

Antes de continuar quisiéramos definir los requisitos térmicos para la correcta complicación del tema.

Placenta previa oclusiva: se engloban la total y parcial, ya que una vez realizado el US abdominal y diagnóstico de oclusiva y tuvo sangramiento comprometedor, no se esperó a la dilatación establecida para la clasificación en tipos.

Apgar bajo: englobamos al Apgar moderada y severamente deprimido.

Resultados

En la tabla 1 al relacionar la vía del parto con el tipo de gestorragia predominó el parto por cesárea sobre el vaginal con significación estadística $p_1 > p_2$.

Esto concuerda con la bibliografía revisada, que asimismo destaca que en la medida que se practique la cesárea, esto será un terreno propicio para mayores complicaciones en el futuro de la grávida y que toda paciente cesarizada por placenta previa debe ser estudiada con ultrasonido transcervical con flujometría Doppler, buscando con certeza la localización placentaria y el acretismo placentario.

En la tabla 2 se estudia la relación entre el tiempo gestacional y el tipo de

gestorragia y encontramos una incidencia a favorecer el parto pretérmino con significación estadística $p_1 > p_2$.

TABLA 1. Relación entre la vía del parto y tipo de gestorragia

Vía del parto	Tipo de gestorragia						Total	%
	Placenta previa			Tubo				
	L	M	O	HRP	RU	RSM		
Eutócico	2	0	0	3	0	1	6	17,2
Cesárea	1	3	14	8*	1	2	29	82,8
Total	3	3	4	11	1	3	35	

* Cesárea anterior.

Ho $p_1 < p_2$

Z = 6,138

H1 $p_1 > p_2$

Fuente: Historia clínica. Departamento Estadística-Archivo. Hospital Docente Ginecoobstétrica de Matanzas "Julio Alfonso Medina".

TABLA 2. Relación entre el tiempo gestacional y el tipo de gestorragia

Tiempo gestacional en (sem)	Tipo de gestorragia						Total	%
	Placenta previa			Tubo				
	L	M	O	HRP	RU	RSM		
Menos de 28	0	0	1	0	0	1	2	5,7
De 28,1 a 36,6	0	2	6	7	0	1	16	45,7
Más de 37	3	1	7	4	1	1	17	48,5
Total	3	3	14	11	1	3	35	

Ho $p_1 < p_2$

Z = 0,794

H1 $p_1 > p_2$

La bibliografía revisada pone de manifiesto la predisposición al parto pretérmino por vía abdominal.

Al estudiar el peso en g en parámetros estadísticos y el tipo de gestorragia nos encontramos que más de un 54,2 % de la

muestra aporta fetos con peso menor a 2 500 g que lo vamos relacionando con la tabla anterior, ya que a menos tiempo gestacional, mayor es el riesgo de bajo peso fetal (tabla 3).

TABLA 3. Relación entre el peso en g y el tipo de gestorragia

Peso (g)	Tipo de gestorragia						Total	%
	Placenta previa			Tubo				
	L	M	O	HRP	RU	RSM		
500-999	0	0	1	1	0	1	3	8,5
1 000-1 499	0	0	0	2	0	0	2	5,7
1 500-1 999	0	2	2	3	0	0	7	20,0
2 000-2 499	0	0	5	2	0	0	7	20,0
Subtotal	0	2	8	8	0	1	19	54,2
2 500-2 999	1	0	1	3	0	1	6	17,1
3 000-3 499	1	1	4	0	1	1	8	22,8
3 500 y más	3	0	1	0	0	0	2	5,7
Subtotal	3	1	6	3	1	2	16	45,6
Total	3	3	14	11	1	3	35	

La literatura destaca en estudios histológicos el daño que aportan las gestorragias mantenidas y su repercusión negativa en el peso del feto, sobre todo si se suma pretérmino, preeclampsia y hematoma retroplacentario.

Al hacer el estudio en la tabla 4 de la relación conteo de apgar al minuto y a los 5 minutos observamos que 28 fetos nacieron vivos para el 80,0 % de la casuística y 7 fueron muertes fetales (2 intermedias y 5 tardías) para el 20,0 %; 5 de ellos recayeron en el hematoma retroplacentario, lo cual concuerda con un trabajo del centro. No se reportaron muertes en el componente neonatal.

TABLA 4. Relación entre el conteo de Apgar al min. y a los 5 min. con el tipo de gestorragia

Conteo de Apgar min.	Placenta previa			Tipo de gestorragia						Conteo de Apgar a los 5 minutos	
	L	M	O	HRP	RU	RSM	Total	%	Total	%	
7-10	3	3	8	2	0	2	18	64,2	28	100,0	
6-4	0	0	1	1	0	0	2	7,1	0	0,0	
3-1	0	0	4	3	1	0	8	28,5	0	0,0	
Nacidos vivos	3	3	13	6	1	2	28	80,0	28	100,0	
Apgar	0	0	0	1	5	0	1	7	20,0		

Ho $p_1 < p_2$

Z = 0,393

H1 $p_1 > p_2$

Puede observarse que no tuvo repercusión negativa el conteo de Apgar bajo (severo y moderadamente deprimido), desde el punto de vista estadístico al aplicar el *test* de proporciones y que los niños estaban recuperados a los 5 minutos y dados de alta vivos.

Esto no se comportó igual entre los autores consultados pues ellos destacan la influencia negativa de las gestorragias en la morbi-mortalidad perinatal.¹⁻¹⁹

TABLA 5. Morbimortalidad materna y el tipo de gestorragia

Peso (g)	Tipo de gestorragia								Total	%
	Placenta previa			HRP	RU	RSM	Total			
	L	M	O	HRP	RU	RSM	Total	%		
Cesárea	1	3	14	8*	1	2	29	82,8		
Histerec-tomía obstétrica	0	0	2	0	1	0	3	8,5		
Hemoderivados	2	3	14	7	1	1	29	82,8		
Sepsis	0	0	2	1	0	0	3	8,5		
Otros	0	0	1	1	0	0	2	5,7		
Total	3	3	14	1	1	3	35	45,7		
Mortali-dad ma-terna	0	0	0	0	0	0	0			

* Cesárea anterior.

Cabe destacar que el caso con rotura uterina corresponde a una paciente médico, cuyo accidente ocurrió en el pase de camilla en el salón de operaciones al darle la anestesia. La bibliografía destaca lo negativo de este accidente obstétrico.^{1,3,18-20}

La morbilidad materna se refleja en la tabla 5 donde la cesárea fue una de las más significativas y sobre todo cuando existía el antecedente de cesárea anterior.

La bibliografía destaca que la paciente con cesárea anterior y antecedente de placenta previa debe ser estudiada mediante ultrasonido y si es posible con efecto Doppler y nunca minimizar el entrar varios operadores, ya que es frecuente la histerectomía obstétrica. Vemos también la necesidad que tuvieron de hemoderivados con la exposición a sus complicaciones.

Todas las morbilidades influyen en las evoluciones negativas de la púérpera, como lo destacan los autores revisados.

En los 2 años estudiados el indicador muerte materna no se vió afectado por las gestorragias estudiadas, que sí lo destacan los autores revisados.

Concluimos que la incidencia de las gestorragias se encuentra dentro de los parámetros establecidos.

Predomina el parto por cesárea con una relación de dependencia entre el parto

pretérmino con el consecuente indicador de bajo peso fetal.

El conteo de Apgar bajo no tuvo influencias significativas.

No se encontró mortalidad materna, sin embargo, la morbilidad sí es elevada y entre ellas predominó la histerectomía obstétrica.

Recomendaciones

Recordar que el trastorno hemorrágico está en el útero de la paciente, pero en el cerebro y las manos del tocólogo está su solución inmediata.

SUMMARY: A prospective, descriptive study of female patient admitted with gestation hemorrhagic complications in the second half of pregnancy to "Julio Alfonso Medina" teaching gynecobstetric hospital in Matanzas was conducted during 1995 and 1996. Of 6 398 deliveries, 35 showed gestation hemorrhagic complications with placenta previa and its variations being the predominant one with 20 cases accounting for 0.31 %, followed by 11 cases of retroplacental hematoma for 0.17 %, 3 cases of marginal sinus rupture for 0.05 % and one case of uterine rupture for 0.01 %. Data processing was made by a MICROSTAT system using an IBM computer from Matanzas University; also a percentage method and a ratio test were used. The prevalence of cesarean with preterm products and low fetal weight without affecting Apgar score which was low, and fetal mortality were found. Cesarean was not a maternal death factor but it did cause high maternal morbidity.

Subject headings: **PREGNANCY COMPLICATIONS, CARDIOVASCULAR; ULTRASONOGRAPHY/methods; INFANTILE MORTALITY; MATERNAL MORTALITY; MORBIDITY.**

Referencias bibliográficas

1. Botella Llusia J. Distocia por anomalías en los anexos ovulares. I Placenta Previa Cap. XXXII; 671-694. Distocia por anomalías en los anexos ovulares. II Hematoma Retroplacentario Cap. XXXIII; 695-7136. Accidentes Obstétricos. I Rotura Uterina Cap. XXXV, 737-753. En: Tratado de patología Obstétrica Tomo II. Barcelona, Editorial Científico Médica, 1981.
2. Sinobas del Holmo. Gestorragias: Placenta Previa y desprendimiento prematuro de la placenta normo insertada; en Obstetricia y Ginecología Tomo II, Habana 1987. El estudiante de Medicina, 61-79.
3. _____. Placenta Previa Cap. XXII; 132-134; Desprendimiento prematuro de la placenta Cap. XXIII; 135-139; Rotura Uterina Cap. XXIV; 140-144 en Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Grupo Nacional de Ginecología-Obstetricia. Habana, 1995.
4. Oliva Rodríguez J. Placenta previa. Algunas consideraciones, revisión de temas Hospital Docente Gineco Obstétrico Ramón González Coro; Habana, 1995.
5. Placencia L, Cabral Castañeda FJ, Argüeta Zúñiga M. Placenta previa; repercusiones maternas y perinatales. Análisis de 170 casos. Ginecol Obstet Méx 1995;63:177-88.
6. Nadal D, Saludes J. López MV, Miranda L. Placenta previa acreta e histerectomía obstétrica. Rev Esp Anestesiol Reanim 1995; 42(4):145-7, April.
7. Placencia L, Ibarguengoitia Ochoa F, Argüeta Zúñiga M, Kerchmer S. Placenta previa acreta y cesárea previa. Ginecol Obstet 1995;63: 331-40.
8. To WW, Leung WC. Placenta previa y cesárea previa. Ins G. Ginecol Obstet 1995;51(1): 25-31.
9. Taylor VW, Peacock S, Kramer MD, Vaughan TL. Increased risk of placenta previa among women of Asian origin. Obstet Gynecol 1995;86(5):805-8.

10. Hershkowitz R, Fraser D, Mazor MY, Leiberman JR. One or multiple previous cesarean section are associated with similar increased frequency of placenta previa. *J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;62(2):185-8.
11. Mónica Gy, Lilja C. Placenta previa, maternal smoking and recurrence risk (1983-90). *Act Obstet Gynecol Scand* 1995;74(5):341-5.
12. Morales Díaz J. Abruption placentae. Estudio estadístico, trabajo presentado en el IX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, Habana 1992.
13. Rasmussen S, Irgens LM, Bergsjø RY, Dalaller K. The occurrence of placental abruption in Norway. 1967-1991. *Act Obstet Gynecol Scand* 1996;75(3):222-8.
14. Salafia CM, López-Zeno JA, Sherer DM, Wittington SS, Minior VK. Histologic evidence of old intrauterine bleeding is more frequent in prematurity. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(4):1065-70.
15. Tan NH, Abu M, Woo JL, Tahir HM. The role of transvaginal sonography in the diagnosis of placenta previa. *Aust. NZ. J Obstet* 1995;35(1):42-5.
16. Hill LM, Dinofrio DM, Chenevey P. Transvaginal sonographic evaluation of first trimester placenta previa. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995;5(5):301-3.
17. Alphen M van, Vugt JM van, Hummel P, Geijo HP van. Recurrent uterine rupture diagnosed by ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995;(6):419-21.
18. Gardell F, Daly S, Turner MJ. Peripartum hysterectomy. Report of eleven cases. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995;90(10):431-4.
19. Mansouri A. Uterine rupture: 50 cases. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995;90(4):200-14.

Recibido: 15 de febrero de 1999. Aprobado: 3 de marzo de 1999.

Dr. *Jesús Hernández Cabrera*. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas " Julio Alfonso Medina".