

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE PLACENTA PREVIA

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, por

J. EDUARDO FUENTES SPROSS

Interno de los siguientes Servicios del Hospital General: Oto-
laringología de Mujeres; 4ª Sala de Medicina de Mujeres; 1ª
Sala de Cirugía de Hombres Sección "B"; 1ª Sala de Maternidad;
Practicante de las Clínicas de: Oftalmología, Pre-natal y Gine-
cología de la Consulta Externa del Hospital General. Ex-interno
de la Sala de Cirugía de Mujeres del Hospital San Vicente. Ex-
miembro de la Directiva de la Juventud Médica.

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.



GUATEMALA, JUNIO DE 1955.

CAPITULO PRIMERO

INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis tiene por objeto estudiar un número consecutivo de observaciones clínicas del Centro Materno Infantil en relación a hemorragias producidas por Placenta Previa. Hemos creído de interés el hacer este trabajo ya que al analizar pacientes y observaciones de nuestro propio ambiente contribuimos al estudio de nuestra propia patología. El Centro Materno Infantil es una institución que atiende señoras de distinto ambiente social, racial y económico, pero se dedica a condiciones relacionadas exclusivamente con el embarazo.

Este trabajo estudia 5,149 observaciones clínicas sucesivas de pacientes inscritas en el año 1954, que han sido atendidas en el Centro Materno Infantil. Todas ellas pertenecen a señoras afiliadas o beneficiarias que, de conformidad con los Reglamentos del Programa, tienen derecho a ser asistidas en este Centro. Ellas son diferentes en sus condiciones personales y podrían considerarse representativas de nuestro medio ambiente.

Al estudiar todas las observaciones médicas del año 1954, hemos tenido como mira, tratar de entresacar todas aquellas cuyos antecedentes, historia o datos encontrados al examen, hagan pensar en Placentas Previas. Así, por ejemplo, han sido seleccionadas todas las pacientes ingresadas por hemorragia vaginal indolora en los últimos tres meses de embarazo, hemorragia vaginal más o menos importante durante el trabajo de parto, hemorragia del alumbramiento, alumbramientos artificiales, y por último, aquellas que el estudio de la placenta haga el diagnóstico de inserción baja en el segmento inferior.

Las distintas observaciones seleccionadas se han estudiado cuidadosamente para obtener los casos positivos de Placenta Previa, aquellas cuya localización en el tercio inferior del útero, ha sido comprobada por la visualización al espéculo o a los Rayos X de la placenta, su palpación al examen vaginal o el resultado del examen cuidadoso de la placenta después del alumbramiento.

ESTUDIO DE LAS OBSERVACIONES CLINICAS

El estudio de las 5,149 observaciones produjo 78 casos para analizar e investigar el diagnóstico de placenta previa. Estas observaciones se dividen como sigue:

a) Casos comprobados:

Se obtuvieron 17 pacientes con diagnóstico seguro de placenta previa. La visualización al espéculo o radiológica de la placenta o la palpación al tacto vaginal de la misma hicieron el diagnóstico de certidumbre.

b) Casos sospechosos:

31 observaciones de pacientes fueron seleccionadas como casos sospechosos de Placenta Previa. La falta de comprobación definitiva de su inserción baja en pacientes con historia de hemorragias indoloras, sin trabajo de parto, coincidiendo con presentaciones anormales o cefálicas altas, nos hizo clasificarlas así.

c) Casos probables:

30 observaciones se estudiaron investigando la posibilidad de Placenta Previa por la existencia de hemorragias del alumbramiento o inmediatamente post-alumbramiento

amiento y retención de placenta que ameritó extracción manual de la misma. Los casos anteriores fueron considerados como probables, a pesar de no existir un diagnóstico de sospecha en la observación clínica, por las razones siguientes:

1º—Es aceptado por todos, que pacientes con inserción baja de la placenta tienen mayor tendencia a sangrar durante el alumbramiento o inmediatamente después, ya que el mecanismo de Hemostasis de los vasos de la herida placentaria en las inserciones bajas de la placenta, se encuentra disminuido por la poca contractilidad que el segmento inferior posee. Es por ello que nosotros revisamos todas las observaciones con hemorragias del alumbramiento.

2º—El desprendimiento de la placenta es efectuado primordialmente por las contracciones uterinas. Inserciones bajas de la placenta deben hacer retenciones placentarias con mayor frecuencia, ya que el segmento inferior tiene menos contracciones que el cuerpo uterino, lugar normal de implantación placentaria. La existencia de cicatrices consecutivas a cesáreas segmentarias favorece las retenciones de placenta por exageración de adherencias cuando ésta se localice a su nivel. En nuestros casos estudiados una retención placentaria (Obs. N° 1,284/54), fue debida a adherencias exageradas de la placenta en cicatriz de cesárea corpórea.

Es de lamentar que en los récords operatorios de alumbramientos artificiales o de revisión uterina, no especificuen los lugares de implantación placentaria, haciendo imposible la confirmación o negación de placenta de inserción baja en estos casos.

CAPITULO SEGUNDO

ESTUDIO DE LOS CASOS COMPROBADOS DE PLACENTA PREVIA

1º—GENERALIDADES:

Existe cierta confusión de nomenclatura relativa a placenta previa e inserción baja de la placenta. En el presente trabajo, consideraremos como Placenta Previa aquella que se inserte en el tercio inferior del útero. Atendiendo a su vecindad con el canal cervical se clasifica en tres variedades:

1º—*Lateral:*

Es la placenta cuya inserción se hace en parte o totalmente en el tercio inferior del útero, pero su borde no alcanza al orificio interno del cuello. Nosotros consideramos que esta variedad es sinónima de inserción baja de la placenta, y por lo tanto, el síndrome de inserción baja es simplemente una variedad de Placenta Previa.

2º—*Marginal:*

Se llama placenta marginal aquella que se inserta en el tercio inferior del útero y cuyo borde llega hasta el orificio interno del cuello, y

3º—*Central:*

Placenta Previa central es cuando la placenta recubre por completo el orificio cervical. Existen dos variedades de placenta central: la central parcial y la central total.

Placenta Central Parcial, es aquella que ocupa por completo el orificio cervical pero la dilatación del cuello deja en libertad alguna porción de membranas. Placenta Central Total, cuando a pesar de la dilatación del cuello todo el orificio cervical está ocupado únicamente por placenta.

a) *Frecuencia:*

La frecuencia de la Placenta Previa es variable según estadísticas de distintos autores. Así, De Lee-Greenhill en su libro considera la frecuencia de 1 por 1,000 partos, e indica la variabilidad de las cifras yendo de 1 por 200 a 1 por 1,500. Ellos mismos dicen que es más frecuente en múltiparas que en primíparas y dan los números de 10 por 1. Consideran que la Placenta Previa Central, constituye más o menos un quinto de todos los casos.

Green-Armytage y Dutta indican una incidencia de 1 por 300 en los trópicos, mientras Berkeley, en una serie de 500,000 casos en diferentes hospitales de maternidad de Inglaterra reporta una frecuencia de 1 por 98. El New York Lying-In Hospital da una incidencia de 1 por 206. Chakraverti haciendo un estudio sobre partos atendidos en cinco hospitales de maternidad en la India, cita una frecuencia de 1 por 104 partos. Pagliari hace notar que en el Royal Maternity Hospital en Turín (Italia), la frecuencia de Placentas Previas es de 1 en cada 183 admisiones. La incidencia en el Johns Hopkins Hospital, es de 1 por cada 200 admisiones. Gutiérrez, Yepes e Eastman haciendo un estudio sobre 304 casos, dan la siguiente estadística de los tipos de Placenta Previa:

Placenta Previa Central	23%
Placenta Previa Marginal	29%
Placenta Previa Lateral	48%

En nuestra serie de 17 casos comprobados tenemos una frecuencia de 0.33%, es decir, una Placenta Previa por cada 302 casos, aproximadamente. Si se corrigen los números excluyendo 6 casos de Placenta Previa que no necesitaron ninguna intervención médica, ni siquiera maniobra de Puzos, la frecuencia disminuye a 0.21%, es decir, 1 por cada 468 admisiones. Estos últimos casos se resolvieron por partos absolutamente espontáneos. Es por ello, que consideramos conveniente comentarlo, para exactitud de los números.

En nuestros casos hubo 3 primíparas y el resto múltiparas, lo que arroja cifras similares a las dadas por De Lee.

Una paciente presentó Placenta Previa Central Total y dos Centrales Parciales, lo que nos da alrededor de un 17% de frecuencia.

En nuestro medio existe un gran número de partos normales que se efectúan fuera del hospital, no así los complicados y especialmente aquellos con complicaciones graves. De esto se deduce que los promedios encontrados se refieren a casos hospitalarios, y por lo tanto, están muy por encima de las cifras reales.

b) *Edad:*

Los autores están de acuerdo que la frecuencia de la Placenta Previa crece paralelamente con la edad.

Las edades de las pacientes estudiadas en nuestra serie, presentaban los datos siguientes:

Nº de casos	Edad
3	20 años
2	24 "
1	25 "
1	28 "
2	29 "
2	32 "

Nº de casos	Edad
1	34 años
2	35 „
1	37 „
1	38 „
1	44 „

Agrupándolas tenemos 9 antes de los 30 años y 8 después de ellos. Es posible que en nuestro medio, y más particularmente en el medio hospitalario, la edad reproductiva sea más joven que los promedios dados en otras partes. Queremos decir, que tenemos la impresión, ya que no hay datos estadísticos que nos sirvan de punto de apoyo, que las futuras madres sean más jóvenes entre nosotros. Si juzgáramos así las edades de nuestros casos, obtenemos 5 antes de los 25 y 12 después de ellos, lo que hace más clara la diferencia de frecuencia en relación a edad.

c) Paridad o gravidez:

La Placenta Previa crece en frecuencia en relación a la gravidez; en nuestros 17 pacientes 3 fueron primíparas y 14 multíparas. Las causas que favorecen la inserción baja de la placenta aumentan con el número de partos, ya que es lógico pensar que pacientes multíparas han tenido más oportunidades de padecer infecciones intrauterinas o presentar tumoraciones, cicatrices de operaciones anteriores, etc. que favorecen dicha localización.

d) Antecedentes:

Abortos, legrados uterinos, operaciones cesáreas o miomectomías, procesos infecciosos del endometrio son antecedentes de importancia que deben ser investigados cuidadosamente en pacientes con posible Placenta Previa.

La papelería revisada por nosotros, es poco explícita en este aspecto, sin embargo, entre los 17 casos seleccionados han presentado abortos anteriores. Las observaciones no especifican la existencia o no de legrados en estos casos.

e) Raza:

La raza es un factor sin importancia en relación a esta complicación. Nuestros casos se registraron en el grupo étnico de ladinos; no hay ninguna indígena registrada, sin embargo, hemos tenido la oportunidad de observar varias Placentas Previas en esta raza, en el Hospital General.

2º—SINTOMATOLOGIA:

Los síntomas de la Placenta Previa, pueden ser clasificados en síntomas o signos de Certidumbre y signos o síntomas de probabilidad o sospecha. Los primeros, aquellos que hacen diagnóstico de certeza son: El visualizar la placenta con el espéculo vaginal o a los Rayos X y el palpirla haciendo un examen vaginal en condiciones asépticas. Lamentablemente, no siempre puede hacerse el diagnóstico seguro con anterioridad, ya que es norma médica el abstenerse de hacer exámenes vaginales en pacientes sospechosas de Placenta Previa. La radiología, procedimiento importante en obstetricia, es insegura en una gran mayoría de casos, en algunos el diagnóstico es hecho por exclusión. En la práctica diaria parece de poco valor en el diagnóstico de esta complicación obstétrica.

Si el examen de la placenta después del alumbramiento, fuera hecho minuciosamente en todos los casos, seguramente mayor número de diagnósticos positivos fueran hechos. La distancia del borde placentario al borde de ruptura de las membranas menor de 10 cms. hace el diagnóstico

tico de inserción baja o Placenta Previa marginal. Algunas Placentas Marginales y las Placentas Centrales deben ser diagnosticadas por el examen de la misma, cuando en ellas se observa porciones de desprendimiento prematuro en el borde o algunos cotiledones, y el orificio de ruptura de las membranas se encuentre muy cercano a la placenta. El Hematoma placentario con ruptura de membranas distante, hace diagnóstico de desprendimiento de placenta normo-inserta, y por lo tanto, excluye el de previa.

Los síntomas de sospecha de placenta previa son dados especialmente por hemorragia vaginal indolora, de los tres últimos meses del embarazo, coincidiendo con la existencia de presentaciones anormales o presentaciones normales altas. Hay que recordar, que patología muy distinta puede ser causa de estas mismas hemorragias: cervicitis ulcerosas, neoplasmas, várices, etc.

El diagnóstico seguro de placenta previa es hecho, como dijimos antes, por el examen vaginal al espéculo y a la palpación y por los Rayos X, que localizan con seguridad la inserción de la placenta a nivel del tercio inferior. El examen de la placenta y de las membranas confirman o niegan dicho diagnóstico después que el caso a sido solucionado. Los exámenes vaginales, lo hemos dicho, son desaconsejados en estos casos, los Rayos X son inseguros. Tal es la razón de nuestro énfasis al recomendar el examen cuidadoso del alumbramiento en todos los casos sospechosos.

En los casos estudiados por nosotros, investigamos con cuidado todos los síntomas. Los analizaremos a continuación:

A) Hemorragias Vaginales:

Las Hemorragias Vaginales indoloras de los 3 últimos meses del embarazo, son el síntoma más importante desde

el punto de vista de sospecha de diagnóstico, todos los casos sospechosos y confirmados la presentaron con regularidad. Los 31 casos no confirmados son excluidos del presente análisis, nos limitaremos a estudiar los casos confirmados.

a) Aparición de la primera hemorragia:

La primera hemorragia vaginal apareció en diferentes edades del embarazo, como sigue:

28 semanas	1
29	„	1
32	„	1
33	„	1
36	„	2
37	„	2
38	„	3
39	„	1
40	„	3

En cuatro observaciones (Nos. 172, 1,744, 1,872, 3,726, todas 54): la primera hemorragia se presentó con la iniciación del trabajo de parto; en el resto de los casos las hemorragias se presentaron, sin estar la paciente en trabajo de parto.

La aparición temprana de las hemorragias vaginales son indicio de inserciones bajas más profundas y, por lo tanto, de mayor gravedad.

b) Repetición de la Hemorragia:

En la Placenta Previa el número de hemorragias es muy importante en relación al pronóstico, ya que al mismo tiempo que orienta en variedad (Placentas Previas Cen-

trales dan corrientemente hemorragias a repetición), indica intensidad de anemia.

Las hemorragias se presentaron en las observaciones estudiadas por nosotros, de acuerdo con el cuadro siguiente:

Nº de pacientes:	Nº de Hemorragias:
6	1
3	2
1	3
3	4
1	5
1	6

Los casos que presentan su primera hemorragia más tempranamente, tienen tendencia a sangrar mayor número de veces, con más abundancia, y generalmente son localizaciones de mayor gravedad. La paciente Nº 443/54, presentó 6 hemorragias sucesivas, de intensidad considerable durante un período de dos semanas, e hizo su primera hemorragia en el curso de la 29 semana del embarazo.

La paciente de la observación Nº 2,005/54, presentó 5 hemorragias grandes, necesitó 3 transfusiones, principió a sangrar a las 28 semanas y tenía una Placenta Previa Central Total, que fue resuelta por Cesárea.

Los datos obtenidos por casi todos los autores que se han ocupado de este tema, demuestran que el aparecimiento temprano de la hemorragia, su repetición y su abundancia son signos de gravedad y orientan en el sentido de inserción en el orificio cervical o cerca de él.

c) Intensidad de la Hemorragia:

Es muy difícil calcular la cantidad de sangre perdida, ya que cuando es estimada por alguno de los parientes,

como con frecuencia se hace, las condiciones emotivas y preocupaciones inducen a exagerar la intensidad de la hemorragia. Hemorragias aun controladas por el personal médico son corrientemente estimadas en exceso, ya que la pérdida sanguínea, siempre constituye un motivo de honda preocupación. Los autores están de acuerdo que las placentas insertas más cerca del orificio cervical originan hemorragias más abundantes.

Las observaciones estudiadas por nosotros clasifican, en una forma empírica e insegura, las hemorragias en escasas o ligeras, medianas y masivas o grandes. De las 17 observaciones estudiadas, 5 tuvieron hemorragias escasas, de las que sólo un caso presentó otra hemorragia de repetición; 5 pacientes presentaron hemorragias medianas y 5 presentaron hemorragias masivas. Los dos casos restantes no presentaron hemorragias, por lo tanto, los consideramos asintomáticos. Su diagnóstico fue confirmado por el examen del alumbramiento.

La intensidad de la anemia, resultado de la intensidad de la pérdida de sangre, de su repetición o de las condiciones generales de la paciente durante el embarazo, no fue controlada sistemáticamente por el laboratorio. Sin embargo, la utilización de transfusiones de sangre o de plasma, son un indicio de la gravedad del cuadro sanguíneo. En nuestros casos, 7 pacientes recibieron transfusiones de sangre, oscilando entre 600 c. c. y 2,400 c. c. y 2 casos recibieron transfusiones de plasma.

B) Síntomas Concomitantes:

Como síntomas concomitantes podemos enumerar en nuestros casos, dolores de bajo vientre, relacionados a principio de trabajo de parto en 6 casos e hidrorrea en 1.

C) Existencia de presentaciones anormales o anomalías de descenso:

La coincidencia de anomalías de altitud y presentaciones anormales con placenta previa es una opinión aceptada por todos. Nosotros encontramos 2 presentaciones transversas, 4 presentaciones podálicas y 9 presentaciones cefálicas altas. El resto no presentaban datos de importancia.

Es lógico considerar la inserción baja de la placenta, como dificultad de adaptación del feto al segmento inferior y excavación pélvica, ya que en parte los obstruye por su localización. Sin embargo, recordando que los casos de Placenta Previa, generalmente se resuelven en partos más o menos prematuros, es necesario tomar también este último factor como causante de las anomalías que se consideran al principio.

D) Examen Vaginal:

La abstención de exámenes vaginales en pacientes con sospecha de Placenta Previa, es una recomendación lógica mientras el médico no se encuentre debidamente preparado para tratar las posibles complicaciones. Esta misma abstención evita hacer su diagnóstico seguro. En nuestros casos, 5 pacientes fueron examinadas vaginalmente afirmando el diagnóstico, en los demás casos no se recurrió al examen.

Creemos recomendable aconsejar el examen al espéculo, ya que la visualización de la placenta aseguraría el diagnóstico y su práctica es poco traumatizante y expone menos a desencadenar hemorragias vaginales.

E) Radiología:

Los Rayos X tratando de localizar la placenta dieron resultado positivo en 5 de nuestros casos. Su utilización

como medio de diagnóstico es aconsejable a pesar de su falta de seguridad ya que son inocuos. El mal estado de la paciente con anemia aguda, los contraindica relativamente por el inconveniente de transporte o movilización de la enferma.

F) Localización Manual:

La localización manual del lecho de inserción placentaria durante el alumbramiento artificial, es un signo absoluto, pero la falta de costumbre de anotarlo en el récord operatorio la hace de utilidad muy limitada para el diagnóstico positivo.

3º—TRATAMIENTO:

La conducta seguida en los casos de placenta previa estuvo de acuerdo con los caracteres peculiares de cada caso; varió según las condiciones obstétricas, el estado general de la paciente, la paridad, las condiciones del feto y la variedad de placenta previa.

En 5 casos la conducta fue expectante desde el punto de vista obstétrico, de éstos, 4 necesitaron transfusiones de sangre y se resolvieron espontáneamente con niño vivo y madre en buenas condiciones. El quinto de estos casos llegó al Centro Materno Infantil en estado de shock intenso, y a pesar de transfusiones sanguíneas con un total de 2,400 c. c. y 500 c. c. de plasma, fue imposible mejorar el estado general y falleció sin permitir ninguna intervención quirúrgica obstétrica.

Cuatro casos fueron resueltos por ruptura artificial de membranas (maniobra de Puzos), seguidos de partos espontáneos. Estos 4 partos dieron 3 niños prematuros y un niño a término. De los prematuros, 1 nació muerto por asfixia intrauterina. Otros 3 casos se resolvieron por

maniobra de Puzos seguida de extracción podálica y versión y gran extracción. Uno de los fetos obtenidos por versión y gran extracción podálica nació muerto, era francamente prematuro con un peso de 3 libras 7 onzas. El caso en que se utilizó la extracción podálica es un embarazo gemelar y el primer gemelo nació en cefálica, después de ruptura artificial de membranas; para el segundo gemelo se hizo la gran extracción podálica. Se obtuvo 2 niños vivos con pesos de 5 libras 5 onzas y 5 libras 7 onzas. Un caso fue solucionado con Willet, uno con forceps y otro por Braxton Hicks, obteniendo niños vivos de los cuales 2 fueron prematuros.

Un caso fue resuelto por cesárea segmentaria en el curso de la 36-37 semanas bajo anestesia de éter. Después de incindido el segmento, fue necesario reclinar la placenta para extraer el feto. La extracción placentaria comprobó su localización central total. Se obtuvo un feto de 5 libras y media en buenas condiciones. El post-operatorio fue apirético y sin complicaciones.

4º—PRONOSTICO:

La Placenta Previa es uno de los cuadros más graves en obstetricia, su pronóstico es serio, tanto para la madre como para el feto.

La utilización de sangre en cantidades apropiadas, la existencia de antibióticos de efectividad reconocida y la seguridad de las intervenciones quirúrgicas y de la anestesia han disminuido notablemente la gravedad del pronóstico para ambos seres.

a) *Pronóstico Materno:*

El pronóstico se encuentra ensombrecido por la pérdida sanguínea a nivel del desprendimiento de la placenta,

de difícil e inseguro control, los riesgos de infección por contaminaciones directas y el ambiente propicio para el crecimiento microbiano a nivel de los coágulos, y por último, a las oportunidades de embolias gaseosas o sépticas a nivel de los senos uterinos.

El pronóstico materno en los casos analizados por nosotros es como sigue:

Hemorragias post-parto	4
Infecciones post-parto	2
Muerte materna	1

La frecuencia de hemorragias post-parto y de infecciones del puerperio ha descendido notablemente debido al uso rutinario de ocitósicos (tipo ergotina) y antibióticos, respectivamente.

b) *Pronóstico Fetal:*

El pronóstico fetal es delicado y se agrava por el desprendimiento prematuro de la placenta, la premadurez, la infección intrauterina, las ocasiones de intervenciones obstétricas traumatizantes y por utilización como medio hemostático al comprimir con el mismo feto la inserción placentaria.

En los casos revisados por nosotros el pronóstico fetal puede estimarse como sigue:

Prematuros aparentemente sanos (hubo 1 parto gemelar)	7
Prematuros asfíxicos al nacimiento	1
Prematuros nacidos muertos	1
A término aparentemente sanos	6
A término asfíxicos	2
Dejados in útero por muerte materna ..	1

Los pesos y condiciones de los niños nacidos de los casos de Placentas Previas analizadas, es como sigue:

3.7 Lbs.	Muerto
4.11 Lbs. sano	Vivo
5 Lbs. asfíxico	Vivo
5.1 Lbs. sano	Vivo
5.3 Lbs. sano	Vivo
5.5 Lbs	Muerto
5.5 Lbs. (Gemelo) sano	Vivo
5.7 Lbs (Gemelo) sano	Vivo
5.8 Lbs. asfíxico	Vivo
5.8 Lbs. (Cesárea) sano	Vivo
5.11 Lbs sano	Vivo
6.1 Lbs. sano	Vivo
6.15 Lbs. sano	Vivo
7.2 Lbs. sano	Vivo
7.6 Lbs. asfíxico	Vivo
9.6 Lbs. sano	Vivo

El niño que falta en el cuadro anterior murió y quedó in útero de la madre que falleció.

e) Morbilidad y Mortalidad:

Analizando las cifras encontradas como complicaciones maternas y fetales, y las mortalidades materno-fetal, podemos dar los siguientes porcentajes:

Hemorragias Post-parto...	23.53%
Infecciones del puerperio..	11.76%
Mortalidad fetal inmediata	11.76%
Mortalidad Materna	5.88% (1 muerte materna)
Pre-madurez	47.00%
Asfixia del recién nacido..	17.64%

5º—VIGILANCIA DE LOS NIÑOS:

Las condiciones mentales y de salud de los niños atendidos, es de gran importancia al analizar los resultados definitivos de las distintas resoluciones de los casos. Tuvimos el deseo de investigar el estado de los niños nacidos de los casos de Placenta Previa, analizados por nosotros. El cambio de nomenclatura, direcciones inexactas y el cambio de residencia, nos obligaron a dejar este trabajo pendiente. Esta es la razón que no nos permite informar la condición actual de dichos niños.

6º—FACTORES CONCOMITANTES:

Al estudiar las observaciones médicas de estos casos, se encuentran distintas condiciones patológicas que no pueden ser relacionadas directamente con el cuadro de Placenta Previa. Son las siguientes: condiciones patológicas maternas: 1 paciente con epilepsia esencial, 1 con afección cardíaca (insuficiencia mitral) y 1 con bronquitis crónica. Condiciones ovulares: encontramos como anomalías ovulares, dos brevedades del cordón, una inserción velamentosa del cordón y un embarazo gemelar. Es posible que estas anomalías tengan alguna importancia en la localización baja de la placenta.

7º—TIPOS ANATOMOCLINICOS:

El diagnóstico del tipo Anatomoclínico de Placenta Previa es muy importante, ya que él indica la gravedad del pronóstico y en gran parte la conducta a seguir.

En las observaciones analizadas por nosotros, encontramos los tipos siguientes:

Placentas laterales	6
Placentas marginales	7
Placentas Centrales Parciales	2
Placentas Centrales Totales	1

El caso que no se incluye en el cuadro anterior, es la paciente (Obs. N° 163/54) que falleció sin tratamiento obstétrico, con niño in útero, y que por lo tanto, fue imposible hacerle diagnóstico de Variedad de Placenta.

CAPITULO TERCERO

CONSIDERACIONES

El análisis de todas las observaciones médicas de Placenta Previa que hemos hecho en el presente trabajo de tesis nos permite hacer las siguientes consideraciones:

1ª—Bastantes casos sospechosos de Placenta Previa por antecedentes o historia quedan con diagnóstico inseguro al no ser posible indicar con certidumbre su lugar de implantación en la cavidad uterina. El diagnóstico de localización de la inserción placentaria es difícil, los distintos procedimientos de que se puede disponer son inseguros y a veces complicados.

2ª—Placentas Previas, es decir, placentas insertadas en el tercio inferior o segmento uterino, no dan sintomatología que haga posible sospecharlas y, por lo tanto la investigación del síndrome no se hace.

3ª—Intervenciones intrauterinas que se efectúan con el objeto de desprender la placenta, motivada por operaciones cesáreas, alumbramientos artificiales, o extracción de restos placentarios son efectuadas sin tratar de localizar y especificar la inserción placentaria. Por lo tanto, casos debidos o concomitantes con placentas previas no son diagnosticados. Eso hace obtener cifras equívocas al estimar frecuencia de esta complicación importante.

4ª—Las hemorragias del alumbramiento y las retenciones placentarias deben hacer sospechar la inserción baja de la placenta, ya que las contracciones uterinas que son factor importante en el desprendimiento placentario y la hemostasis de la herida placentaria, se encuentran disminuidas en el segmento inferior del útero, lugar de inserción de la placenta en las Placentas Previas.

CONCLUSIONES

1ª—La Placenta Previa es una complicación relativamente frecuente en nuestro medio. Nosotros obtuvimos un 0.33% de casos positivos, es decir, 1 por cada 302 admisiones hospitalarias.

2ª—La Placenta Previa es una complicación grave del embarazo que compromete seriamente la vida de la madre y, aun más, la del feto.

3ª—La disponibilidad de sangre suficiente, antibióticos efectivos, condiciones quirúrgicas apropiadas, organización hospitalaria y especialmente, entrenamiento médico eficiente, han mejorado notablemente el pronóstico de esta complicación.

4ª—La mortalidad en nuestra serie de 17 casos de Placenta Previa, fue como sigue:

Mortalidad Materna	5.88%
Mortalidad Fetal	11.76%

5ª—La morbilidad de la Placenta Previa fue para nuestros 17 casos la siguiente:

Morbilidad Fetal:

Premadurez	9 casos
Asfixia del recién nacido	1 caso

Morbilidad Materna:

Hemorragia del alumbramiento	4 casos
Infección Puerperal	2 casos

6ª.—El diagnóstico de certidumbre de Placenta Previa es difícil, ya que los datos obtenidos por el examen médico y radiológico, no siempre son concluyentes. Es por ello que recomendamos enfáticamente el examen cuidadoso del alumbramiento y la descripción exacta del sitio de implantación placentaria en casos de alumbramientos artificiales y operaciones cesáreas.

7ª.—El estudio y análisis de nuestras observaciones médicas es importantísimo y es el medio más seguro para hacer nuestra propia Patología Médica.

J. EDUARDO FUENTES SPROSS.

Bº Vº,

Dr. Aquiles Jiménez Pinto.

Imprimase,

Dr. José Fajardo,

Decano.

BIBLIOGRAFIA

Berkeley, C.—Unavoidable Hemorrhage. *J. Obst. and Gynec. Brit. Emp.* 43: 393, 1936.

Chacraverti, J.—Placenta Previa and It's management in Indian Conditions. *Ind. Med. Gaz.* 72:9, 1937.

De Lee y Greenhill.—“Principios y Prácticas de la Obstetricia”. Tomo I, pág. 569. UTEHA, 1945.

Green-Armytage, V. B. and Dutta, H. K.—Textbook of Midwafery in the Tropic, pag. 274. Calcuta 1936.

Gutierrez-Yepes, L. and Eastman, N. J.—The Management of Placenta Previa. *South. Med. Jour.* 39:291, 1946.

Pagliari, M.—Conciderazioni Chiniche sur una Centuria di casi di Placenta Previa Centrale e Marginale. *Ginecología.* 1:537, 1935.

Williams and Eastman.—“Obstetrics”. Appleton-Century-Grafts, INC. pág. 562, 1950.