

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, Centro América.

---

**CONTRIBUCION AL ESTUDIO  
DE LA  
PLACENTA PREVIA**

CASOS REGISTRADOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

**TESIS**

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

por

**JORGE PEREZ JACOBO**

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

**MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, Marzo de 1959.

## PLAN DE TESIS

- I) Introducción.
- II) Consideraciones.
- III) Frecuencia.
- IV) Variedades Anatómicas e Insidencia presentada.
- V) Etiología.
- VI) Sintomatología.
- VII) Diagnóstico.
- VIII) Tratamiento.
- IX) Pronóstico: Morbilidad y Mortalidad Materno-fetal e Insidencia presentada.
- X) Conclusiones.

## INTRODUCCION

*El presente trabajo de tesis tiene por objeto continuar el estudio iniciado en el Centro Materno Infantil del I.G.S.S., por el Doctor Eduardo Fuentes Spross, sobre la frecuencia de placenta previa en nuestro medio hospitalario.*

*Siendo el Centro Materno Infantil una institución que atiende únicamente a señoras afiliadas o beneficiarias, difiere en parte al Hospital Roosevelt a donde llegan pacientes de condiciones personales diferentes, muchas de ellas buscan atención médica solamente cuando se presenta una complicación y especialmente en esta anomalía. A este factor hay que agregar que en el Centro Materno Infantil un número considerable de partos son atendidos por comadronas graduadas, a diferencia del Hospital Roosevelt donde son atendidos por practicantes internos; razones que creemos aceptables para explicar en parte la diferencia de las cifras estadísticas encontradas en los citados Centros.*

*El presente estudio incluyó todas las observaciones clínicas clasificadas como placetas previas en el departamento de Registros Médicos del Hospital Roosevelt, durante los dos primeros años de funcionamiento de este Centro.*

## CONSIDERACIONES

Se da el nombre de Placenta Previa o Placenta Baja aquella que se ubica total o parcialmente en el Segmento Inferior del útero, próximo al orificio interno del cuello o sobrepuerta a él.

Algunos autores consideran condición indispensable, la pérdida de sangre en el transcurso del embarazo o en el parto para clasificarlas como tal; pero en los casos estudiados por nosotros y que por su naturaleza las clasificamos como asintomáticas, se comprobaron inserciones bajas de Placenta con Signo de Barnes Positivo. Debido a la forma incompleta en que fueron llenadas las observaciones clínicas estudiadas, no las incluimos como fue nuestro deseo en el presente estudio estadístico.

Tomando en cuenta que aproximadamente una quinta parte de los partos efectuados tienen Barnes Positivo, le dimos especial interés sólo a aquellos casos que dieron complicaciones durante el y/o embarazo.

## FRECUENCIA

Hasta la fecha hay diversidad de opiniones con respecto a la frecuencia de Placenta Previa, arrojando cifras estadísticas completamente diferentes, cada uno de los autores que se han preocupado sobre este problema. Creemos conveniente enumerar algunos de ellos para establecer datos comparativos con las cifras encontradas en nuestro medio hospitalario.

Berkeley estudiando 500,000 casos correspondientes a diferentes Hospitales ingleses de maternidad, da una incidencia de 1 en 98.

De Lee-Grenhill da una frecuencia de 1 por 1,000 partos, con una variabilidad de cifras que van de 1 por 200 a 1 por 1,500.

Chakraverti encontró una incidencia de 1 por 100 partos, como resultado de su estudio estadístico efectuado en cinco Hospitales de Maternidad de la India; y Caldera de 1 por cada 104 partos. En el Johns Hopkins Hospital, la frecuencia es de 1 en 200 partos.

Green-Armytage y Dutta, en trabajos llevados a cabo en los trópicos la incidencia encontrada fue de 1 por 300. En el New York Lying In Hospital, la incidencia es de 1 en cada 206 partos como promedio en un período de doce años. Pagliari en el Hospital Real de Maternidad de Turín (Italia), encontró 1 anomalía de inserción en cada 183 partos.

El Departamento Estadístico del Hospital Roosevelt durante los años de 1956 a 1957 registró en el Departamento de Maternidad: 16,299 admisiones de las cuales se efectuaron 13,647 partos, (el resto ingresó por otras causas). Revisamos 114 casos clasificados como anomalías de inserción placentaria de los cuales descartamos 37 casos, todos carentes de sintomatología alguna, además no encontrando base en cada una de ellas para poderlas encajar en el presente trabajo, nos basaremos en los 77 casos restantes. De lo dicho se deduce que la frecuencia encontrada para esta serie de casos fue de 0.47 por cada 100 admisiones y 0.56 en cada 100 partos atendidos, que en otras palabras equivale a 1 anomalía en 211 ingresos o sea que por cada 177 partos hubo una Placenta Previa.

Creemos que la diversidad de datos estadísticos enumerados anteriormente, se debe probablemente a las clasificaciones que los diferentes autores han utilizado para estas anomalías, entendiéndose por clasificación a los casos asintomáticos y sintomáticos respectivos. Nosotros en el presente estudio, incluimos las observaciones clínicas donde fueron anotadas con claridad la positividad del Barnes; descartando 37 observaciones por carecer de un diagnóstico.

nóstico preciso, y en el estudio de las mismas, no se encontraron datos concluyentes para catalogarlas como tal.

## VARIEDADES ANATOMICAS

Es la relación que guarda la placenta con el orificio interno del cuello. Esta clasificación tiene únicamente un valor relativo, ya que el diagnóstico anatómico de la placenta previa depende del grado de dilatación adquirida en el momento de la exploración efectiva; así una variedad marginal o central total, puede convertirse en parcial conforme avance la dilatación, evolución que no se lleva en obstetricia debido a la peligrosidad de exámenes vaginales sucesivos en esta afección, por lo que se recomienda regirse al diagnóstico tipológico dado por la primera exploración.

Algunos autores reconocen tres variedades, a saber: Placenta Previa Central Total, Placenta Previa Central Parcial y Placenta de Implantación Baja; esta última en nuestro estudio la consideraremos como sinónimo de la Placenta Previa Lateral. En el presente trabajo las hemos clasificado en cuatro tipos, incluyendo la Placenta Previa Marginal y Lateral como dos entidades diferentes, dado que los diagnósticos encontrados en las observaciones así nos lo permitieron.

*Placenta Previa Lateral:* Es la que se inserta en el tercio inferior del útero y cuyo borde está muy próximo al orificio interno del cuello pero sin alcanzarlo. Nosotros las encontramos en 17 oportunidades de las 77 placas previas clasificadas.

*Placenta Previa Marginal:* Es la que se encuentra ubicada en el segmento inferior y cuyo borde alcanza las márgenes del orificio interno del cuello, su cifra fue de treinta y cuatro (34), es decir la más frecuentemente diagnosticada.

*Placenta Previa Central Parcial:* es aquella que cubre el orificio interno del cuello, pero no en su totalidad, permitiendo que el dedo explorador tacte parte de las membranas; de las 77 anormalidades fue la menos frecuente, llegando a once (11) los casos encontrados.

*Placenta Previa Central Total:* es cuando el orificio interno del cuello uterino está completamente cubierto por la placenta y en el momento de la exploración el dedo tacta únicamente placenta. Ocupó el tercer lugar, con una frecuencia de 15 en el número total de placas previas.

Para establecer datos comparativos, damos con anterioridad los porcentajes reportados por algunos autores: Gutiérrez, Yepes e Eastman

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

De Lee Greenhill le da una quinta parte de frecuencia a la Placenta Previa Central del número total de anomalías.

Los únicos datos que conocemos para esta anomalía sacados en nuestro medio, son los obtenidos por el Doctor Fuentes Spross en el Centro Materno Infantil del I.G.S.S.

Placenta Previa Central Total .....	6%
Placenta Previa Central Parcial .....	11%
Placenta Previa Marginal .....	41%
Placenta Previa Lateral .....	35%

De las cifras dadas para cada una de las variedades de inserción placentaria los porcentajes obtenidos para el presente trabajo son los siguientes:

Placenta Previa Central Total ....	19%
Placenta Previa Central Parcial ....	14%
Placenta Previa Marginal ....	44%
Placenta Previa Lateral ....	22%

Cabe decir que la divergencia de frecuencia entre la inserción marginal y lateral, probablemente se deba, como dijimos anteriormente, a que tiene un valor relativo, ya que el diagnóstico depende primordialmente del criterio académico del obstetra que lo haga.

Clínicamente nos interesan dos grupos: la placenta previa central y placenta previa de inserción baja, porque de él depende en gran parte el pronóstico y tratamiento, siendo el primer grupo de mayor gravedad.

En nuestros casos, las cifras estadísticas obtenidas son las siguientes:

Placenta Previa Central ....	33%
Placenta Previa de inserción baja ..	66%

## ETIOLOGIA

Numerosas han sido las causas descritas como agentes etiológicos de la implantación baja de la Placenta. Consideraremos únicamente las que tomaron parte importante en nuestro estudio y que fueron sacadas de las papeletas clínicas correspondientes.

*EDAD:* Estudios estadísticos han demostrado que la frecuencia de esta anormalidad crece proporcionalmente con la edad. Las pacientes clasificadas en este grupo, presentaron las edades que a continuación se enumeran:

No. de Casos	Edad	No. de Casos	Edad
1	44	4	28
3	40	4	27
1	39	6	26
2	38	4	25
3	37	4	24
1	36	3	23
7	35	5	22
5	34	2	21
5	33	2	20
3	32	2	19
4	31	1	16
5	30		

*NOTA:* El caso de la paciente de diez y seis años de edad, se comprobó por palpación y Barnes, el diagnóstico de placenta previa marginal.

Como se ve en los datos obtenidos, las anomalías en las personas de edad avanzada fueron relativamente menos frecuente, pero hay que tomar en cuenta que la oportunidad del embarazo decrece conforme se acerca la menopausia, observación que se hizo más notoria en nuestro estudio, después de los treinta y cinco años de edad.

De los datos anteriores se deduce que la edad promedio para esta serie de casos es de 29 años.

*PARIDAD:* La frecuencia de la anomalía que nos ocupa, está en relación directa con la paridad; aceptado es que el mayor número de partos da mayor oportunidad a cambios patológicos: anatómicos y funcionales del endometrio que más tarde contribuirán a inserciones anormales.

En la tabla que a continuación daremos, parece contradictorio lo dicho anteriormente, fácilmente explicable si recordamos que las grandes multíparas son poco comunes.

Primíparas	Multíparas	Sin datos prenatales por haber ingresado en estado de shoc.
7	68	2
Casos	Partos	
4	1	
11	2	
13	3	
13	4	
8	5	
7	6	
5	7	
2	8	
3	9	
1	11	
1	12	

Excluyendo los dos casos sin datos prenatales, la paridad promedio obtenida fue de cuatro. Hubiéramos querido extendernos al análisis de periodicidad en que se efectuaron los partos anteriores de cada una de las pacientes, ya que dicho elemento forma parte importante en la etiología de esta anomalía, pero los datos prenatales fueron poco explícitos en este sentido.

*ANTECEDENTES*: en la mayoría de las pacientes correspondientes a este grupo, el interrogatorio prenatal se practicó aun en períodos asintomáticos, es decir, sin ninguna orientación diagnóstica y si a esto agregamos que en nuestro medio el gran porcentaje de abortos son negados, consecuencia lógica es, que los datos obtenidos para este trabajo fueran relativamente pobres e incompletos.

Los antecedentes registrados en los sobres clínicos revisados son los siguientes:

- a) Abortos: 9 pacientes con un aborto
- 4 pacientes con dos abortos
- 2 pacientes con tres abortos

Una de las pacientes incluida en el cuadro anterior (Obs. No. 5449-56) con dos abortos provocados y uno espontáneo.

- b) Aplicación de forceps ..... 3 casos
- c) Cesárea ..... 3 casos  
(1 practicada por placenta previa)
- d) Partos gemelares ..... 2 casos
- e) Operaciones sobre el Cervix 3 casos
- f) Rh negat. ..... 1 caso  
(6 partos anteriores con niños muertos; el presente, Placenta Previa Total resuelta por cesárea segmentaria, feto macerado).

Todos los casos enumerados pertenecen a pacientes multíparas.

## SINTOMATOLOGIA

El tema que nos ocupa es de suma importancia en la patología Obstétrica, ya que de su conocimiento depende en gran parte el pronóstico materno-fetal, es por ello que al considerar este punto le daremos especial interés a los síntomas encontrados en nuestro medio y forma en que se presentaron.

*HEMORRAGIA*: La hemorragia vaginal es el síntoma capital, que se presenta en cualquier época del embarazo, más frecuente en los tres últimos meses de la gestación o en el parto, indolora, de aparición más o menos brusca, sin causa aparente, en la mayoría de los casos intermitente, con tendencia a aumentar en número e intensidad conforme se acentúan los mecanismos fisiológicos del parto, si la hemorragia existe se exacerba en cada contracción, (diferencia del desprendimiento prematuro). Siendo las inserciones que tienen más estrecha relación con el orificio interno del cuello, las que dan hemorragias más tempranas y abundantes, cosa contraria sucede con

las variedades laterales y marginales que gran parte de ellas pasan desapercibidas descubriéndose en el alumbramiento por el signo de Barnes. Tomando en cuenta que lo dicho anteriormente no es la regla, la valoración de este síntoma únicamente nos orienta en el diagnóstico de variedad y la conducta a seguir, confirmándose más tarde por los signos de certidumbre (espéculo vaginal, rayos X, palpatorio).

La revisión de las admisiones correspondientes a este grupo, nos hizo posible relacionar el estado de la paciente a la hora de su ingreso con hemorragia y trabajo de parto, repartiéndolos en varios grupos basados en el diagnóstico definitivo de variedad anatómica.

1) Doce pacientes ingresaron por hemorragia vaginal indolora, sin trabajo de parto, de ellas 6 placenas previas totales, 2 laterales, 1 parcial y 4 marginales.

2) Doce pacientes ingresaron por colapso y hemorragia, dolores de parto ausentes, repartidas así: 2 placenas previas parciales; 7 placenas previas totales; 3 placenas previas marginales.

3) Paciente 4919-57 ingresó en shoc, hemorragia vaginal y amnionitis, sin dolores de parto, se le comprobó placenta previa central total.

4) Paciente 2100-56 ingresó en shoc y hemorragia vaginal (abdomen contracturado). Diagnóstico definitivo, desprendimiento prematuro de placenta previa marginal.

5) 1039-56: ingresó de emergencia en el segundo período del parto; diagnóstico del alumbramiento: placenta previa marginal.

6) 6500-56: ingresó por hemorragia vaginal fétida, febril, procedencia de cordón, ligado por empírica va-

rias horas antes del ingreso, dolores de parto ausentes, diagnóstico definitivo; Placenta Previa Marginal.

Ocho pacientes pasaron desapercibidas desde el punto de vista de esta afección, hasta el momento del alumbramiento en que se diagnosticó por el signo Barnes: 6 placenas previas marginales y 2 laterales.

El resto de los casos ingresaron unas por dolores de parto y hemorragia vaginal, otras solamente en trabajo de parto, habiéndose presentado la hemorragia durante su hospitalización; grupos que no fue posible separarlos.

*EPOCA Y APARICION DE LA PRIMERA HEMORRAGIA, NUMERO Y CANTIDAD:* (Toda hemorragia vaginal indolora del último trimestre de la gestación hay que recordar siempre en la posibilidad de placenta previa).

Es de mucha importancia la valoración de estas características ya que como hemos dicho anteriormente, nos ayuda en el diagnóstico, y más aún orienta en la variedad anatomo-clínica y consecutivamente nos hace pensar en la conducta a seguir. La intensidad de las hemorragias presentadas en esta serie las analizamos en forma apreciativa y empírica, pero dan una idea aproximada de su gravedad:

CANTIDAD	CASOS
Escasas	15
Medianas	29
Masivas	25
Asintomáticas	8

La aparición de la primera hemorragia con relación a edad de embarazo, fue como sigue:

Edad de embarazo (en semanas)	Casos	Edad de embarazo (en semanas)	Casos
20	1	34	5
23	1	35	8
27	3	36	12
28	2	37	6
29	4	38	3
30	2	39	6
31	3	40	7
32	2	41	2
33	2	Asintomáticas	8

La paciente (Obs. No. 6564-56) tuvo su primera hemorragia en la 20a. semana, se diagnosticó placenta previa total por espéculo vaginal, a las veintitres semanas, aborto en bloque. La paciente (Obs. No. 4919-57) a las 23 semanas primera hemorragia y aborto en bloque a la semana siguiente, se comprobó placenta previa central total.

Por haber sido confirmados los dos casos anteriores, recordamos que la hemorragia vaginal en esta afección lo más frecuente es que se presente en los últimos tres meses de la gestación, pero puede manifestarse antes, además es posible que los abortos efectuados hayan sido producto de la mala implantación placentaria.

**NUMERO DE HEMORRAGIAS:** Las hemorragias de aparición temprana tienen oportunidad de repetirse mayor número de veces conforme avanza el embarazo, o bien quedan sangrando constantemente en cantidades inapreciables con períodos de exacerbación. Lo dicho se desprende de los cambios uterinos que se registran en las últimas semanas de la gestación y que tienen mayor influencia en las variedades centrales, siendo estas últimas, las que producen hemorragias de mayor gravedad.

Los datos aproximados obtenidos con relación en número de hemorragias se registraron en la forma siguiente:

No. de Pacientes	No. de hemorragias	Asintomáticas
36	1	8
17	2	
11	3	
3	4	
1	5	
1	6	

**PRESENTACIONES ANORMALES:** En esta afección gran parte de la porción inferior del útero se encuentra ocupada por la placenta, de tal manera que impide la libre acomodación del feto y como resultado lógico, presentaciones anormales. Muller encontró en una serie de: 1,148 anormalidades de inserción aproximadamente una tercera parte de presentaciones atípicas. En la presente serie se encontraron con esta frecuencia:

Transversas	2
Podálicas	13
Cefálicas altas	21

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:** Es algo que sucede con alguna frecuencia en las Placentas Previas, máxime en las variedades totales por los mecanismos a que están expuestas las membranas, como resultado de los cambios que se llevan a cabo en la porción inferior del útero. Esta ruptura espontánea y prematura es probable que contribuya en el alto porcentaje de recién nacidos prematuros que se registran en esta afección. Los Registros clínicos números 4919-57, 6,500-56 en ambos se anotó dicho diagnóstico y amnionitis; cabe la posibilidad que la cifra haya sido superior dado que las rupturas espontáneas de membranas y los ingresos con bolsas rotas fueron encontrados con cierta frecuencia.

*MONSTRUOSIDADES Y DEFORMIDADES FETALES:* Greenhill atribuye estas manifestaciones de la Placenta Previa a la defectuosa reacción decidual en el istmo uterino. En los Registros 510-57, 10,457-57 fueron anotados en la hoja correspondiente al recién nacido los diagnósticos de óbito fetal anencéfalo y craneorraquisquisis-Óbito fetal anencéfalo espina bífida, en su orden correspondiente.

*DESPRENDIMIENTO ANORMAL DE PLACENTA:* en la presente serie se encontraron al revisar placenta, 7 casos en los cuales habían signos de desprendimiento prematuro (coágulo) uno de ellos (2,100-56) se comprobó en el alumbramiento el diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta anormalmente inserta caso que se había sospechado clínicamente antes del parto.

*CIRCULARES DE CORDON:* En la presente serie se anotaron en once registros los diagnósticos de "circular de cordón".

*HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO:* Por estar alterado el mecanismo de hemostasis en esta anomalía, las hemorragias del alumbramiento suceden con cierta frecuencia. Nosotros encontramos en 10 Registros, anotadas las cantidades que oscilaron entre 350 y 1,500 gr. de sangre (calculadas).

*ALGUNAS OTRAS MANIFESTACIONES PRESENTADAS:* En esta anomalía la placenta con el mismo volumen que en las inserciones normales, tiende a adquirir mayor superficie de implantación; es por ello, que gran parte de ellas tienen forma MEMBRANOSA. En este Trabajo sólo en la observación 6648-56 fue encontrada esta característica, cabe pensar que en otras se haya hecho caso omiso de las mismas.

La friabilidad del cuello en las placenas que adquieren íntima relación con él, hace que el menor trauma-

tismo provoque rasgaduras, algunas de grado considerable: dos fueron las encontradas en esta serie (ambas se suturaron), en las que se había practicado versión y gran extracción, una de ellas ingresó en colapso e inercia secundaria, más tarde entró en Shock, por hemorragia masiva del alumbramiento, falleciendo doce horas después de su ingreso.

Inserción velamentosa del cordón, procedencia del cordón, brevedad de cordón, se presentaron en dos oportunidades cada una de ellas; y uno de distocia funcional correspondiente a inserción lateral de placenta resuelta por cesárea electiva satisfactoriamente.

## D I A G N O S T I C O

Varios son los métodos diagnósticos para confirmar la sospecha de Placenta Previa; esto no quiere decir que el resultado negativo obtenido por estos métodos excluya completamente la posibilidad de esta anomalía, siendo en estos casos de alto valor la interpretación del signo de Barnes.

Los métodos diagnósticos utilizados para esta serie de casos fueron: Rayos X, visualización por medio del espéculo y tacto vaginal; estos últimos siguiendo las normas obstétricas fueron practicados todos en ambiente quirúrgico y previamente seleccionados.

*RAYOS X:* Se practicó en 14 pacientes, en la mayoría de ellos el informe radiológico las consideró como sospechosas, confirmándose más tarde por los otros métodos diagnósticos y la clínica.

*ESPECULO VAGINAL:* Se efectuó en 46 casos, de los cuales 33 dieron un resultado positivo además de los otros procedimientos, los restantes fueron complementados por los otros métodos.

*TAUTO VAGINAL*: En 7 oportunidades dió un resultado satisfactorio; todos ellos para confirmar o complementar el diagnóstico obtenido por otros exámenes.

*SIGNO DE BARNES*: En 43 casos contribuyó a la confirmación del diagnóstico, 8 de los cuales pertenecientes a casos asintomáticos y cuya positividad fue el único dato. 27 casos sintomáticos (hemorragias escasas o medianas) fueron diagnosticados exclusivamente por el Barnes; casi todos correspondientes a Placentas Previas Látero-Marginales. El resto dió el diagnóstico final de Placenta Previa orientado por los otros procedimientos.

*NOTA*: En la mayor parte de las pacientes el diagnóstico definitivo de esta anomalía fue el producto de varios procedimientos diagnósticos; de allí que la suma de las cifras anteriores pase al número total de casos; haciendo saber que estos datos se sacaron en cifras aproximadas debido a la forma incompleta en que fueron llenadas muchas de las papeletas sobre todo en lo referente a la evolución clínica.

## TRATAMIENTO

Según el tratamiento efectuado en esta serie de casos, los dividiremos en varios grupos, dependiendo del método o métodos empleados o bien que se hayan resuelto espontáneamente:

1) *Cesáreas*: Practicadas en número de diez y seis, quince Segmentarias y una Segmento-Corpórea (por Placenta Previa Total y presentación Transversa) correspondientes a:

a) 10 *Placentas Previas Totales*: todas en pacientes multíparas repartidas en 9 presentaciones Cefálicas y 1 transversa; una de ellas con el antecedente de una Cesárea anterior por Placenta Previa, y otra fue seguida de Histerectomía Subtotal por Placenta Acreta. Habiéndo-

se obtenido 9 niños aparentemente sanos, 2 de ellos Prematuros y un feto macerado (caso en el que se ligaron Trompas, madre Rh-).

b) 2 *Placentas Previas Laterales*: Cesáreas practicadas en pacientes multíparas con presentaciones cefálicas; una de ellas Cesárea electiva por distocia de partes blandas y la otra con el antecedente de cuatro Cesáreas.

c) 3 *Placentas Previas Centrales Parciales*: Multíparas, presentaciones cefálicas recién nacidos aparentemente sanos; 1 prematuro aparentemente sano.

d) 1 *Placenta Previa Marginal*: Multípara con antecedentes de partos con niños muertos, el actual niño a término aparentemente sano.

2) *Maniobra de Puzós*: se practicó en 21 casos.

3) *Maniobra de Braxton Hicks*: practicada en 4 casos.

4) *Willet*: 1 caso, prematuro, nació muerto.

5) *Pitocín*: se utilizó en soluciones de cinco y diez unidades, como método de inducción en cada uno de los siete casos previamente seleccionados.

6) *Versión y Gran Extracción*: se practicó en ocho casos de Placenta Previa; en tres de los mismos se había diagnosticado con anterioridad muerte fetal In Utero.

7) *Extracción Podálica*: once casos.

8) *Aplicación de Forceps*: en dos casos, uno por trabajo prolongado, presentación cefálica, Placenta Previa Marginal, prematuro aparentemente sano; en el otro aplicación Forceps de Piper.

9) *Maniobra de Simpson*: dos casos.

10) *Abortos*: dos casos, a pesar de su peso de 2.5 y tres libras respectivamente fueron analizados como tales, probablemente por su expulsión en bloque. El resto de los casos se resolvieron en forma espontánea con excepción de los 35 casos donde fue necesario intervenciones obstétricas.

Las Transfusiones formaron parte importante en el buen pronóstico materno obtenido, en casi todos controlados y regidos principalmente por el hematocrito, se efectuó en veinticuatro pacientes antes del parto, entre 150 y 1,000 gr. de sangre.

## PRONOSTICO

El pronóstico en general es reservado, sin embargo las estadísticas demuestran que el pronóstico Materno-fetal ha mejorado considerable y progresivamente con los adelantos terapéuticos y quirúrgicos, especialmente en esta afección; a pesar de ello no se ha llegado al grado deseado, siendo aún en la actualidad una de las causas obstétricas que producen más mortalidad fetal.

*PRONOSTICO MATERNO*: depende entre otros factores del estado físico de la paciente y el grado de hemorragias padecidas; si a ésto agregamos que las hemorragias fisiológicas del alumbramiento por sí solas son abundantes y en esta afección con tendencia a aumentar, además de la posibilidad de producir hemorragias del post-parto. Este factor, la infección y embolias gaseosas o sépticas hacen que el pronóstico sea todavía un problema serio en esta especialidad, a pesar del buen conocimiento que se tiene en la actualidad sobre ocitóicos, transfusiones y antibióticos.

*PRONOSTICO FETAL*: últimamente se ha demostrado que la mortalidad y morbilidad fetal por prematuridad ha disminuido considerablemente con el mejor dis-

cernimiento que se hace sobre cada caso en particular para el tratamiento de espera, y así la proporción de fetos viables en esta afección ha ido aumentando progresivamente; cabe decir que si bien es cierto que las cifras porcentuarias de prematuridad en esta anomalía ha descendido, aún sigue siendo un factor indispensable en el pronóstico-fetal junto con otros factores que pueden presentarse aislados o a la vez, tales como: Desprendimiento prematuro de placenta, maniobras obstétricas traumatizantes llevadas a cabo en el feto utilizándolo como medio hemostático sobre la placenta, e infecciones intra-uterinas. Para poder apreciar con mejor claridad los datos obtenidos en esta serie de casos y así analizar mejor los resultados, daremos a continuación la morbilidad y mortalidad Materno-fetal por separado:

		Incid.	Porcent.
Materna:	infecciones del post-parto .....	12 casos	15.68%
	hemorragias del post-parto .....	10 casos	15.00%
	Shoc .....	6 casos	8.00%
	complicaciones del parto .....	2 casos	2.59%
	(rasgaduras de cuello)		
Fetal:	prematuridad .....	38 casos	49.00%
	asfixia del recién nacido .....	5 casos	6.49%
	Bronco-neumonía del rec. nacido (curado)	1 caso	1.29%
	Fractura húmero derecho del rec. nac.	1 caso	1.29%
	Anomalías congénitas	2 casos	2.59%
<i>MORTALIDAD:</i>			
Materna:	Pacientes fallecidas ..	1 caso	1.29%
Fetal:	nacidos muertos .....	12 casos	15.58%

rec. nacidos fallecidos	11 casos	14.00%
fetos macerados ....	1 caso	1.29%

*NOTA:* En los datos anteriores tomamos como límite de peso para considerarlos a término, los que pesaron más de 5.8 libras (inclusive), y como prematuros menos del peso indicado.

La paciente (obs. No. 12342-57) ingresó por hemorragia vaginal y embarazo en el curso de la 35a. semana, presentación cefálica, placenta previa marginal. Como tratamiento: Puzos, Pitocín, Braxton Hicks y extracción podálica, niño muerto de 6.2 libras (anoxia intra uterina). Continuó sangrando en grandes cantidades por inercia secundaria y rasgadura de cuello (suturada) entrando en shoc irreversible después del parto, a pesar de transfusiones masivas, 12 horas después de su ingreso falleció.

## CONCLUSIONES

El análisis efectuado en la presente serie de casos correspondientes todos a anomalías de inserción placentaria, nos permite hacer las siguientes conclusiones:

- 1) La frecuencia encontrada de esta anomalía de inserción placentaria, guarda relación con la encontrada en el Centro Materno Infantil del I.G.S.S.
- 2) La incidencia relativamente baja de la variedad lateral es notoria, debido a que las 37 papeletas descartadas en el presente estudio, probablemente pertenecían a esta variedad.
- 3) A pesar de lo explicado en el párrafo anterior, la incidencia obtenida de placenta previa en general es alta. Correspondiendo a una anomalía por cada 177 partos, siendo la placenta previa marginal la más frecuentemente diagnosticada.

4) La paridad fue un factor importante: con excepción de 7 pacientes, el resto fueron multíparas, siendo las más frecuentes las pequeñas multíparas por la razón expuesta.

5) El antecedente registrado mayor número de veces fue el aborto.

6) En más del 50% de los casos se presentó la hemorragia vaginal y con más frecuencia de las diez últimas semanas de la gestación y las de mediana intensidad. En dos casos la hemorragia se presentó en la 20 y 23 semanas de embarazo, finalizando con abortos en bloque (probablemente por la mala inserción placentaria). Las hemorragias a repetición fueron menos frecuentes.

7) La mayor parte de los diagnósticos se basaron en la clínica, espéculo vaginal y Signo de Barnes.

8) La Cesárea fue el mayor índice de tratamiento en las placenas previas centrales totales y parciales, todas con resultados satisfactorios.

9) Más del 50% de los casos analizados tuvieron partos espontáneos.

10) Es alentador la baja mortalidad materna encontrada, correspondiendo a 1.29% (una defunción).

11) La prematuerz se registró en el 50% aproximadamente, del número total de nacimientos siendo una de las causas de mayor mortalidad fetal.

12) Mortalidad fetal, fue aproximadamente en un tercio del número total de nacimientos.

JORGE PEREZ JACOBO.

Imprimase:

Dr. Ernesto Alarcón,  
Decano.

Vo. Bo.:  
Dr. Luis F. Molina G.

## BIBLIOGRAFIA

Williams and Eastman. "Obstetrics". Appleton-Century-Graffs, INC. Pág. 562, 1950.

Nubiola Zárate: Tratado de Obstetricia.

Green-Armytage, V. B. and Dutta, H. K. Texbook of Midwafery in the Tropic, Pág. 274. Calcuta 1936.

De Lee: Principios y práctica de la Obstetricia, 2a. Edición 1955.

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

Jaime Moragues Bernat: Clínica Obstétrica, 7a. edición 1957.

Chacaverti, J. Placente Previa and It's management in Indian Conditions. Ind. Med. Gaz, 72:9, 1937.

Gutierrez-Yepes, L. and Eastman, N. J. The Management of Placenta Previa. Sousth. Med. Jous. 39:291, 1946.

Pagliari, M. Considerazioni Chiniche sur una Centuria di casi di Placenta Previa Centrale e Marginale. 1935.

Archivos del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt; años 1956-1957.