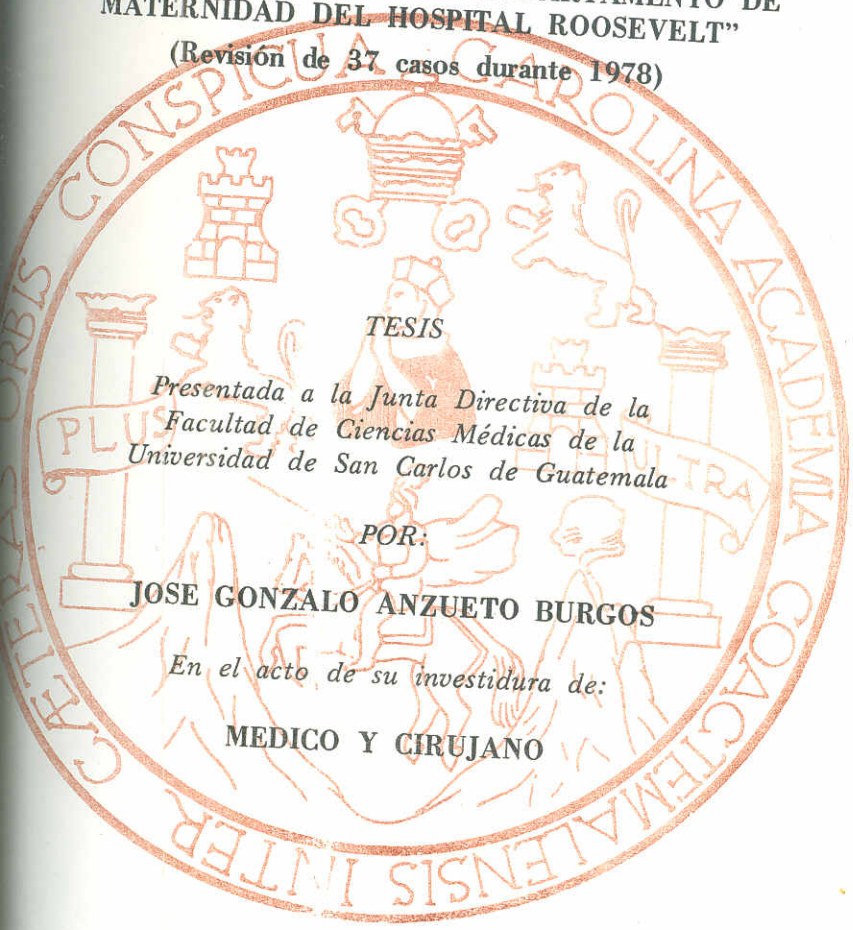
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"PLACENTA PREVIA EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT"

(Revisión de 37 casos durante 1978)



TESIS

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

POR:

JOSE GONZALO ANZUETO BURGOS

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

I N D I C E

		Página
1)	INTRODUCCION	1
2)	OBJETIVOS	3
3)	HIPOTESIS	5
4)	ANTECEDENTES	7
5)	MATERIAL Y METODOS	27
6)	ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS	29
7)	CONCLUSIONES	43
8)	RECOMENDACIONES	45
9)	BIBLIOGRAFIA	47

INTRODUCCION

La vida del hombre en el seno materno depende de un ordón, el cual unido a la madre, permite que ésta le brinde su spiración, excreción, digestión de alimentos y elementos utritivos necesarios para su crecimiento y desarrollo. Por lo nto, para la mujer, el embarazo significa un recargo considerable e sus necesidades nutritivas. Además de cambios en la masa natómica, la fisiología también sufre ciertos trastornos durante el nbarazo, el puerperio y la lactancia.

De lo anterior se deduce la importancia que tiene la lacenta en el embarazo; ya que por medio de la misma, el feto antiene su subsistencia, para lo cual es necesario que se halla fectuado una buena implantación del huevo en la pared uterina. ero cuando se ha llevado a cabo una implantación anómala, casiona que se prive al feto de la función placentaria ematuramente.

Desde la antiguedad, llamó la atención a los investigadores hecho de que un embarazo que había evolucionado rmalmente, en forma súbita presentara hemorragia en los timos 3 meses con la terminación pronta del mismo, y en la ayoría de veces con desenlaces fatales. En 1709, Schacher, fue primero en describir la implantación baja de la placenta: lacenta previa", en un trabajo realizado en necropsias. (11).

En la presente revisión de casos clínicos, el fin principal rseguido es poder proporcionar al campo de la Obstetricia una tualización en nuestro medio, de la incidencia de placenta revia; sus diferentes factores asociados como causas ntribuyentes en su etiología; la terapéutica usada, y los

resultados obtenidos; además, una revisión bibliográfica para poder tener un análisis comparativo con lo ocurrido en otras décadas, tanto en nuestro país como en otros. Con ello se podrá tener una idea racional sobre la evolución y problemas que se pueden presentar en una de las complicaciones más serias del último trimestre del embarazo, como lo es la inserción viciosa de la placenta; cuya sintomatología, puede llevar a la muerte tanto a la madre como al feto.

OBJETIVOS

Cognoscitivos:

1) *Lograr determinar si la placenta previa es más frecuente en mujeres de mayor edad y multíparas.*

2) *Hacer un enfoque de la placenta previa, a través de la historia en relación a su descubrimiento, etiología, los medios para diagnosticarla y su terapéutica.*

3) *Presentar la clasificación según su localización.*

Psicomotores:

1) *Poder estar capacitado para identificar un caso de placenta previa y tratarlo adecuadamente.*

Afectivos:

1) *Estar consciente de la importancia de esta complicación del 3er. trimestre del embarazo, en la morbi-mortalidad tanto materna como fetal.*

2) *Valorizar el grado de desarrollo técnico y científico que hay en Guatemala, para afrontar esta complicación del 3er. trimestre del embarazo.*

HIPOTESIS

1) *La placenta previa es más frecuente en mujeres de mayor edad y multíparas.*

2) *El problema de la placenta previa ha aumentado en los últimos años.*

3) *La morbi-mortalidad materno-fetal ha disminuído.*

ANTECEDENTES

HISTORIA

El cuadro de placenta previa, puede haber principiado a sentarse desde que existe el embarazo y haber pasado apercibido como entidad clínica. En época de Soranus, se cionan cuadros hemorrágicos y se sospecha la inserción baja órgano nutricio (9). No es sino, hasta 1709, cuando Schacher cribió la implantación en la placenta previa en la necropsia, y 1758 Von Walbaum usó una vejiga de animal, distendida con , como un "tapón" vaginal para cohibir la hemorragia. (11). 1776 Rigby hace una clara diferenciación entre el prendimiento prematuro de placenta y la placenta previa, a la l la llamó hemorragia inabordable. A partir de los estudios de ersos autores, desde el siglo XVI prácticamente la historia de entidad clínica está íntimamente ligada al método terapéutico y ello mencionaremos, que Guillermo (principios del siglo II), preconizó el parto forzado con la ayuda de maniobras nuales; y Puzos, su famosa maniobra de la ruptura de mbranas. Cada autor y cada escuela han propuesto diferentes todos que a la postre iban encaminados a la hemostasis y cuación uterina. (9).

En 1804 Leroux, saliéndose de esta idea general, pularizó el taponamiento cervical; y poco más tarde, Barnes rodujo los balones compresivos. Debemos mencionar que este tor fue el creador de la clasificación topográfica de la inserción centaria, con la delimitación de la, aun hoy, llamada zona ligrosa de Barnes. A mediados del siglo pasado, Simpson, opone la ruptura de la placenta seguida de la extracción fetal mo medio terapéutico, pero Braun, su contemporáneo, vuelve al o de los balones. Más tarde, en 1860 Braxton Hicks, crea la aniobra que lleva su nombre y que persigue el descenso de un

miembro inferior, para hacer hemostasis compresiva con la presentación. Bossi y Bonaire, a su vez sugieren la dilatación rápida del cuello por maniobras manuales e incluso instrumentales. Fue a finales del siglo XIX, en que Lawson y Teit, proponen la cesárea como método efectivo terapéutico; más sin embargo, debe tenerse en mente que para dicha época representaba un riesgo muy grave el practicar una intervención quirúrgica de esta naturaleza (9). Mauriceau recomendó romper las membranas para inducir el trabajo de parto y cohibir la hemorragia. En los comienzos de este siglo, Voorhees colocaba un balón de 10 cms., lleno de agua en el cuello uterino para comprimir la placenta, y Willet unía una pinza en T con pesos de medio a 1 Kg, al cuero cabelludo del feto, como compresión en el sitio de hemorragia placentaria, por medio de la propia cabeza fetal (11).

Fue hasta 1908, en que Krönig y Selhaim, establecen definitivamente la importancia de cesarizar a las pacientes que presentaban una hemorragia patológica del último trimestre del embarazo. A partir de esta fecha, puede decirse que los progresos históricos se han realizado más acerca de los métodos diagnósticos, mientras que la terapéutica se ha ido perfeccionando y en particular, inclinándose por la vía abdominal (9).

El avance más importante en el tratamiento de la placenta previa se realizó en 1927 cuando Bill, al apreciar la elevada mortalidad de las parturientas (10o/o en todos los casos y 5o/o en la placenta previa total), recomendó el empleo liberal de la transfusión sanguínea y la ejecución más frecuente de la cesárea. Señaló que el tratamiento de la placenta previa era perfectamente claro, como en cualquier otra situación obstétrica, y era en realidad el problema de la hemorragia, que se resolvía por sí solo al: 1) reponer la sangre perdida y 2) expulsar el feto en una forma que originara la mínima pérdida de sangre durante el parto, y el menor peligro de hemorragias postparto. En 1945, Johnson y MacAfee independientemente, recomendaron el tratamiento "conservador" de la placenta previa, con el único fin

de mejorar las cifras de mortalidad perinatal (1962). La expulsión se difería hasta que el feto alcanzaba un estado aceptable de madurez, o hasta que la gravedad de la hemorragia inicial o ulterior obligaba a ello. El método conservador para el tratamiento de la placenta previa se aceptó ampliamente desde que se propuso en la fecha señalada (11).

B) DEFINICION:

Se conoce con el nombre de placenta previa, un proceso caracterizado anatómicamente por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero; y clínicamente por hemorragias de intensidades variables durante el 3er. trimestre del embarazo. La hemorragia aunque frecuente, puede no estar presente en el proceso, existiendo por lo tanto formas anatómicas sin esta expresión clínica (9).

C) FRECUENCIA:

La placenta previa es una complicación bastante grave, pero poco frecuente, que se observa una vez en cada 200 partos (27) o en cada 500 ó 600 embarazos (24). Las estadísticas contradictorias sobre la incidencia de los distintos grados de placenta previa reflejan la falta de precisión en sus definiciones (27). Es más frecuente en multíparas que primíparas y es rara la repetición del proceso en embarazos ulteriores.(24).

D) ANATOMIA PATOLOGICA:

El segmento inferior del útero, asiento de la placenta previa, presenta un considerable desarrollo de los vasos sanguíneos. Las vellosidades invaden en ocasiones el músculo, haciendo posible la evolución hacia la denominada placenta acreta. El aspecto morfológico es por lo general de mayor tamaño, más delgada e irregular; las membranas son gruesas, frágiles y rugusas; el cordón se inserta con frecuencia excéntricamente (9); presenta algunos

cotiledones atróficos entre el resto normal (24).

CAMBIOS MORFOLOGICOS E HISTOLOGICOS DE LA PARED UTERINA Y PLACENTA EN CASOS DE PLACENTA PREVIA:

En la placenta, se encuentra una gran cantidad de téjido conectivo e infiltración celular con necrosis fibrinoide. En el miometrio, se encuentra marcado edema, hemorragia, necrosis de las fibras musculares, miofibrosis difusa y cicatrices locales en la pared uterina. En el téjido placentario, unas pequeñas hemorragias focales, hialinosis parenquimatosa, esclerosis vascular, y un proceso difuso necrobiótico. Se piensa que estos cambios tienen alguna relación con abortos previos, enfermedades ginecológicas y patología obstétrica previa. (14).

CLASIFICACION POR INSERCION (9)

a) **Placenta Previa Central Total:**
Cuando la placenta se implanta sobre el área cervical, cubriendo por completo el orificio interno.

b) **Placenta Previa Central Parcial:**
Puede ser que la placenta sea oclusiva total durante el embarazo, pero al iniciarse el trabajo de parto puede ocupar sólo parcialmente el área del orificio cervical interno cuando este principia a dilatarse; adoptando entonces el carácter de placenta oclusiva parcial.

c) **Placenta Previa Marginal:**
Cuando el reborde de la placetna alcanza el margen del orificio cervical interno. Puede convertirse en parcial, ya que el cérvix pero no la placenta, se retrae a medida que el orificio cervical interno se dilata y el segmento uterino inferior se va formando.

d) *Placenta Previa de Inserción Baja:*
Cuando la placenta se inserta en el segmento inferior (tercio inferior del útero), sin llegar al borde del orificio cervical interno.

E) *ETIOLOGIA:*

Poco se conoce acerca de la causa de la placenta previa. Sin embargo la multiparidad y la edad avanzada parecen favorecer su aparición (27). La etiología más importante, lo constituye el hecho de que la placenta previa, se presenta principalmente en multíparas por las circunstancias siguientes: (9)

Las lesiones de la mucosa uterina, tales como endometritis del cuerpo del útero, frecuentes abortos y legrados, lesiones atróficas de la mucosa, consecuencia de partos que se suceden con rapidez y cicatrices de cesáreas anteriores; empeoran la irrigación sanguínea de las correspondientes zonas de mucosa y disminuyen por ello en alto grado, las posibilidades de nutrición del huevo. Este no anida por lo tanto en la parte superior del cuerpo uterino, sino que se localiza hacia abajo en la región del segmento inferior (9). Además, la esclerosis del endometrio suele aumentar con la edad y al quedar limitada la irrigación placentaria, la placenta compensa a veces este fenómeno extendiéndose en una zona mayor del útero. Raramente la placenta previa se asocia con placenta acreta simple o sus formas más avanzadas (27).

Hofmeier, intenta explicar la etiología de la placenta previa mediante su teoría llamada refleja: si el endometrio es sano, el huevo se fija en el fondo del útero, donde hipertrofia sus vellosidades, dando origen a la placenta; el resto de las vellosidades sufrirá un proceso de atrofía hasta constituir el corion liso. Si el endometrio presenta algún proceso patológico, las vellosidades destinadas a la atrofia no lo harán, constituyéndose la placenta en la cáduca refleja (placenta refleja),

la que al crecer el trofoblasto, hará que éste asiente en contacto con la cáduca verdadera, siendo el resultado, la ubicación inferior de la placenta. (24).

F) MANIFESTACIONES CLINICAS:

1) Durante el embarazo:

A. Hemorragia:

Síntoma principal, que excluídas las causas de metrorragias del orden ginecológico o clínico; entre las causas gravídicas del final del embarazo, presenta una frecuencia de más del 90o/o de los casos (24). Esta acentuada frecuencia es lo que ha hecho decir que toda hemorragia del final del embarazo significa placenta previa mientras no se demuestre lo contrario (24). Esta hemorragia presenta características muy particulares:

a) Se produce especialmente entre la 30 y 34 semanas del embarazo o al iniciar el trabajo de parto (24).

b) La hemorragia de la placenta previa comienza antes de la ruptura de la bolsa de las aguas (9).

c) Es sin dolor, iniciándose con frecuencia durante el sueño o estado de reposo (24).

d) La primera hemorragia casi nunca es tan copiosa que ocasione la muerte y cesa espontáneamente; pero se repite cuando menos se le espera; muchas veces persiste un escurrimiento contínuo del líquido sanguinolento, que con el tiempo debilita tanto a la paciente, que una hemorragia aguda adicional, por leve que sea, puede causar la muerte. En determinado número de casos, especialmente cuando la inserción de la placenta es baja, la hemorragia se presenta hasta que comienza el parto y entonces puede ser un

ligero escurrimiento del líquido sanguinolento o una hemorragia profusa. (27).

El mecanismo responsable por el cual se produce la hemorragia reside en: a) durante el embarazo; la formación del segmento inferior, cuya constitución por deslizamiento de sus capas no puede ser seguida por la placenta dada la distinta extensibilidad de los tejidos, produce un desprendimiento placentario. La metrorragia proviene de los vasos parietales y de la superficie placentaria desprendida (24).

B. Presentaciones Anormales Frecuentes:

Es muy alta la frecuencia de presentaciones anormales como lo constituyen las de hombros y podálicas. Como consecuencia de la ubicación de la placenta, que actua como un impedimento para el descenso, dificulta el encajamiento de la presentación (9). Al romperse las membranas por su fragilidad, predispone al parto prematuro y a las procidencias del cordon. (24).

2) Durante el Parto:

A. Inercia Uterina Primaria:

Cuando se presenta este cuadro en determinado número de casos, hay que sospechar la presencia de una placenta previa. La causa esencial se considera que es la falta de apoyo de la presentación sobre los ganglios nerviosos del cuello uterino (reflejo de Farguson), por la interposición de la masa placentaria (9).

B. Tacto Vaginal:

En principio está **proscrito,** *ya que puede movilizar cotiledones y coágulos formados, incrementándose la hemorragia, con grave riesgo para la paciente. El tacto vaginal permite sentir*

en la placenta previa central total y parcial, los cotiledones de la misma; en la placenta marginal, las membranas rugosas y gruesas y en el reborde cervical algunos cotiledones. No obstante lo peligroso que es este procedimiento, en caso de decidir una conducta de urgencia, se puede efectuar pero en sala de operaciones, bajo condiciones asépticas, vena canalizada, anestesia disponible, equipo necesario para una posible intervención, por las complicaciones que encierra el mismo. La masa placentaria se siente, de una consistencia esponjosa ligeramente arenosa o como almohadillamiento (4, 24, 27).

G) *DIAGNOSTICO CLINICO:*

El diagnóstico se hace en primer lugar, basándose en el cuadro clínico descrito anteriormente, después de realizar en forma concisa y explícita: historia, antecedentes, examen físico, examen obstétrico, etc. El tacto vaginal contribuye en gran forma, ya que permite la identificación de la placenta, pero suele ser peligroso y prácticamente debe de hacerse como procedimiento previo a la resolución del caso; además, si se realiza fuera de un centro hospitalario puede poner en peligro la vida de la paciente, ya que si se provoca una hemorragia severa no se cuenta con los medios obstétricos y quirúrgicos para resolverse. Aun estando en un centro hospitalario, ésta exploración no es prudente a menos que el parto esté ya muy cercano, pues el trauma puede causar una hemorragia de tal intensidad que haga necesario resolver el caso. (9, 27).

La mala posición del feto o una cabeza elevada al término de la gestación, harán sospechar una placenta previa (27).

Otro sistema clínico de diagnóstico, es la búsqueda postpartum de la inserción placentaria por medio del examen de la cavidad uterina, identificando el lecho placentario. Terminan por señalar como un valioso diagnóstico clínico, el examen de la placenta hecho en el post alumbramiento, buscando la distancia

que hay entre el borde de la placenta y el orificio de ruptura de las membranas y si esta distancia es menor de 10 cms., se denomina Barnes positivo y si la distancia es mayor de 10 cms., se denomina Barnes negativo. (9) Si es positivo se interpreta como placenta previa.

H) *DIAGNOSTICO RADIOLOGICO:*

Desde hace tres decenios se sabe que puede estimarse con exactitud si hay placenta previa en una mujer durante el tercer trimestre de la gestación valiéndose de estudios radiográficos sencillos (10).

En 1924, en un trabajo que se refería principalmente a la visualización radiográfica de útero y anexos con neumoperitoneo artificial, Speidel y Turner afirmaron lo siguiente: "Debe ser posible, valiéndose de la radiografía, y por la relación que la cabeza del feto guarda con el segmento inferior del útero, estimar el grado en que la placenta invada el orificio interno, y si se trata de placenta previa central, lateral o marginal". En 1930, Baumann, en un trabajo sobre diagnóstico radiológico en la gestación y el parto, presentó la radiografía de un feto situado transversalmente en el útero; la ilustración tenía este pie: "Presentación transversa resultante de placenta previa central; la placenta se advierte en la película; se practicó operación cesárea".

Cuatro años después, Snow y Powell describieron una técnica de "tejidos blandos" para demostrar la placenta en el útero en el último trimestre de la gestación. Se toma una placa lateral centrada en la cresta ilíaca de la paciente, en posición lateral derecha. Se basa esta técnica en distinguir una zona de engrosamiento de los tejidos entre las partes blandas fetales y el contorno de la pared uterina. Tiene limitaciones en casos de polihidramnios o embarazo múltiple a causa del adelgazamiento de la placenta haciendo difícil su localización (9 10).

También en 1934, Ude, Weum y Urner describieron un método cistográfico radiológico para describir placenta previa en etapa avanzada de la gestación, valiéndose de lo siguiente: la vejiga se dibujaba al inyectar un líquido radiopaco esterilizado (solución de yoduro sódico), se tomaban radiografías y se apreciaban el grosor relativo de la pared uterina entre la cabeza fetal y la cúpula de la vejiga. Presentaron radiografías de un caso de placenta previa en el cual la placenta comenzaba en la pared izquierda del segmento inferior del útero y atravesaba la línea media, entre la cabeza fetal y la vejiga. La cabeza estaba desplazada hacia arriba y excéntricamente a la derecha. Los dos últimos trabajos mencionados sentaron las bases para el diagnóstico radiográfico de placenta previa, y fueron el comienzo de muchos estudios ulteriores (10).

En 1941, Ball y Golden señalan que en las radiografías tomadas con la paciente de pie, la placenta previa puede descartarse cuando la cabeza fetal está hundida en el estrecho pélvico superior y no se observa desviada a los planos mediocoronal y/o mediosagital. En cambio, cuando la cabeza fetal no se descubre en estos planos y la parte más baja del cráneo fetal queda a nivel del estrecho pélvico superior o por arriba de él, indica desviación por una masa de tejido blando; si se descarta como causa de este fenómeno, la repleción de la vejiga, o del recto o un tumor; la masa visualizada corresponde a la placenta. Este método fue ampliado más tarde por Frank Reid y por A.S. Whitehead. La principal innovación hecha por estos investigadores, consiste en tomar una radiografía adicional con la paciente en posición semi-acostada, si la radiografía de pie no proporciona datos definitivos; en posición semi-acostada, la cabeza se introduce en la pelvis por la acción de la gravedad. Si la parte que se presenta tiene posición central en la radiografía antero-posterior, y queda a una distancia máxima de 2 cms., del pubis y del promotorio en la radiografía lateral, puede descartarse placenta previa. Si la parte que se presenta está a más de 2 cms. del promotorio en la radiografía con la paciente en posición

semi-vertical y persiste la separación de 2 cms., se diagnostica placenta previa (9).

Aortografía translumbar o femoral retrógrada: *Se ve el llenado de los vasos arteriales y se dibuja el contorno placentario, dando una imagen clara de la localización de la placenta. Método seguro de diagnóstico, peligroso por la excesiva radiación por la toma sucesiva de placas (9).*

Cistografía: *Propuesta inicialmente por Ude y Urner, rara vez se emplea. Util solo en placenta implantada en plano anterior y feto en posición de vértice. Se usa solución acuosa de yoduro sódico al 10o/o en vejiga y se introduce aire en recto, se toma placa antero-posterior de pie, se mide la distancia entre presentación y promotorio, superior a 3 cms., en 9no. mes y superior a 2 cms., en 10mo., mes puede ser placenta previa; exacto en 80o/o. No tiene uso en presentación de pelvis o de hombros. (9, 11).*

Amniografía: *Entre las indicaciones señaladas para hacerla, está la localización de placenta en caso de hemorragia del tercer trimestre, pero en la actualidad hay poca justificación para su empleo, ante las otras técnicas disponibles. Consiste en llenar la cavidad amniotica de un medio de contraste que se difunda en el líquido amniótico y descubra cualquier irregularidad en el contorno uterino la cual estaría representada por la placenta. Ofrece seguridades diagnósticas pero suele tener peligro ya que facilita las infecciones (9, 11) y puede desencadenar trabajo de parto.*

Placentografía Gravitacional: *Este método se basa en el hecho de que el feto es más pesado que el líquido amniótico y, en consecuencia, gravita hacia el punto más bajo en el saco. Se valora la posición de la parte que se presenta en relación con puntos anatómicos de identificación de la pelvis materna. Tiene alto grado de precisión y confiabilidad (4,11,27).*

I) DIAGNOSTICO RADIOISOTOPICO:

Las primeras investigaciones sobre radioisótopos y su aplicación para detectar el sitio de inserción placentaria, se iniciaron en 1950 por Browne, con el empleo del Na. radioactivo. Posteriormente Weinberg, en 1957, lleva a cabo estudios de localización placentaria utilizando el I 131 unido a la albúmina humana. Wright, en 1970, usó como medio radioisotópico para el diagnóstico, el Indium 131m. Otros han usado el I 132, Cromium, Tecnesio, I 125, Estroncio 87; de todos el I 131, es el más usado por su obtención y estabilidad. Se inyectan intravenosamente y se depositan en vasos y lagos sanguíneos. El diagnóstico se basa en la mayor radiación del área que corresponde a la placenta. Hay menor radiación de la madre y del feto, que con la placentografía radiográfica. Es un método seguro y de gran precisión, pero no siempre es capaz de diferenciar entre placentas colocadas en situación anterior o posterior, o entre las variedades total y parcial (2,9,11,27).

J) DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO:

En la actualidad, la técnica ultrasónica de localización placentaria, excede en utilidad a los demás métodos. Es muy precisa, no entraña problemas de radiación, y no se ha acompañado de lesión fetal alguna, lo cual permite exámenes repetidos. Gottesfeld y colaboradores observaron que con ultrasonido se obtenía un índice de exactitud de 97o/o en la localización de la placenta. Kukard y Freeman señalaron que el diagnóstico de placenta previa por medio de ultrasonido guardaba una correlación de 82.2o/o en las pacientes, con el diagnóstico anatómico; en 8o/o aproximadamente el examen ultrasónico demostró en forma inexacta la extensión de la placenta previa. King ha observado que los exámenes ultrasónicos o clínicos de vigilancia ulterior, no mostraron la placenta previa en 14 mujeres en quien se había hecho el diagnóstico por ultrasonido. Llamó a este proceso, "migración" placentaria. Si bien es debatible la

nomenclatura y su connotación, la observación tiene consecuencias clínicas importantes. King es de la opinión de que demostrar la presencia de la placenta previa antes de la etapa tardía del tercer trimestre, obliga a un nuevo examen al término del embarazo y no necesariamente es indicación de cesárea. Gottesfeld y colaboradores también observaron este fenómeno, y sugieren hacer otro examen ultrasonográfico en término de dos a tres semanas, cuando el diagnóstico de la placenta previa se hizo en comienzos del tercer trimestre del embarazo. Ahora se diagnóstica solamente cuando, tanto con la vejiga llena como vacía, se ve la placenta sobre el segmento inferior del útero en dirección anterior y posterior manteniendo la cabeza fetal o la parte que se presenta a unos dos centímetros del cuello uterino. Si las fotos se obtienen con la vejiga llena puede cometerse un error diagnóstico ya que cuando la vejiga está vacía los centelleos pueden revelar que la placenta se ha desplazado alejándose del cuello, permitiendo que descienda la parte fetal que se presenta, lo que claramente demuestra lo erróneo del diagnóstico anterior de placenta previa. Se ve pues que el movimiento ascendente de la placenta puede ser debido a un cambio o deformidad del útero o a rotación del mismo después de vaciada la vejiga. (7,9,11,12,13,15,21,22,26).

Los primeros trabajos de ultrasonografía aplicados al campo-obstétrico, fueron realizados por Donald 1965, Gottesfeld en 1966 Donald y Abdulla en 1967. En Guatemala el Dr. Raúl García Salas presenta su trabajo de tesis "Ecoencefalografía"; en 1973, el Dr. Haroldo Medina presenta la tesis: "Localización de la Placenta con Ultrasonido", revisando informes de la clínica del Ultrasono diagnóstico, fundada en Guatemala en 1970. (9)

Termografía:

Es un método innocuo y prometedor, cuya confiabilidad queda por definir. (11).

K) *DIAGNOSTICO DIFERENCIAL;*

El diagnóstico diferencial debe tomar en cuenta en primer término, toda hemorragia de origen ginecológico: exocervicitis hemorrágica, el cáncer del cuello del útero, la ruptura de las várices vaginales y el pólipo cervical. Entre las enfermedades hemorragíparas de orden gravídico, que más frecuentemente entran en consideración, es el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta; en la cual los carácteres de la hemorragia y signos que le acompañan, difieren en grado variable a los que se observan en la placenta previa. Es de iniciación aguda, con fuertes dolores en el sitio del desprendimiento, el útero adquiere una consistencia leñosa, la hemorragia es negruzca y con algunos coágulos, el feto por lo general está muerto y es frecuente que en el fondo clínico de la paciente exista un cuadro de toxemia.

Se menciona también en orden de importancia la ruptura de seno marginal placentario y las erosiones del cuello uterino o partes blandas de la vagina, entidades que nos obligan a ser más cuidadosos en el examen general y obstétrico de la paciente o recurrir a métodos y técnicas complementarias, para llegar a un diagnóstico exacto (24).

L) *PRONOSTICO:*

El cuadro patológico de placenta previa, entraña un pronóstico grave tanto para la madre como para el feto.

1) *Morbilidad Materna:*

Puede considerarse a la gran proporción de problemas tromboembólicos, que se ven en estas pacientes, como uno de sus principales exponentes. (6,8,9,18,24).

2) *Mortalidad Materna:*

Es muy importante señalar que las altas cifras de mortalidad materna, en otra época elevada hasta un 40o/o, últimamente ha disminuído considerablemente, oscilando en un 2o/o, muy especialmente después de generalizar la operación cesárea. Se considera que el índice anterior va ligado a la resolución de estas complicaciones gravídicas por médicos obstétras en centros hospitalarios o clínicos especializadas. Muy en cuenta debe tomarse el mejoramiento actual de los métodos terapéuticos obstétricos y en especial los quirúrgicos y auxiliares. (6,8,9,18,24).

Entre las causas se encuentran las siguientes:

a) *La hemorragia (80o/o) que amenaza a la paciente en el embarazo, el parto, el alumbramiento e inclusive en el puerperio.*

b) *La infección debida a la vecindad del foco del proceso con la zona séptica vaginal.*

c) *La embolia gaseosa, producida por la ausencia de hemostasis fisiológica, por falta de atrisión de los vasos deciduales.*

d) *Los desgarros del cuello y del segmento inferior del útero, condicionados por la fragilidad de la región por la inserción de la placenta y ocasionados por maniobras obstétricas cuando se trata de acelerar o forzar el parto vaginal. (6,8,9,18,24).*

3) *Mortalidad Fetal:*

La premadurez es la causa principal de mortalidad fetal ocasionada por la placenta previa. La mortalidad es de 60o/o si se incluyen los fetos prematuros, para descender a un 30o/o, si

sólo se consideran los fetos viables. También aquí el mejoramiento de la terapéutica, especialmente la quirúrgica, ha hecho disminuir en forma sensible la mortalidad fetal a cifras promedios del 10o/o. Las causas más frecuentes de muerte fetal, después de la premadurez, las constituyen: la asfixia intrauterina, muerte por desangramiento, shock post-hemorrágico o de un trauma al nacer como consecuencia de manipulaciones o maniobras vaginales y/o abdominales (6,8,9,18,24).

M) TRATAMIENTO

1) Durante el Embarazo:

Tres hechos forman la base para el tratamiento de estas pacientes: 1) la hemorragia inicial en la placenta previa raras veces es fatal; 2) las exploraciones vaginales o rectales precipitan a menudo una hemorragia grave (solo debe hacerse en un quirófano donde existan las facilidades para combatir una hemorragia masiva), y 3) la causa principal de pérdidas perinatales en la placenta previa es la prematuridad (27).

Toda paciente con hemorragia vaginal en el curso del último trimestre de su embarazo, si la misma no adquiere un carácter severo, lo más conveniente, será indicar reposo, y traslado de la paciente a una clínica o a un centro hospitalario, permitiendo con esto al médico obstétra mejorar el estado general de la paciente, haciendo un diagnóstico preciso, previniendo las infecciones y lograr una suficiente madurez fetal. Si por el contrario el acceso hemorrágico es de una magnitud suficiente como para poner en peligro la vida de la madre, debe procederse al diagnóstico inmediato por medio del tacto vaginal hecho en un medio hospitalario, bajo condiciones asépticas y contando con el equipo necesario para una posible intervención mayor (24).

2) Durante el parto:

Los métodos aplicables en el tratamiento de la placenta previa son de dos categorías: 1) **Métodos vaginales,** *cuyos fundamentos se basan en ejercer presión contra la placenta y superficie placentaria ocluyendo así los vasos sanguíneos, y 2)* **Cesárea,** *cuyos fundamentos son dobles: el primero a través del parto inmediato que permite la contracción del útero y la detención de la hemorragia, y el segundo, prevenir la posibilidad de laceraciones cervicales, complicación frecuente del parto vaginal, en la placenta previa total y parcial. Existen cuatro métodos vaginales, pero hoy solo se emplea la rotura simple de membranas. (maniobra de Puzos). El Forceps de Willet, inserción de una bolsa, y la versión de Braxton Hicks ya no se usan con frecuencia, relegándose su uso únicamente cuando el feto es muy pequeño o cuando está muerto, pues generalmente se consideran feticidas. (4,20,27).*

La operación cesárea, generalizada en el medio obstétrico en los últimos años, como una forma electiva y absoluta para la resolución de cuadros patológicos ocasionados por la inserción viciosa de la placenta, se llevará a cabo tomando muy en consideración los lineamientos siguientes:

a) Estado general de la madre.
b) Grado de dilatación del cuello uterino.
c) Grado de inserción de placenta previa.
d) Bolsa de las aguas: rota e intacta.
e) Feto: 1) vivo y viable, 2) Muerto, 3) Vivo con escasa vitalidad o no viable (4,9).

Histerectomía abdominal, puede estar indicada raramente en casos graves de infección o de hemorragia incontenible aun con útero vacío (9), o bien cuando se asocia a placenta acreta.

Tratamiento Expectante:

Los autores basan su conducta en el hecho de que, en la placenta previa, las hemorragias iniciales y las subsiguientes, son raras veces fatales si no han existido manipulaciones vaginales, siempre y cuando la concentración de hemoglobina sea normal en el momento de la hemorragia. Como ya indicamos, estos hechos generales que justifican el tratamiento expectante están bien documentados por la experiencia. Teniendo en cuenta que el único propósito de la terapéutica expectante es permitir que los niños pequeños y prematuros tengan oportunidad para un mayor desarrollo intrauterino, no debe aplicarse a mujeres que están cerca del término o en quienes el niño pesa 2500g o más. Cuando el feto parece tan pequeño que la probabilidad de supervivencia es muy reducida, y cuando el parto no ha empezado, es posible adoptar una actitud expectante. Se introduce suavemente un espéculo para inspeccionar la vagina y el cuello y eliminar la posibilidad de las causas de la hemorragia, tales como rotura de várices o tumor cervical, pero no hay que explorar el canal cervical. Es preciso controlar cuidadosamente la hemoglobina y hematócrito. (4,8,27).

3) Asistencia en la Práctica Domiciliaria o Medio rural:

El transporte de inmediato de la paciente a un centro hospitalario, es la mejor conducta a realizar y colocando a la paciente en posición de Frisch, consistente en llevar las nalgas hacia abajo y hacer cruzar las piernas, colocando un paño esteril adelante de la vulva. (9,24).

4) Durante el Alumbramiento:

Después de la expulsión del feto, todavía no ha desaparecido el peligro de la hemorragia, en la placenta previa. Se deben tomar en cuenta como causa de hemorragia en el alumbramiento varios factores como: adherencias anormales, mala

contractura de la musculatura del segmento inferior del útero y falta de hemostasis fisiológica de los vasos nutricios del segmento uterino. (24).

La conducta a seguir en caso de presentarse el problema anteriormente señalado, será.

a) Legrado dígito instrumental a cielo abierto.

b) Administración de ocitócicos durante o después del legrado.

c) De continuar el sangrado, se recurrirá al pinzamiento de las arterias hipogástricas o a una histerectomía abdominal total si las condiciones lo permiten.

Es importante también en caso de hemorragia persistente, descartar un síndrome de coagulación intravascular de causa obstétrica (24).

Placenta Previa Acreta y su tratamiento:

La histerectomía abdominal total es recomendable como tratamiento de elección en los casos de Placenta Previa Acreta; se caracteriza esta complicación por imposibilidad de efectuarse el alumbramiento natural o artificial por la adherencia anormal de la placenta al útero no existiendo planos de separación entre útero y placenta. (3,16,17,19,23).

TRATAMIENTO INTERESANTE:

Sutura Circular del Cervix en la Placenta Previa:

En 1959, un obstétra noruego llamado Lövset, describió un método que él había estado usando por 10 años y que fue extremadamente efectivo, no solo porque paraba la hemorragia

masiva, sino que también permitía la continuación del embarazo hacia el término. El método consiste de una simple sutura circunferencial del cervix, que es usualmente aplicada como una bolsa de cuerda que encierra el cervix, en el fornix y sujetado dentro del tejido cervical. En una pequeña serie de pacientes con placenta previa se logró disminuir la cifra de prematuridad y mortalidad perinatal (1).

MATERIAL Y METODOS

A) **Material:**

1) *38 casos de placenta previa en el período comprendido entre el 1ro. de enero y el 31 de diciembre de 1978, en la Maternidad del Hospital Roosevelt, de los cuales se encontraron 37 papeletas, sobre las cuales se hizo la presente investigación, ya que una no estaba completa, siendo imposible trabajar en ella.*

B) **Método:**

1) *Consistió en la revisión retrospectiva de los casos de placenta previa que fueron detectados dentro del total de partos atendidos en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevetl durante el año de 1978.*

2) *Como complementación se efectuó una revisión bibliográfica de varias revistas médicas y libros de texto, con el propósito de tener un dato comparativo, de los cambios que se han suscitado en todo lo referente a placenta previa, según las investigaciones efectuadas. Las revistas especializadas fueron escogidas con ayuda del Index Medicus.*

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos, en la presente investigación se describen a continuación:

CUADRO No. 1

FRECUENCIA DE PLACENTA PREVIA:

	PARTOS	o/o
No. total de partos:	*14,123*	*100*
No. total de partos que se complicó con placenta previa:	*37*	*0.26*

Se observa que en el estudio de 14,123 partos en la Maternidad del Hospital Roosevelt, durante el período comprendido entre Enero 1ro., y Diciembre 31, 1978, hubo 37 casos en los que se diagnosticó placenta previa, lo cual da una frecuencia de 1:382 partos; los 37 casos corresponden a un 0.26o/o del total de partos.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION ETAREA:

EDAD	No. DE CASOS	o/o
16 - 20	*7*	*18.91*
21 - 25	*10*	*27.00*
26 - 30	*7*	*18.91*
31 - 35	*6*	*16.21*
36 - 40	*6*	*16.21*
41 - 45	*1*	*2.70*
Total:	*37*	*99.94*

Menor Edad: 16 años.
Mayor Edad: 42 años.
Promedio de Edad Materna: 29 años.

Como se puede observar en este cuadro la mayor frecuencia de edad estuvo comprendida entre las edades de 21-25 años, (27o/o), la menor frecuencia entre las edades de 41-45 años (2.7o/o). Más de la mitad (64.86o de los casos) correspondió a pacientes menores de 30 años.

CUADRO No. 3

PARIDAD:

PARIDAD	No. DE CASOS	o/o
Nulípara:	*0*	*-.-*
Primípara:(*)	*4*	*10.81*
Pequeña multípara:	*25*	*67.56*
Gran multípara:(**)	*8*	*21.62*
Total:	*37*	*99.99*

(*) De 2-4 partos.
(**) 5 ó más partos.

Menor Paridad: 1 parto
Mayor Paridad: 10 partos.
Promedio de Paridad: 5.5 partos.

Podemos observar en el cuadro No. 3, que la gran mayoría de pacientes fueron multíparas: 89.18o/o.

Asistencia Prenatal:

El 100o/o de las pacientes no tuvo asistencia prenatal.

Antecedentes Obstétricos:

Se encontró en un 8.10o/o el antecedente de cesárea; un 32.43o/o tenían antecedentes de abortos y solo el 10.81o/o tenían antecedentes de legrado. No hubo paciente alguno que tuviera antecedente de placenta previa.

Complicaciones Prenatales:

No se encontró evidencia alguna ya que ninguna de las pacientes tuvo control prenatal.

CUADRO No. 4

EDAD GESTACIONAL

SEMANAS DE GESTACION	No. DE CASOS	o/o
28 - 37	*18*	*48.64*
38 - 42	*19*	*51.35*
Total:	*37*	*99.99*

Menor tiempo de gestación: 31 semanas
Mayor tiempo de gestación: 40 semanas.
Promedio de tiempo de gestación: 35.5 semanas.

Como se puede observar en el cuadro No. 4, el 48.64o/o de los casos, el embarazo se resolvió antes de alcanzar el término, y un 51.35o/o fue resuelto con embarazo a término. Siendo el tiempo promedio de gestación de 35.5 semanas.

Para poder llevar a cabo el registro estadístico de edad gestacional, se tomó de cada papeleta, la edad gestacional referida, ya sea calculada por última regla; y estimada, por altura uterina, en los casos en que la paciente no refirió la fecha de última regla por no recordarla.

CUADRO No. 5

DATOS DE INGRESO
(Motivo e impresión clínica):

	No. DE CASOS	o/o
Motivo de Ingreso:		
1) Hemorragia Vaginal Indolora:	*27*	*72.97*
2) Hemorragia Vaginal y Trabajo de Parto:	*6*	*16.21*
3) Hemorragia Vaginal y Ruptura de Membranas:	*1*	*2.70*
4) Trabajo de Parto:	*1*	*2.70*
5) Toxemia:	*2*	*5.40*
Total:	*37*	*99.98*
Impresión Clínica:		
1) Placenta Previa:	*23*	*62.16*
2) Placenta Previa (comprobado por ingreso anterior):	*2*	*5.40*
3) Placenta Previa más Preclampsia:	*2*	*5.40*
4) Amenaza de Parto Prematuro:	*1*	*2.70*
5) Hemorragia del 3er. Trimestre:	*8*	*21.62*
6) Feto Valioso:	*1*	*2.70*
Total:	*37*	*99.98*

Motivo de Ingreso:

Como se puede ver en el Cuadro No. 5, el mayor porcentaje de pacientes consultó por la presencia de hemorragia vaginal (91.88o/o).

Impresión Clínica:

De todas las pacientes estudiadas solo a dos se les practicó tacto vaginal en admisión, pero las mismas no consultaron por hemorragia vaginal. Una consultó por trabajo de parto, la cual se le ingresó con impresión de amenaza de parto prematuro, pero durante su observación en un servicio de Maternidad presentó subitamente hemorragia vaginal intensa, por lo que en sala de operaciones con cesárea preparada se le practicó tanto vaginal, comprobándose placenta previa marginal siendo cesarizada. El otro caso fue una paciente cesarizada por pelvis estrecha, haciéndose el hallazgo intra operatorio de placenta previa central parcial.

A 67.56o/o (25 casos) se les confirmó impresión clínica de ingreso por tacto vaginal en sala de operaciones; a 8.10o/o (3 casos) se les efectuó en servicio tacto vaginal de los cuales el 2.7o/o (1 caso) se resolvió por cesárea y el 5.4o/o (2 casos) se les efectuó Maniobra de Puzos y parto vaginal posteriormente; 10.81o/o (4 casos) se confirmó impresión clínica únicamente por ultrasonido y 8.10o/o (3 casos) la impresión clínica se confirmó por tacto vaginal en sala de operaciones y ultrasonido.

Como se puede ver el 72.96o/o de pacientes se ingresaron con impresión clínica sin haber hecho tacto vaginal, sino solo basándose en la sintomatología referida o por evidencia de hemorragia vaginal, y es bastante satisfactorio, que se logró comprobar la sospecha.

CUADRO No. 6

TIPO DE PRESENTACION:

PRESENTACION	No. DE CASOS	o/o
Cefálica:	*29*	*76.31*
Podálica:	*6*	*15.78*
Hombros:	*3*	*7.89*
Total:	*38(*)*	*99.98*

(*) Un embarazo gemelar.

En un 23.67o/o se presentó presentación anómala, posiblemente condicionada por la placenta previa como lo refiere la literatura.

CUADRO No. 7

TIPO DE INSERCION DE PLACENTA PREVIA:

INSERCION	No. DE CASOS	o/o
Central Total:	*21*	*56.75*
Parcial:	*6*	*16.21*
Marginal:	*10*	*27.02*
Total:	*37*	*99.98*

Se observa en el cuadro No. 7, que la mayoría de los casos se encontró inserción central de placenta, lo cual corresponde a un 72.96o/o.

CUADRO No. 8

RESOLUCION DEL CASO:

RESOLUCION	No. DE CASOS	o/o
Cesárea:		
a) Segmentaria:	*29*	*78.37*
b) Segmento-Corporea:	*5*	*13.51*
c) Cesárea e Histerectomía	*1*	*2.70*
Vía vaginal:		
a) Maniobra de Puzoz y Parto Eutocio Simple:	*2*	*5.40*
Total:	*37*	*99.98*

Como puede verse en el cuadro No. 8 que la mayoría 94.59o/o se resolvió quirúrgicamente. Los factores que contribuyeron a esta alta cifra de intervención por vía alta, se mencionan a continuación:

a) Tipo de inserción placentaria
b) Intensidad de Hemorragia Vaginal
c) Sufrimiento Fetal (10.52o/o).

Esto nos hace deducir que, no solamente las placentas previas centrales se resuelven generalmente en forma quirúrgica; sino que, hay factores que obligan en un momento dado a que pacientes con inserción marginal deban cesarizarse.

Una paciente con embarazo gemelar cesarizada presentó atonía uterina irreversible por lo que fue necesario histerectomizarla.

Las condiciones de cesárea corporea fueron por: dificultades técnicas en segmento (mal segmento y várices).

Al 59.45o/o del total fue necesario transfundirlas. El promedio de sangre transfundida fue de 1250 cc. El promedio de hemoglobina post-parto fue 8.44g, entre las pacientes que fueron transfundidas.

CUADRO No. 9

TIPO DE ANESTESIA EMPLEADA:

ANESTESIA	No. DE CASOS	o/o
General:	*32*	*86.48*
Epidural:	*3*	*8.10*
No anestesia:	*2*	*5.40*
Total:	*37*	*99.98*

Las dos pacientes que no recibieron anestesia, tuvieron como tratamiento: Maniobra de Puzos y parto vaginal posterior.

CUADRO No. 10

PUERPERIO MATERNO:

	No. DE CASOS	o/o
1) *Tipo:*		
a) Puerperio Normal:	*28*	*75.67*
b) Puerperio Patológico:	*9*	*24.32*
2) *Complicaciones:*		
a) Endometritis:	*4*	*10.81*
b) Infección Urinaria:	*3*	*8.10*
c) Ileo Paralítico:	*1*	*2.70*
3) *Días de Hospitalización:*		
a) De 1 a 10 días:	*34*	*91.89*
b) De 11 a 20 días:	*2*	*5.40*
c) De 21 a más:	*1*	*2.70*
4) *Estado de la Madre al Egreso:*		
a) Satisfactorio:	*37*	*100.00*
b) Fallecidas:	*0*	*0.00*

Menor tiempo de hospitalización: 1 día
Mayor tiempo de hospitalización: 34 días
Promedio de tiempo de hospitalización: 17.5 días.

Una de cada 4 pacientes tuvo puerperio patológico y la causa más frecuente de este último fue endometritis.

En lo que respecta a días de hospitalización, el 91.89o/o de las pacientes, estuvo comprendido entre 1 a 10 días; el menor tiempo encontrado fue de 1 día y el mayor fue de 34 días; dando un promedio de días de hospitalización de 17.5 días. La causa de mayor duración del tiempo de hospitalización fueron las infecciones.

CUADRO No. 11

PESO FETAL:

PESO	PRODUCTOS	o/o
Menos de 2 lbs. 2 onz.:	*1*	*2.63*
2 lbs. 3 onz. a 5 lbs. 8 onz.:	*17*	*44.73*
5 lbs. 9 onz. en adelante:	*20*	*52.63*
Total:	*38(*)*	*99.99*

(*) Embarazo gemelar.

Menor Peso: 1 lb. 13 onz.
Mayor Peso: 7 lbs. 14 onz.
Promedio de peso: 4 lbs. 13 onz.

47.36o/o de recién nacidos fueron prematuros por peso.

Si comparamos este resultado con el obtenido en edad gestacional (48.64o/o de premadurez) vemos que prácticamente coincíden.

CUADRO No. 12

CONDICIONES AL NACER:

APGAR AL MINUTO	PRODUCTOS	o/o
7 a 10 (Excelentes condiciones):	*18*	*50.00*
4 a 6 (Deprimido):	*12*	*33.34*
Menos de 4 (Asfixia Severa):	*6*	*16.66*
Total:	*36(*)*	*100.00*

(*) 36 nacieron vivos y 2 muertos.

La mitad de recién nacidos, nacieron en malas condiciones (Apgar menos de 7) necesitando asistencia pediátrica intensiva y de ellos el 11o/o (2 recién nacidos) falleció.

CUADRO No. 13

MORBILIDAD FETAL:

	No. DE CASOS (de 36)(*)	o/o
a) Circular al cuello:	*2*	*5.50*
b) Anomalías Congénitas:	*1*	*2.75*
c) Bronconeumonía por Aspiración:	*1*	*2.75*
d) Asfixia Perinatal:	*18*	*50.00*
e) Premadurez:	*18*	*50.00*

(*) 36 nacidos vivos.

Es evidente en el cuadro No. 13, que el mayor porcentaje de morbilidad fetal fue ocasionado por premadurez y asfixia perinatal.

Mortalidad Fetal:

En lo que respecta a la mortalidad perinatal total en esta investigación, se registró un 10.52o/o (4 niños) de donde dos nacieron muertos y dos fallecieron durante su hospitalización.

CONCLUSIONES

1) *La frecuencia del embarazo complicado con placenta previa en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, en el año de 1978, es de 1:382 partos, la cual es inferior a la reportada en 1973 en el Hospital General San Juan de Dios, que fue de 1:292 (9) y casi similar al reporte de 1963 en el Hospital Roosevelt de 1:329 (9).*

2) *Se encontró que la placenta previa fué más frecuente en mujeres jóvenes ya que 24 pacientes o sea, el 64.86o/o tenía menos de 30 años y además el promedio de edad fue de 29 años.*

3) *En lo que respecta a la paridad, se obtuvo que el 89.18o/o fueron pacientes multíparas.*

4) *El 100o/o (37 casos) no tuvo control prenatal.*

5) *En cuanto a factores que contribuyeron a la etiología de placenta previa, 51.34o/o de pacientes presentaron antecedentes de alguno de estos (8.10o/o cesárea, 32.43o/o abortos y 10.81o/o legrados).*

6) *Hay un alto porcentaje de premadurez asociado a placenta previa ya que el 48o/o de recién nacidos pueden considerarse prematuros tanto por edad gestacional como por peso.*

7) *El motivo de ingreso más frecuente encontrado fue la hemorragia vaginal en un 91.88o/o.*

8) *La placenta previa fue sospechada clínicamente en un 72.96o/o de pacientes.*

9) *El método diagnóstico más usado fue el tacto vaginal en sala de operaciones en un 78.37o/o (29 casos) y tan solo en un 10.81o/o (4 casos) se empleó ultrasonido.*

10) *En un 23.67o/o se encontró presentación viciosa.*

11) *Hubo predominio de inserción placentaria central (total: 56.75o/o y Parcial: 16.21o/o) en un 72.96o/o, siendo un factor decisivo para la resolución del caso.*

12) *El 94.59o/o de los casos se resolvió por cesárea y en vista de los buenos resultados obtenidos. Es interesante hacer notar que el tratamiento ha sido más efectivo, desde que se emplea con mayor libertad, la operación cesárea, lográndose disminuir la mortalidad materna, pero en lo que respecta al feto es muy relativo por la frecuencia con que se encuentra asociada la premadurez.*

13) *Dos de cada 3 pacientes fue necesario transfundir por la intensidad de la hemorragia.*

14) *Una de cada 4 pacientes tuvo puerperio patológico. La causa principal fue endometritis en un 10.81o/o.*

15) *El 100o/o de las pacientes egreso en condiciones satisfactorias.*

16) *El 50o/o de los recién nacidos vivos, nacieron con Apgar menor de 7, y 11o/o de estos falleció*

17) *La morbilidad fetal estuvo dada principalmente por premadurez y asfixia perinatal.*

18) *Solo, se reportó un recién nacido con anomalías congénitas (2.63o/o).*

RECOMENDACIONES

1) *Lograr fomentar el control prenatal para que así se pueda detectar a tiempo cualquier complicación del embarazo que pueda poner en peligro, tanto la vida del feto como de la madre.*

2) *Que toda paciente que sangre durante el 3er. trimestre sea evaluada por ultrasonografía y así poder determinar si existe placenta previa.*

3) *Que toda paciente con placenta previa tenga un plan educacional acerca del tipo de patología que presenta, los síntomas por los que debe consultar y los riesgos que conlleva para que así la morbi-mortalidad del binomio madre-feto sea lo más baja posible.*

4) *No examinar por vía vaginal a una paciente que presente hemorragia vaginal leve durante el 3er. trimestre, a no ser que esta sea considerable y que se cuenten con los medios quirúrgicos adecuados para atender de inmediato cualquier complicación que de ello derive.*

5) *Debe tipificarse la sangre de la paciente o por si fuera necesario transfundirla.*

6) *En una paciente durante el cuadro de hemorragia deben controlarse estrictamente los signos vitales maternos y la frecuencia cardiaca fetal ya que cualquier anormalidad en los mismos podría indicar cesárea.*

7) *En todo caso, sea cual fuere la vía del parto, deberá estar presente el pediatra ya que la mayoría de veces se presenta asfixia perinatal o bien premadurez.*

8) *El examen macroscópico de la placenta después del alumbramiento debe realizarse cuidadosamente ya que orienta a posteriori, sobre el tipo de placenta previa.*

9) *Educar en el área rural al grupo de comadronas sobre este tipo de patología, para que la paciente sea referida a un centro quirúrgico para diagnóstico y tratamiento.*

BIBLIOGRAFIA

1) *Friesen, Bo von. Encircling Suture of the Cervix in Placenta Praevia. Acta Obstet. Gynec. Scand. 183-185 1972.*

2) *Gustafson, Hans. et. al. Placenta Praevia and Abrupto Placentae Acta Obstet Gynec. Scand. 53: 235-241 1974.*

3) *Kistner, Robert W.M.D. Placenta Previa Accreta. Am. J. Obst. & Gynec. 100 (5): 727-731, March 1, 1968.*

4) *Hibbard, Lester T. M.D. Placenta Previa. Am. J. Obst. & Gynec. 104 (2): 172-184, May, 15, 1969.*

5) *Kalstone, Charles E. M.D. Couvelaire uterus and placenta previa Am. J. Obst. & Gynec. 105 (4): 638-639, October 15, 1969.*

6) *Schlesinger, Edward R. The impact of placenta previa on survivorship of offspring to four years of age. Am. J. Obst. & Gynec. 116 (5): 657-660, July 1, 1973.*

7) *Horger, Edgar O. M.D. et. al. Ultrasonic diagnosis of low implantatión preceding placenta previa. Am. J. Obst. & Gynec. 120 (8) 1119-1120, December 15, 1974.*

8) *Brenner, William e. M.D. et. al. Characteristics of patients with placenta previa and results of "expectant management". Am. J. Obst. & Gynec. 132 (2): 180-191, September 15, 1978.*

9) *Cantoral Campos, Ennio Alfredo. Placenta previa en el departamento de Obstetricia Hospital San Juan de*

Dios, revisión de 40 casos. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Junio 1973, 42p.

10) *Stevenson, Charles S. Técnica radiológica de tejidos blandos para diagnosticar placenta previa. Clín. Obs. y Gineco. pp. 75-91 Marzo 1966.*

11) *Abdul-Karim, Raja W. et. al. Hemorragia y choque preparto. Clín. Obs. y Ginec. pp. 533-541, Septiembre 1976.*

12) *Abdul-Karim, Raja W. et. al. Ultrasonido en placenta previa. Clín. Obs. y Ginec. pp. 345 Vol. No. 2, 1978.*

13) *Abdul-Karim, Raja W. et. al. Valoración de la paciente por ultrasonido como método diagnóstico. Clín. Obs. y Ginec. pp. 10-13, 1974.*

14) *Utegenova, K.D. et. al. Morphological and histological changes of uterine wall and placenta in cases of placenta praevia and early interruption of normal one. International Journal of Gynec. & Obst. pp. 131-132, March 1970.*

15) *Maeder, H.P. et. al. Placenta Praevia increta and increased choríonic-gonadotrophin excretion. The Lancet 2 (7724): 604, Sept. 11, 1971.*

16) *Jewett, John Figgis. M.D. Placenta previa and accreta. The New England Journal of Medicine 285 (5): 858-859, Oct. 7, 1971.*

17) *Ochshorn, Ariel. M.D. et. al. Placenta previa accreta. Obstetrics and Gynecology 33 (5): 677-679, May, 1969.*

18) *Gabert, Harvey A. M.D. Placenta previa and fetal growth. Obst. & Gynec. 38 (3): 403-406, Sept. 1971.*

19) *Nye, E.B. et. al. Per-placental vaginal delivery with central placenta praevia accreta. Obst. & Gynec. 41 (6): 851-853, June 1973.*

20) *Pirnazar, Rahmatoliah. M.D. Bipolar version in the Management of hemorrhage from placenta previa. Obst. & Gynec. 42 (3): 480-481, Sept. 1973.*

21) *Scheer, Kenneth. M.D. Ultrasonic diagnosis of placenta previa. Obst. & Gynec. 42 (5): 707-709, Nov. 1973.*

22) *Wexler, Paul. M.D. et. al. Second trimester placenta previa. Obst. & Gynec. 50 (6): 706-709, December 1977.*

23) *McHattie, Tj. Placenta previa accreta. The Searle Review of Obst. & Gynec. Literature pp. 147, 1973.*

24) *Schwarcz, Ricardo, Sala Silvestre., y Duverges, Carlos. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. En su: Tratado de Obstetricia 3ra. reimpresión 1975 3a. ed. 1970 pp. 519-529.*

25) *Kingston, H.G.G. Obstructed tilting disc. mitral valve prosthesis associated with placenta praevia, Thorax 32 (2): 210-211, April 1977.*

26) *Greenhill. Placenta previa. Year book of Obst. & Gynec. pp. 160n, 1972.*

27) *Williams. Placenta previa y abrupto placentae. Tratado de Obstetricia. 4a. reimpresión 1976. 1a. ed. 1973. pp. 530-542.*

Br. JOSE GONZALO ANZUETO BURGOS

Asesor
Dr. CARLOS SOTO

Revisor
Dr. JOSE LUIS CHACON MONTIEL

...tor de Fase III
Dr. JULIO DELEON MENDEZ

Secretario General
Dr. RAUL A. CASTILLO R.

Vo.Bo.

Decano