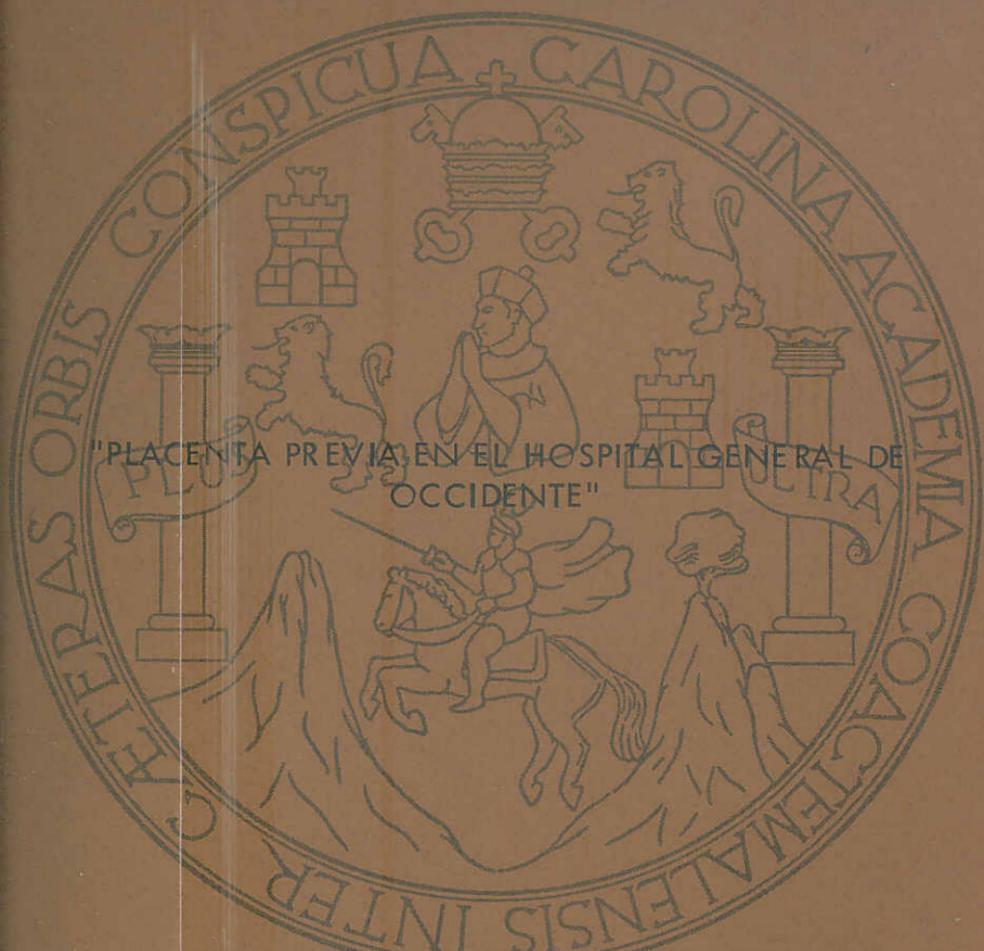


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



OSCAR HUMBERTO PIEDRASANTA PALACIOS

Guatemala, Abril de 1981.

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II ANTECEDENTES
- III OBJETIVOS
- IV REVISION DE LITERATURA
- V MATERIAL Y METODOS
- VI PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- VII CONCLUSIONES
- VIII RECOMENDACIONES
- IX BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Siendo la placenta vital para la supervivencia del feto, ya que por medio de ésta, realiza funciones tales como: Respiración, excreción, y obtención de elementos nutritivos necesarios para su crecimiento y desarrollo, creo de importancia su sitio de implantación, ya que cuando ésta ocurre en el segmento inferior del útero (Placenta Previa), puede alterar el curso normal de embarazo, especialmente en el tercer trimestre, lo que puede llevar a ocasionar serios problemas y hasta la muerte tanto materna como del producto.

De lo anteriormente expuesto, nació en mí la inquietud de efectuar el presente estudio de tesis, sobre placenta previa en el Hospital General de Occidente, con el propósito de proporcionar una síntesis de los conocimientos actuales de éste tema, así como proporcionar un aporte más al estudio de la patología obstétrica, una actualización en nuestro medio, de la incidencia de placenta previa, sus diferentes factores asociados como causas contribuyentes en su etiología, la terapéutica usada, y los resultados obtenidos. Y que también puede servir de referencia útil para futuras investigaciones.

ANTECEDENTES

En relación al presente trabajo, no se encontró ningún estudio previo que se haya efectuado sobre este tema en el Hospital General de Occidente.

En el país se han realizado los siguientes estudios:

- 1.- Fuente S. Eduardo
Algunas consideraciones sobre placenta previa.
Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala 1955.
- 2.- Pérez Jacobo, Jorge.
Contribución al estudio de la placenta previa.
Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala 1959.
- 3.- Sagastume y Sinibaldi, Edmundo Alberto.
Placenta Previa (Estudio de 200 casos). Tesis.
Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala 1963.
- 4.- Cantoral Campos, Emio Alfredo.
Placenta previa en el Departamento de Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios (Revisión de 40 casos). Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala 1973.
- 5.- Anzueto Brugos, José Gonzalo.
Placenta Previa en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt (Revisión de 37 casos durante 1978). Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala 1979.

- 6.- Barillas Hernández, César Augusto.
Estudio retrospectivo y analítico de Placenta Previa en el Hospital Regional de Jutiapa. Tesis.
Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1980.

Fue hasta 1908, en que Kroning y Selhaim, establecen definitivamente la importancia de cesarizar a las pacientes que presentaban una hemorragia patológica del tercer trimestre del embarazo.

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, recomendó el empleo liberal de la transfusión sanguínea y la ejecución más frecuente de la cesárea. Señalo 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 sola al:

- 1) Reponer la sangre pérdida
- 2) Expulsar el feto en una forma que originará la mínima pérdida de sangre durante el parto, y el menor peligro de hemorragia 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, 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.

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 hemorragia de intensidad variable. La hemo-

rragia, aunque frecuente, puede no estar presente en el proceso, existiendo por lo tanto formas anatómicas sin expresión clínica. Muchas veces hay una inserción en el segmento inferior de una pequeña porción de la placenta, sin que ello de patología alguno, se designan estos casos como de inserción baja y se reserva el nombre de placenta previa para las que implantadas en el segmento inferior, en una zona más baja del mismo - confieren al embarazo un carácter netamente patológico.

CLASIFICACION:

La implantación de la placenta previa presenta una serie de variedades:

- 1.- Placenta previa total: El orificio interno está totalmente cubierto por la placenta.
- 2.- Placenta previa parcial: El orificio interno está parcialmente cubierto por la placenta.
- 3.- Placenta previa marginal: Cuando la placenta invade el margen del orificio interno en una considerable extensión, sin extenderse más allá de él.
- 4.- Placenta previa lateral o de inserción baja: Cuando la placenta se inserta en el segmento inferior, sin llegar al borde del orificio interno del cuello.

FRECUENCIA:

La placenta previa es una complicación bastante grave, pero poco frecuente, que se observa una vez en cada 200 partos o una por cada 500 ó 600 embarazos, para otros autores la frecuencia -

varia de 0.4% a 1%; y otros de 1 en 126.

Es más frecuente en multíparas que en las primíparas, es rara la repetición del proceso en embarazos ulteriores, aunque para otros autores las posibilidades de presentar una placenta previa subsiguiente si el embarazo llega a término, es de 6 entre 100, ó 12 veces la incidencia general.

ETIOLOGIA:

Poco se conoce acerca de la causa de la placenta previa. Sin embargo, la multíparidad y la edad avanzada parecen favorecer su aparición. Pero, la edad más que la paridad, parece ser el factor predisponente de mayor importancia, y esto puede ser debido a una serie de factores que mencionaremos a continuación:

Uno de los factores más importantes en el desarrollo de la placenta previa parece ser una vascularización deficiente de la decidua, posible resultado de alteraciones inflamatorias o atróficas como lo menciona Strasman, lo que hace que halla un aprovisionamiento pobre para la implantación de la placenta, obligándola a expandirse sobre una superficie más larga que lo usual, para suplir sus necesidades.

La esclerosis del endometrio suele aumentar con la edad o los embarazos repetidos en rápida sucesión. Cuando queda limitada la irrigación placentaria, la placenta compensa a veces este fenómeno extendiéndose en una zona mayor del útero. Si lo hace por su parte inferior se aproxima a la región del orificio interno y lo recubre total o parcialmente.

Otros factores que se mencionan son las lesiones de la mucosa uterina, tales como endometritis del cuerpo del útero, frecuentes abortos y legrados. También es importante mencionar la incidencia de placenta previa en pacientes que han curado de incisiones uterinas, después de operaciones como cesáreas, histerotomías, miomectomías o metroplastías en que es bastante común encontrar que subsecuentes sitios placentarios incluyen el área de las cicatrices. También hay un aumento de la placenta previa en pacientes con partos previos por cesárea anterior, sea que la incisión uterina fue vertical o transversal; esto puede ser resultado de alteraciones en el suministro de sangre al área y de cambios en la calidad y profundidad del endometrio disminuyendo por ello en alto grado las posibilidades de nutrición del huevo, por ende, éste no se anida en la parte superior del cuerpo del útero, sino que se localiza hacia abajo en la región del segmento inferior.

Existen algunas teorías que intentan explicar la implantación viciosa de la placenta entre ellas podemos mencionar la que se refiere a la época de la aparición de la capacidad de fijación del trofoblasto; que si ésta es tardía, la anidación de la placenta se realizará en el segmento inferior del útero.

La otra teoría que mencionaremos es la de Hofmeier, llamada refleja que explica: 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, en cambio sufrirán un proceso de atrofia hasta constituir el corion liso. Pero si el endometrio presenta algún proceso patológico, las vellosidades destinadas a la atrofía no lo harán, constituyéndose la placenta en la caduca refleja, siendo el resultado de la ubicación inferior de la placenta.

ANATOMIA PATOLOGICA:

En el segmento inferior se observan grandes lagos venosos que impresionan al operador cuando los ve por transparencia por la serosa. Las vellosidades anidando en zonas no aptas para estas fusión penetrán, a veces excesivamente, hasta el propio músculo, dando una placenta previa accreta.

El aspecto morfológico de la placenta la muestra con caracteres un tanto distintos a los de la placenta normal, porque suele ser más grande, más delgada y más irregular y en la zona que fue previa se ven los cotiledones más aplanados, decolorados y deslustrados, las membranas son gruesas, frágiles y rugosas, el cordón se inserta con frecuencia excéntricamente.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

El incidente más característico de placenta previa es la hemorragia; este síntoma adquiere en este proceso tal importancia, que, excluidas las causas extragravídicas de metrorragia, de orden ginecológico o clínico; entre las gravídicas del final del embarazo, presenta una frecuencia de más del 90% de los casos. 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. Otra de las características de la hemorragia es que es indolora y, aparece por lo general sin previo aviso en una mujer embarazada que hasta entonces había disfrutado de una excelente salud. En ocasiones se manifiesta por primera vez cuando la paciente está durmiendo.

Otra característica es que la hemorragia suele aparecer por primera vez en el último trimestre del embarazo, o sea hacia el séptimo u octavo mes, y más especialmente entre la 33 y 34 semanas de embarazo. La hemorragia inicial rara vez es tan profusa y abundante que pueda provocar la muerte de la enferma. En general, cesa en forma espontánea para aparecer en el momento más inesperado. En otros casos la hemorragia no cesa del todo, la presencia continua de una leucorrea sanguinolenta, a veces debilita tanto a la paciente que puede bastar una pequeña hemorragia aguda sobre añadida para causar la muerte. En ciertas proporción de casos, sobre todo con placenta de implantación baja, la hemorragia no aparece hasta el comienzo del parto, y en este caso es posible que varíe desde una ligera leucorrea sanguinolenta hasta una hemorragia profusa.

Otra característica de la hemorragia es que suele ser líquida roja y rutilante.

La causa de la hemorragia se comprende fácilmente si se tiene en cuenta los cambios que sobrevienen en las últimas semanas de gestación y en el momento del parto. Cuando la placenta está situada sobre el orificio interno, la formación del segmento inferior y la dilatación del orificio interno dan lugar al inevitable desgarramiento de las conexiones placentarias, que va seguida por hemorragia de los vasos uterinos. La hemorragia aumenta porque las fibras musculares del miometrio del segmento inferior, excesivamente distendidas, son incapaces de comprimir los vasos desgarrados, como ocurre cuando la placenta implantada normalmente se separa durante el tercer período del parto. La metrorragia proviene de los vasos parietales y de la superficie placentaria desprendida.

Teniendo en cuenta que la placenta previa ocupa la parte inferior de la cavidad uterina, puede interferir el acomodamiento de la cabeza fetal y por lo mismo dá lugar a presentaciones anormales, Schmitz, O Dea e Isaacs, por ejemplo encontraron presentaciones de hombros en un 9% de sus casos, presentación de nalgas en un 16% y de vertice solamente en un 70%. Y cuando la presentación es cefalica esta suele estar muy alta.

Las membranas se rompen con más frecuencia precozmente por su fragilidad, y esto, unido a la situación viciosa del feto, crea circunstancias favorables para el prolapso de cordón, y al parto prematuro.

El alumbramiento puede costar por adherencias excesivas, debidas a que siendo insuficiente la reacción decidua del segmento inferior, hay frecuentemente una cierta penetración en la muscular.

DIAGNOSTICO CLINICO:

En pacientes con hemorragia uterina durante el último tercio del embarazo, hay que sospechar una placenta previa o una abruptia. La posibilidad de una placenta previa no debe descartarse, hasta que una cuidadosa exploración haya demostrado su ausencia. Por desgracia, el diagnóstico no puede hacerse clínicamente a menos que se introduzca un dedo a través del cuello y se palpe la placenta. Pero el tacto vaginal en principio está proscrito, ya que puede movilizar cotiledones y coágulos formados, incrementándose la hemorragia con grave riesgo para la paciente. Pero no obstante el peligro de este procedimiento, en caso de decidir una conducta de urgencia, se puede efectuar pero

en sala de operaciones, bajo condiciones asepticas, vena canalizada, anestesia disponible, equipo necesario para una posible intervención, por las complicaciones que encierra el mismo. Por lo tanto esta exploración no es prudente a menos que el parto este ya muy cercano, o el feto ya sea viable, o que la hemorragia sea tan severa como para exigir la evacuación del útero a pesar del pequeño tamaño del feto, pues el trauma puede causar una hemorragia de tal intensidad que haga necesario provocar inmediatamente el parto.

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

Si se han satisfecho todas las exigencias clínicas y técnicas, puede practicarse la exploración pélvica. Primero hay que inspeccionar y palpar el cuello. En casos de placenta previa suele ser más edematoso y el canal cervical está anormalmente abierto por lo cual el dedo examinador pasa con facilidad. La característica masa placentaria, de consistencia esponjosa y ligeramente arenosa, interpuesta entre el dedo del explorador y la cabeza fetal puede palparse con dificultad.

METODOS DIAGNOSTICOS:

La localización de la placenta, en casos de sospecha de placenta previa, es importante solamente en ciertas circunstancias. Después que el feto haya alcanzado los 2500 g. o 3 semanas antes de la fecha probable del parto, los índices de mortalidad neonatal no mejoran mucho por el desarrollo

intrauterino ulterior. En estos casos, hay que determinar la causa de la hemorragia vaginal mediante la exploración pélvica. Las ayudas diagnósticas son puramente académicas, ya que si se descubre una placenta previa, el parto debe llevarse a cabo con rapidez. Si existe una hemorragia grave, el diagnóstico ha de efectuarse pronto, por expulsión directa, para controlar la hemorragia durante el parto.

Lo ideal es que el procedimiento de diagnóstico sea cuidadoso sencillo y sin peligro. Es preciso establecer la diferencia entre la placenta previa parcial o total.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO:

Para localizar la placenta, pueden emplearse varias técnicas radiográficas, estas incluyen:

Rayos X de los tejidos blandos:

Mas o menos en 1928, 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. En algunos casos de embarazo tardío, este es ayudado por el hecho de que la placenta a sufrido calcificación. Este método proporciona un diagnóstico correcto en el 85% de los casos. A menudo el método falla cuando es necesario como en el hidramnios, gestación múltiple y obesidad. Por lo tanto, el diagnóstico de placenta de localización posterior tiene que hacerse por exclusión.

Método Posicional:

En 1941 Ball y Golden señalan que en las radiografía 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 medio sagital. En cambio, cuando la cabeza fetal no se descubre en estos planos, y la parte más baja del cráneo fetal quede 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 un tumor del recto, la masa visualizada corresponde a la placenta. Se obtiene mayor información algunas veces inyectando material radio-opaco dentro de la vejiga o la cavidad amniótica (cistografía y amniografía) y mediante presión manual sobre la parte presentada, en un intento por cerrar cualquier aparente abertura entre ella y la pelvis. Positivamente no localiza la placenta sino meramente expone si hay o no espacio entre señales óseas fetales y pélvicas que podrian estar ocupadas por una placenta previa de espesor normal.

Aortografía 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. Es un método exacto, pero, tiene la desventaja teórica de exigir una inyección en la arteria femoral materna y radiografía seriadas.

DIAGNOSTICO RADIOISOTOPICO:

Mediante la inyección endovenosa de isótopos radiactivos en la circulación materna, el diagnóstico se basa en la mayor radiación del área que corresponde a la placenta.

Los procedimientos con isótopos son seguros y de gran precisión pero no siempre son capaces de diferenciar entre placenta colocada en situación anterior o posterior, o entre las variedades total o parcial. Estos métodos tienen además el inconveniente de requerir un isótopo que sea fácil de obtener. La mayor parte de técnicas utilizan albúmina sérica marcada con yodo radiactivo (I 132) o tecnecio (99m Tc). Estos isótopos poseen vida media de 2 1/2 y 6 horas respectivamente. Con este método hay menor radiación de la madre y el feto, que la producida por la placentografía radiográfica. Mediante esta técnica la placenta se visualiza con prontitud en el segundo trimestre e inicio del tercero, punto muy importante ya que es la placentografía temprana la que resulta de mayor utilidad.

DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO:

Los estudios sobre la localización de la placenta por ultrasonido fueron iniciados por Gottesfeld y colaboradores en Denver, quienes indicaron la existencia de resultados exactos en un 97%. En la actualidad la técnica ultrasonica de la localización placentaria excede en utilidad a los demás métodos. Es muy precisa no entraña problema de radiación, y no se acompaña de lesión fetal alguna, lo cual permite exámenes repetidos.

La cara coriónica de la placenta es claramente visible en el ecograma como una línea blanca más o menos continua. Los ecos intraplacentarios producidos por la sangre y vellosidades en la sustancia placentaria son

característicos. La pared uterina y la región del orificio interno están claramente definidos. Aunque los ecos intraplacentarios de una placenta localizada posteriormente están algo más disminuidos, no suele existir dificultad para localizar estas estructuras. A menudo, es posible determinar el grado en que la placenta cubre el orificio interno. La ecografía localizada la placenta con una precisión de más del 95%.

Ahora la placenta previa se diagnostica 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 la foto se obtiene con la vejiga llena puede cometerse un error diagnóstico ya que cuando la vejiga está vacía los centellos pueden revelar que la placenta se a desplazado alejándose del cuello, permitiendo que decienda la parte fetal que se presenta, lo que claramente demuestra lo erróneo del diagnóstico anterior de placenta previa.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Debe excluir en primer término toda hemorragia de origen ginecológico, entre las cuales se consideran especialmente: La exocervicitis hemorrágica, el cancer del cuello del útero y ruptura de varices vaginales, estas últimas con frecuencia de origen gravídico. La observación directa con espejulo, que en todo caso de duda debe realizarse, permitirán excluir estos procesos.

El diagnóstico diferencial debe hacerse primariamente con el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta (DPPNI) la cual también se manifiesta por hemorragia en el último trimestre de la gestación. Aunque en este proceso los caracteres de la hemorragia en si y los restantes signos que la acompañan difieren sensiblemente de los de la placenta previa. Las pér

didadas sanguíneas en la placenta previa no se acompañan de dolor, en el DPPNI, siempre es dolorosa, dolor continuo, como puñalada, en el sitio del desprendimiento, el útero es tenso, hipertónico, leñoso, la hemorragia -- por lo general es de color negrusca y se acompaña de algunos coágulos, el feto con frecuencia está muerto; mientras que en la placenta previa, el útero se palpa fácilmente y el foco fetal se escucha con facilidad. En el DPPNI se presenta casi siempre en pacientes toxémicas o después de un traumatismo abdominal.

De Lee condensó de modo esquemático los diversos signos y síntomas diferenciales, de modo bastante elucido en el cuadro siguiente:

DESPRENDIMIENTO PRE MATURO

- A) Ataque súbito, ruidoso
- B) Dolor griteo. Localizado en el sitio placental.
- C) Hemorragia interna o externa después de cierto tiempo.
- D) Hemorragia general grave.

PLACENTA PREVIA

- A) Ataque prodrómico, en silencio
- B) Ausencia de dolor cuando no hay contracciones uterinas.
- C) Hemorragia siempre externa, desde el inicio!
- D) Hemorragia de inicio generalmente ligera.

- E) Generalmente una sola pérdida hemorrágica.
- F) Posible verificación de la causa responsable.
- G) Fenómenos generales desproporcionales a la cantidad de la sangre pérdida.
- H) Cese de los movimientos fetales.
- I) Hemorragia continua, cesando algunas veces durante las contracciones uterinas.
- E) Varias pérdidas hemorrágicas.
- F) Hemorragia comunmente sin causa apreciable.
- G) Fenómenos generales proporcionales a la pérdida sanguínea.
- H) En general no hay alteración
- I) La hemorragia generalmente cesa excepto en la variedad central.
- J) La hemorragia aumenta durante las contracciones uterinas.

SIGNOS

- 1) Abdomen distendido, tenso y doloroso a la palpación.
- 2) Útero tenso, leñoso, no dejado percibir al feto.
- 3) Ausencia de ruidos cardíacos fetales.
- 4) No se percibe la placenta por el tacto.
- 1) Abdomen como en la gravidez normal.
- 2) Útero de consistencia normal.
- 3) Foco fetal casi siempre presente.
- 4) La placenta se percibe fácilmente.

PRONOSTICO:

En la placenta previa el pronóstico es grave tanto para la madre como para el feto:

A) Mortalidad Materna:

Es importante mencionar que las altas cifras de mortalidad materna, otrora elevadas hasta el 40%, hoy han disminuido sensiblemente, al punto que pueden conciderarse cifras muy inferiores a la anotada, oscilando entre el 1 y el 2%. Esta mejoría, tendio a iniciarse en 1927, cuando Bill aconsejo una transfusión adecuada y cesárea en el tratamiento de la placenta previa. Con un adecuado tratamiento y una rápida hospitalización, el índice de muertes maternas por placenta previa puede aproximarse a 0%. El pronóstico no es tan bueno en países en fase de desarrollo, donde el índice de muertes maternas excede a veces el 15%.

La causa de muerte por placenta previa en orden de frecuencia resultan de: Hemorragia, Sepsis, Ruptura Traumatica del Utero y de Embolismo Gaseoso.

Hemorragia: Peligro que amenaza a la enferma durante el embarazo, ya que la hemorragia antepartum en si puede resultar fatal; en el parto y en el alumbramiento. La hemorragia severa post-partum, en pacientes con placenta previa puede ocurrir con la presencia de un útero bien contraído lo mismo que de atonia.

Sepsis: Debido a la vecindad del foco del proceso con la zona septica vaginal.

Ruptura del Utero: Es generalmente resultado de violencias externas por la situación, así como en los desgarros

del cuello y segmento inferior, muy frecuente en las tentativas de aceleración forzada del parto vaginal, debido a la friable de la región a causa de la incerción de la placenta.

Embolia Gaseosa: Es un accidente excepcional.

B) Mortalidad Fetal:

Es bastante más acentuada que la materna; asciende hasta el 60% si se incluye los fetos prematuros, para descender al 30% si sólo se concideran los viables. También aquí el mejoramiento de la terapéutica, especialmente la quirúrgica, ha hecho disminuir más sensiblemente aún las cifras de mortalidad a cifras promedio del 10%.

A partir de 1945, cuando Macafee y Johnson sugirieron independientemente el tratamiento expectante, una tendencia similar se he evidenciado en las pérdidas perinatales, indicando en la actualidad unas pérdidas perinatales entre el 15 y 20%. La prematuridad plantea todavía un formidable problema, ya que solo 1/4 de todas las pacientes con placenta previa pueden recibir un tratamiento expectante. La mitad, ya están casi al término de su gestación, y en la mitad de los casos restantes, el parto es forzado por las contracciones uterinas o por una hemorragia profusa. La hemorragia grave explica el incremento en casi 4 veces, de las pérdidas perinatales en casos de placenta previa total.

Las mayores causas de muerte fetal con placenta previa son: La premadurez, Membrana Hialina, Anoxia debido a anemia, o a la reducción de la circulación placentaria efectiva; Prolapso de Cordón y a anomalías congenitas, que son más frecuentes en placenta previa.

TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA:

Todas las pacientes que sangran en la última mitad de la gestación, es una cantidad sustancialmente mayor de lo que aparentan han de ser remitidas al hospital sin exploración vaginal. Cualquier exploración digital en la región cervical en la placenta previa puede precipitar una hemorragia súbita, masiva e incluso fatal. Es, por lo tanto, peligroso e innecesario recurrir a acciones inmediatas en todos los casos de placenta previa, ya que es muy raro que una mujer con esta complicación hemorrágica muera por la hemorragia inicial, mientras no se hayan efectuado exploraciones vaginales.

Después de admitir a la paciente en el hospital, -- existe el tiempo suficiente para disponer la transfusión sanguínea, preparar el quirófano y planear juiciosamente la conducta que conviene seguir en cada caso. En casos seleccionados en que el feto es prematuro, es justificable, con ciertas reservas, posponer el parto hasta que el niño tenga mejores probabilidades de supervivencia. La exploración vaginal tiene que llevarse a cabo con asepsia, en un quirófano preparado para cesárea. Esta debe practicarse sólo cuando el tratamiento expectante es innecesario por la proximidad del fin del embarazo o es imposible por presencia del parto o por hemorragia grave.

MÉTODOS EMPLEADOS:

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 los vasos sanguíneos
- 2) Cesárea.

Métodos Vaginales:

Existen cuatro métodos de compresión vaginal, aunque hoy sólo se emplea la rotura simple de las membranas. El forceps de Willet, la inserción de una bolsa y la versión de Braxton - Hicks han desaparecido de la práctica moderna, relegándose su uso únicamente cuando el feto es muy pequeño o cuando está muerto, pues generalmente se concideran feticidas.

Operación Cesárea:

La operación cesárea es actualmente el método aceptado para la mayoría de pacientes con placenta previa.

Los motivos para practicar la operación cesárea son dobles:

- 1) Esta operación disminuye la hemorragia antepartum, causada por la placenta parcialmente separada, al efectuarse de inmediato el parto con la contracción uterina subsiguiente.
- 2) Reduce mucho la probabilidad de lesiones cervicales y del segmento inferior, debido a la gran vascularización de la inserción placentaria, el cuello y el segmento inferior son tan friables en la placenta previa que se desgarran fácilmente, especialmente en la variedad total y parcial.

En las primeras descripciones, más de 1/3 de muertes por placenta previa fueron atribuibles directamente a la hemorragia y laceraciones del cuello y segmento inferior, producidas después de manipulaciones y parto vaginal. Está claro que la operación cesárea en la placenta previa se practica sobre todo para salvar la vida de la madre. Aumenta además las posibilidades de supervivencia del niño, pero teniendo en cuenta que casi la mitad de los niños son prematuros cuando aparece la hemorragia, la cesárea en relación al niño debe valorarse con ciertas reservas.

Para justificar la cesárea en presencia de un feto muerto, es de nuevo necesario comprender que el parto por vía abdominal se lleva a cabo principalmente en favor de la madre, y que el alumbramiento de un niño muerto, por vía vaginal, también puede causar laceraciones cervicales.

Cuando la placenta se sitúa lo bastante lejos por la parte posterior para que el segmento anterior puede ser seccionado transversalmente, es preferible una cesárea a nivel del segmento inferior. Sin embargo si la incisión uterina se lleva a cabo a través de la placenta, la hemorragia, materna y fetal, puede ser grave, y ocurre fácilmente que la extensión de la incisión incluye una o ambas arterias uterinas. Con una placenta previa anterior que no puede ser desplazada de la región de la incisión uterina, es más seguro practicar una incisión vertical. Después de la operación, la eliminación de la placenta del segmento inferior puede resultar difícil, como consecuencia de la relativa falta de decidua, tiende a ocurrir marcada adherencia y ésta tiende a ser separada por partes. En estas circunstancias el flujo sanguíneo puede resultar profuso. El plan a seguir es, entonces, proceder con la mayor rapi-

dez posible con la separación de la placenta y cierre de la incisión uterina, si el control del flujo sanguíneo persiste, hágase presión con empaques tibios, occitocicos, y si no vendría un espacio de tiempo en el cual hay que contemplar la histerectomía.

TRATAMIENTO EXPECTANTE:

En 1945 aparecieron dos documentos, uno por Johnson y otro por Macafee, quienes introdujeron el tratamiento expectante en casos seleccionados de placenta previa. (notablemente aquellos en que el niño es prematuro y en el cual el parto inmediato no es obligatorio para detener la hemorragia). Está claro hoy que una política de espera es justificable en ciertos casos con el objeto de reducir la mortalidad neonatal, facilitada en este caso por la prematuridad.

Estos 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. 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 2500 g. o más.

Pedowitz, ha señalado, que la mortalidad perinatal es más alta y el tratamiento expectante tiene menos éxito en la placenta previa central. Es preciso controlar cuidadosamente la hemoglobina y el hematocrito de la madre. Estos datos, mejor que los derivados de una historia alarmista, basada en la

estimación de las cantidades de sangre pérdidas, son el criterio que se dan de utilizar para interrumpir el embarazo antes que el feto haya alcanzado claramente la viabilidad.

MATERIAL Y METODOS

1.- Material:

Para la realización de la presente tesis, se utilizaron todos los registros clínicos de las pacientes que presentaron cuadros de placenta previa en un período de 8 años en el Hospital General de Occidente.

2.- Método:

Para la elaboración del presente trabajo se hizo una revisión retrospectiva de todos los casos de placenta previa que fueron detectados en el archivo en el período ya mencionado.

Para poder recabar los datos pertinentes para la investigación, se procedió a revisar los cuadros de registros diagnósticos de cada mes, de donde se obtuvo el número de registro clínico, luego se procedió a buscar las papeletas en el archivo, con las cuales se hicieron las revisiones respectivas tomando parametros como: edad, paridad, etc., con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

3.- Recurso:

3.1. Humanos

- Médico Asesor
- Médico Revisor
- Personal que labora en el archivo del Hospital Gral de Occidente.
- Personal de Bibliotecas
- El ejecutante del trabajo

3.2. Físicos:

- Papeletas de registros clínicos
- Material Bibliográfico
- Bibliotecas
- Archivo del Hospital Gral., de Occidente
- Material y equipo de oficina.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

PRESENTACION DE RESULTADOS:

CUADRO No. 1

Frecuencia de Placenta Previa

	Partos	%
No. total de partos	14495	100
No. total de partos que se complicó placenta - previa	46	0.32

CUADRO No. 2

Distribución Etárea

EDAD	No.	%
16 - 20	-	-
21 - 25	17	36.95
26 - 30	10	21.14
31 - 35	13	28.27
36 - 40	3	6.52
41 - 45	3	6.52
TOTAL	46	100.00

Menor edad 21 años
Mayor edad 45 años
Promedio 33 años

CUADRO No. 3

Paridad

PARIDAD	No.	%
Nulipara	2	4.35
Primipara	8	17.39
* Pequeña Multípara	22	47.83
** Gran Multípara	13	28.26
Se ignora	1	2.17
TOTAL	46	100.00

* de 2 -4 Partos

** de 5 a más partos

Menor paridad 0

mayor paridad 10

Promedio 5

CUADRO No. 4

Antecedentes Obstetricos

ANTECEDENTES	No.	%
Cesárea anterior	7	15.22
Abortos	17	36.96
Legrados	17	36.96
Antecedente de Placenta previa	2	4.34

CUADRO No. 5

Control prenatal

CONTROL PRENATAL	No.	%
Si	13	28.26
No	26	56.52
No se anotó	7	15.22

CUADRO No. 6

Edad Gestacional

EDAD GESTACIONAL	No.	%
28 - 37	27	58.68
38 - 42	16	34.79
Se ignoró	3	6.53
TOTAL	46	100.00

Menor tiempo de Gestación 28 semanas

Mayor tiempo de Gestación 41 semanas

Promedio 34.5 semanas

CUADRO No. 7

Datos de Ingreso (motivo e impresión clínica)

MOTIVO DE INGRESO	No.	%
Hemorragia vaginal	26	56.53
Hemorragia vas. + Trabajo de parto	13	28.26
Trabajo de Parto	3	6.53
* Ruptura de Membranas	1	2.17
DX de placenta previa por ingreso ant.	1	2.17
** Referida por feto en transversa	1	2.17
Abito fetal	1	2.17
TOTAL	46	100.00

* El DEX de placenta previa se hizo en la CSTP por desproporción cefalo pélvica el RN fue hidrocefalo. Pie covino varo bilateral y con mielomeningocele.

** La paciente en el servicio inicio hemorragia vaginal por lo que clínicamente se hizo DX.

IMPRESION CLINICA	No.	%
Placenta Previa	22	47.83
Hemorragia vaginal de etiología.	4	8.70
Placenta previa + trabajo de parto pre maturo	6	13.04
Placenta previa + obito fetal	3	6.52
Placenta previa + trabajo de parto activo	1	2.17
* Trabajo de Parto activo	1	2.17
Placenta previa VRS DPPNI	2	4.36
** Ruptura Prematura de membranas	1	2.17
Hemorragia Vas. + - trabajo de parto y pree clampsia	1	2.17
Placenta previa VRS - DPP NI y obito fetal	2	4.36
Placenta previa + obito fetal + Preeclampsia	1	2.17
Obito Fetal	1	2.17
Hemorragia vas + trabajo de parto	1	2.17
TOTAL	46	100.00

Continúa...

* La paciente en el servicio inicio hemorragia vaginal con lo que clínicamente se hizo diagnóstico de placenta previa.

** El DX de placenta previa se hizo en la CSTP por desproporción cefalo pélvica DPPNI desprendimiento - prematuro de placenta normalmente inserta.

CUADRO No. 8

Tipo de Presentación

PRESENTACION	No.	%
Cefálica	17	36.96
Podalica	12	26.07
Hombros	9	19.57
Ignorado	8	17.40
TOTAL	46	100.00

CUADRO No. 9

Tipo de inserción de placenta previa

INSERCIÓN	No.	%
Central total	20	43.48
Parcial	7	15.22
Marginal	8	17.39
de inserción baja	4	8.69
Lateral	2	4.35
Se ignora	5	10.87
TOTAL	46	100.00

CUADRO No. 10

Método de Diagnóstico

METODO DX	No.	%
Clínico	39	84.78
RX	7	15.22
TOTAL	46	100.00

CUADRO No. 11

Resolución de Caso

RESOLUCION	No.	%
CSTP	35	76.09
Cesárea Corporea	4	8.70
CSTP + Histerectomía	1	2.17
Versión interna y Gran_ extracción	3	6.52
Maniobra de Puzos y Pes	1	2.17
PES	2	4.35
TOTAL	46	100.00

CUADRO No. 12

Puerperio Materno

1. <u>Tipo</u>	No.	%
Normal	36	78.26
Patológico	10	21.74
2. <u>Complicaciones</u>		
Infección de herida OP + dehiscencia + paludismo	1	2.17
Anemia	1	2.17
Infección Herida OP. + In- fección urinaria + TBP	1	2.17
Fiebre	1	2.17
Infección herida operato- ria	1	2.17
Neumonía	2	4.34
Hemorragia vaginal pos- parto	1	2.17
Infección y dehiscencia de herida OP.	1	2.17
Endometritis	1	2.17
3. <u>Condiciones de Egreso</u>		
Satisfactorio	46	100.00

CUADRO No. 13

Hemoglobina Materna

HEMOGLOBINA	No.	%
1 - 5	1	2.17
6 - 10	19	41.30
11 - 15	22	47.83
Ignorado	4	8.70
TOTAL	46	100.00

CUADRO No. 14

Condición de nacimiento del Recién Nacido.

CONDICION	No.	%
nacidos vivos	32	69.57
nacidos muertos	14	30.43

CUADRO No. 15

Peso del Recién Nacido

PESO	No.	%
menos de 2.2 Lbs	1	3.12
2.3 Libras=5.8 Lbs	9	28.13
5.9 Lbs en adelante	13	40.62
Ignorado	9	28.13
TOTAL	32	100.00

CUADRO No. 16

Apgar al Minuto del Recién Nacido

APGAR	No.	%
7 - 10	5	15.63
4 - 6	4	12.50
1 - 3	5	15.63
Ignorado	18	56.24
TOTAL	32	100.00

CUADRO No. 17

Estado General del Recién Nacido

ESTADO GENERAL	No.	%
Regular	1	25.55
Malo	5	27.78
Bueno	9	50.00
Prematuro	3	16.67
TOTAL	18	100.00

ANALISIS DE RESULTADOS

Cuadro Número Uno: Podemos observar, que en el período comprendido entre enero de 1973 a diciembre de 1980, se atendieron en el Hospital General de Occidente un total de 14496 partos, de las cuales, 46 presentaron cuadro de placenta previa, lo que hace un 0.32% o sea una frecuencia de 1:315 partos.

Cuadro Número 2: Observamos que el grupo etáreo más afectado por placenta previa fue el comprendido entre los 21 y 25 años en un 36.95% seguido por el grupo comprendido entre los 31 y 35 años en un 28.27% y que más de la mitad de los casos (58.69%) se presentó en pacientes menores de 30 años, lo que no concuerda con la revisión bibliográfica que menciona que la placenta previa es más frecuente en pacientes de edad avanzada.

Cuadro Número 3: En cuanto a la paridad, se encontró que el grupo más afectado, fue el de las pacientes que presentaron entre 2 y 4 partos en un 47.83%, seguido por el grupo de pacientes que presentaron de 5 a más partos en un 28.26% lo que coincide con la literatura revisada, que indica que la placenta previa es más frecuente en pacientes multiparas.

Cuadro Número 4: Que corresponde a los antecedentes obstetricos de las pacientes, se encontró que de las 46 pacientes que presentaron placenta previa, 7 pacientes presentaron antecedente de cesárea anterior o sea un 15.22%, y 17 pacientes tenían antecedentes de abortos y legrados o sea un 36.96% respectivamente, hecho muy importante, ya que como menciona la literatura, se ha en-

contrado un aumento de la incidencia de placenta previa en pacientes con antecedentes de cesáreas y/o abortos.

También podemos ver en este cuadro que en 2 pacientes se encontró el antecedente de placenta previa, o sea un 4.34%, lo cual también coincide con la literatura revisada, que menciona que en más o menos 6 o 12 entre cada 100 embarazos ulteriores se puede dar placenta previa.

Cuadro Número 5: Observamos que únicamente 13 pacientes tuvieron control prenatal o sea un 28.26% y que 26 pacientes no tuvieron dicho control (56.52%) o sea más de la mitad de los casos.

Cuadro Número 6: Que corresponde a la edad gestacional, se encontró que el 58.68% de los partos se resolvió antes de alcanzar el término, y el 34.79%, fue resuelto con embarazo a término. El promedio de gestación fue de 34.5 semanas. Datos que coinciden con la literatura revisada, que menciona que en placenta previa, es más frecuente los partos prematuros.

Cuadro Número 7: Que describe los datos de ingreso de las pacientes, se encontró que el motivo de ingreso por el que más consultaron las pacientes fue hemorragia vaginal indolora en un 56.54%, seguido por hemorragia vaginal más trabajo de parto en un 28.26%. Con lo cual podemos concluir que la hemorragia vaginal es el signo más característico de la placenta previa como lo menciona la literatura. En este cuadro podemos ver que una paciente consultó por ruptura de membranas y a la cual se le efectuó cesárea por desproporción cefalopálvica, ya que el feto era un hidrocefalo y el diagnóstico de placenta previa fue hecho en la cesárea.

En lo que respecta a la impresión clínica con que se ingreso a las pacientes, el de placenta previa lo fue en un 47.83%, seguido por el de placenta previa más trabajo de parto prematuro en un 13.04%, lo que nos indica que en un gran porcentaje de los casos se pensó en el diagnóstico de placenta previa clínicamente por el motivo de consulta que como lo vimos anteriormente fue hemorragia vaginal.

Cuadro Número 8: Observamos que en un 45.64% de los casos se encontró presentación anómala, o sea 26.07 podálica y 19.57% de hombros y únicamente en un 36.96% la presentación fue cefálica, lo que coincide con la literatura revisada que indica que la placenta previa se asocia con bastante frecuencia a presentaciones anómalas.

Cuadro Número 9: De los tipos de inserción de la placenta el más frecuente fue la central total en un 43.48% de los casos, seguido por la marginal en un 17.39%, y la parcial en un 15.22%.

Cuadro Número 10: Observamos que en un 84.78% de los casos el diagnóstico de placenta previa se hizo clínicamente, y únicamente en un 15.22% se tomaron rayos X como ayuda diagnóstica, ya que es el único medio con que se cuenta en el hospital como ayuda diagnóstica. De las 39 pacientes a las que se les hizo el diagnóstico clínico de placenta previa, únicamente a 8 se les efectuó tacto vaginal, y a una se le efectuó ginecológico, el resto de las pacientes el diagnóstico fue hecho por historia clínica de hemorragia vaginal. De las pacientes a las que se les tomo rayos X como ayuda diagnóstica a 2 también se les efectuó tacto vaginal.

Cuadro Número 11: Que describe el tipo de resolución del caso, encontramos que el 86.96% de los casos se resolvió quirúrgicamente, y el 13.04% se resolvió por vía vaginal. De los procedimientos quirúrgicos la más frecuentemente empleada fue la cesárea segmentaria trasperitoneal en un 76.09% de los casos, y la corporea en un 8.70% de los casos, esta se efectuó por dificultades técnicas en el segmento como varices y/o múltiples adherencias.

Se efectuó una cesárea segmentaria trasperitoneal más histerectomía por ruptura anterior y rasgadura segmentocorporea del útero.

En los partos resueltos por vía vaginal, se efectuaron 3 versiones internas y gran extracción pelviana, en uno de los casos el producto era un obito y en los otros dos casos los productos eran prematuros de 28 y 32 semanas respectivamente. También se efectuó una maniobra de puzos y partos eútosicos simples, el producto era un obito fetal; se efectuaron dos partos eútosicos simples.

Cuadro Número 12: Observamos que el 21.74%, de los casos presentaron puerperio complicado, o sean 10 pacientes, la complicación más frecuente fue la infección de herida operatoria en 4 casos y 2 de estos, también presentaron dehiscencia de la misma; otra de las complicaciones fue la neumonía en 2 de los casos una paciente presentó hemorragia vaginal post-parto, y una paciente presentó endometritis; complicaciones que se dan también en otras patologías.

En cuanto a las condiciones de egreso de las pacientes, en el 100% de los casos fue satisfactorio, reduciendo la mortalidad a 0%.

Cuadro Número 13: El 43.47% de las pacientes - presentaron algún grado de anemia según Hb de ingreso, y el 47.83% no presentaron este problema.

Cuadro Número 14: En cuanto a las condiciones - del nacimiento de los recién nacidos, podemos observar que de los 46 partos, 32 de los productos nacieron vivos o sea un 69.57%, y 14 nacieron muertos o sea un 30.43% lo que nos indica que la mortalidad infantil en el Hospital Gral. de Occidente, es más alta que la mencionada por la literatura revisada en la cual oscila entre 15 y 20%

Cuadro Número 15: Encontramos que el 31.25% - de los recién nacidos fueron prematuros por peso, y que el 40.62% presentaron peso dentro de límites normales; pero en un 28.13% de los casos no se anotó el peso del - recién nacido en la papeleta, por lo que este dato no es muy fidedigno.

Cuadro Número 16: En cuanto al apgar se encontró que en un 56.24% de los casos este parámetro no se anotó en las papeletas, encontrándose únicamente anotado en el 43.76% y de estos, el 15.63% correspondió a un apgar entre 7 y 10, el 12.50% entre 4 y 6, y el 15.63% entre 1 y 3.

El Cuadro Número 17, es un complemento del cuadro - anterior, ya que en este se anotó el estado general del - recién nacido, que se encontró anotado en las papeletas en las cuales no se anotó el apgar. Y las cuales corres-- pondían a los 18 recién nacidos, de estos el 25.55% te - nían regular estado; el 27.78%, mal estado general, el -

50% buen estado general, y el 16.67% tenía como estado general al nacer el rubro de prematuro.

CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia de placenta previa en el Hospital General de Occidente para el período de 1973 a 1980 fue de 1:315 partos, el cual es casi similar al encontrado en el Hospital Roosevelt en 1978 que fue de 1:382 partos.
- 2.- La placenta previa fue más frecuente en pacientes menores de 30 años en un 58.69% de los casos; y la edad promedio fue de 33 años.
- 3.- La placenta previa fue más frecuente en pacientes multíparas en un 76.09% de los casos, y el promedio de paridad fue de 5 partos.
- 4.- En el 15.22% de los casos se encontró antecedentes de cesárea anterior, en el 36.96% de los casos antecedentes de aborto y un porcentaje similar para legrados uterinos; y en un 4.34% de los casos se encontró el antecedente de placenta previa anterior.
- 5.- En un 58.68% de los casos no hubo control prenatal, encontrándose dicho control únicamente en el 28.26% de los casos.
- 6.- En un 58.68% de los casos el parto se resolvió como prematuro, o sea antes de la 37 semana de gestación; y en el 34.79% el parto fue a término; encontrándose un 6.35% de los casos en que se ignoró la edad gestacional; la edad gestacional promedio fue de 34.5 semanas.

- 7.- El motivo de consulta por el que con más frecuencia consultaron las pacientes fue la hemorragia vaginal indolora en un 56.53%.
- 8.- Se encontró presentación anómala en un 45.64% de los casos, (26.07% podálica, y 19.57% de hombros), y en un 36.96% fue cefálica, ignorándose la presentación en un 17.40%.
- 9.- El tipo de inserción de la placenta previa más frecuente fue la central total en 43.48% de los casos, y la marginal en un 17.39% de los casos, la parcial en 15.22%.
- 10.- La placenta previa fue diagnosticada clínicamente en un 84.78% de los casos, y únicamente en el 15.22% se tomó radiografías.
- 11.- El 86.96% de los casos de placenta previa se resolvió quirúrgicamente, y el método más empleado fue la cesárea segmentaria transperitoneal en un 76.09% de los casos.
- 12.- Únicamente un 21.74%, de los casos presentaron puerperio complicado; siendo la causa más frecuente la infección de herida operatoria en un 8.68% de los casos.
- 13.- Las condiciones de egreso de las pacientes fue satisfactorio en el 100% de los casos, reduciendo la mortalidad materna al 0%.

- 14.- Un 43.47% de las pacientes presentaron algún grado de anemia.
- 15.- El 69.57% de los recién nacidos nacieron vivos; y el 30.43% nacieron muertos.
- 16.- El 31.25% de los recién nacidos fue prematuro - por peso; y en un 28.13% de ignoró el peso de los recién nacidos.
- 17.- En un 56.24% de los recién nacidos vivos se ignoró el apgar al minuto, y de los notificados el 15.63% presentaron apgar entre 1 y 3 minutos, igual porcentaje presentaron apgar entre 7 y 10 al minuto.

RECOMENDACIONES

- 1.- En cuanto sea posible se utilice el tratamiento expectante para mejorar las condiciones del recién nacido.
- 2.- Cuando sea necesario terminar el parto inmediatamente, ya sea por hemorragia severa, o por que la gestación a llegado al final, que se utilice la cesárea como primera elección, para mejorar la morbi-mortalidad materna.
- 3.- Que las papeletas en el Hospital General de Occidente, sean llenadas a cabalidad por el personal que labora en el mismo, (que en todas las papeletas se anote tanto el peso del recién nacido, como el apgar, y en las papeletas de la madre se anote el tipo de inserción de la placenta).
- 4.- Que en todos los casos en que se lleve a cabo un parto con placenta previa, sea cual fuere la vía del parto, este presente el pediatra para una mejor atención del recién nacido, ya que este puede nacer en malas condiciones.
- 5.- Que a toda paciente que presente hemorragia en el tercer trimestre del embarazo, se piense en el diagnóstico de placenta previa, y se omitan las tactos vaginales, a menos que se cuenten con los medios necesarios para efectuar una cesárea en el momento.
- 6.- Que toda paciente con hemorragia vaginal del tercer trimestre sea referida a un hospital para su mejor evaluación y tratamiento.

- 7.- Que cuando las condiciones generales de la paciente lo permitan, se utilicen los rayos X de partes blandas como ayuda diagnóstica.
- 8.- Fomentar en las embarazadas la necesidad de un buen control prenatal.

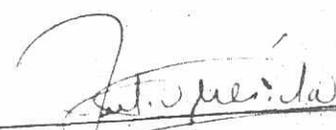
BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anzuetto Burgos, José Gonzalo: Placenta Previa en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, tesis. 1979. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas.
- 2.- Barillas Hernández, César Augusto: Estudio Retrospectivo y Análítico de Placenta Previa en el Hospital Regional de Jutiapa. Tesis 1980. Universidad de San Carlos de Guatemala; Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala.
- 3.- Gustafson, Hans Et. al Placenta Praevia and abrupto placentae Acta Obstet y Gynec., Scand, 53: 235-241 1974
- 4.- Horst Schwalm y Gustav Doderleim. Clínica Obstetrica y Ginecologica Tomo IV. Ed: Dihambrosa, Madrid, 1968. pág: 374.
- 5.- José Ma. Dexeus Trie de Bes: Obstetricia y Ginecología. Primera edición. editorial Juventud. Barcelona, España - 1965 pág: 220-226.
- 6.- J. P. Greenhill, M.D. Obstetrics, Eleventh Edition, W. B. Saunders Company; U.S.A. 1955 Pág: 456-472.
- 7.- Nye, E.B. et. al Per-Placental Vaginal delivery with central placentae accreta. Obst y Gynec 41 # 6 June 1973 pág: 851-853.

- 8.- Margaret F. Myles; Textbooks for Midwives -- with modern concep of obstetrics and neonatal care; Eighth edition, Churchill livingstone edin burgo. London and 1975.
- 9.- Paul Titus J. Robert Willson; The Management of Obstetrics ^Dificulties; Fifth edition. St. Lou is the C. V. mos by company 1955.
- 10.- Pschyrembel, Phil W. Obstetricia Práctica 2da. ed. traducida al español por Lesmezabal, Ed. - Labar S. A. Barcelona 1967 pág: 501-520.
- 11.- Schwarcz, Ricardo; Salas, Silvestre, Duverges, Carlos; Obstetricia, cuarta reimpression 1977, tercera ed. 1970. Editorial, el Ateneo, Buenos - Aires, Pág: 519-528.
- 12.- Stevenson Charles, Técnica Radiológicas de tejidos blandos para diagnóstico de placenta pre - via. Clínica Obstetricia y Gienecología. pág: 77-91 Marzo 1966.
- 13.- Williams; Pritchara y Hellman; Obstetricia, primera edición 1973 y sexta reimpression 1978. Sal vat Editores S. A. México D. F. Pág: 530-542.

Br.


OSCAR HUMBERTO PIEDRASANTA PALACIOS


Asesor.

Dr. Julio César Fuentes Mérida
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO N.º 2,508

Dr.

Revisor.

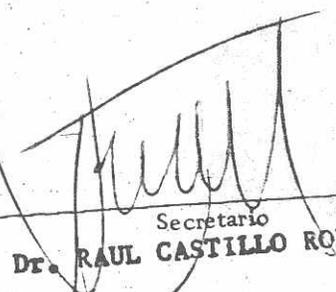

Dr. HEBERTO R. CABAL DE LEÓN
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO N.º 2,508


Director de Fase III

Dr. CARLOS A. WALDHEIM C.

Dr.

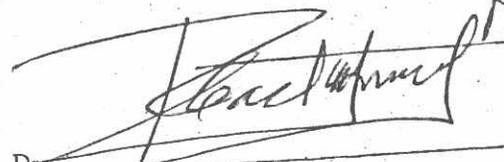
Secretario


Dr. RAUL CASTILLO RODA

Bo.

Dr.

Decano.


Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO.