

11217
38

10y



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

PLACENTA PREVIA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de
ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA

P r e s e n t a

DR. MARCO JULIO GAYTAN RUIZ



México, D.F.

[Firma manuscrita]
FALLA TO COR
IMSS
SEMANA
HDO. "LOS CASTELAZO AYALA"
I.M.S.S.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
DEFINICION	7
FRECUENCIA	9
ETIOLOGIA	10
DIAGNOSTICO	11
AUXILIARES DE DIAGNOSTICO	12
CONCLUSIONES	35
COMENTARIO	42
BIBLIOGRAFIA	44 .

INTRODUCCION:

La placenta previa, como todas las entidades nosológicas - obstétricas, ha sufrido modificaciones muy apreciables en los últimos tiempos, en lo que se refiere a diagnóstico, - tratamiento y pronóstico, que indudablemente han conducido a mejorar el índice de morbilidad materno-fetal.

Es bien sabida la importancia extrema que tiene la placenta en el curso de un embarazo y es por eso que las alteraciones tanto morfológicas como fisiológicas tengan repercusión directa o indirecta en el pronóstico del embarazo y por ende, del recién nacido (4, 24, 25).

Aunque en la placenta de inserción baja, habitualmente no hay alteraciones funcionales ni morfológicas, debido a su localización, entraña un peligro latente y constante en la evolución del embarazo y así mismo, lleva una conducta obstétrica diferente en comparación a la placenta de inserción normal, sobre todo en la segunda mitad del embarazo cuando la sobrevivencia del producto se ve amenazada por la posibilidad de una interrupción del mismo, antes de que el producto sea viable, llevando consigo un alto índice de morbilidad materno-fetal (11, 24, 25).

El diagnóstico de placenta previa, en los albores de este siglo, se hacía solamente en base a la experiencia clínica y con el concurso imperativo e indispensable del tacto, -- tanto rectal como vaginal, sin importar el peligro y la imprecisión de este método (5, 18, 21, 30).

En los últimos cuarenta años, el diagnóstico de la placenta previa, ha recibido el auxilio primero de los Rayos X y de los radioisótopos y recientemente del ultrasonido, método - este último que muestra sin lugar a duda, el sitio exacto - de la inserción placentario, que servirá como parámetro insustituible para encaminar adecuadamente la técnica para la resolución del embarazo y así mismo, mejorar el pronóstico de sobrevida fetal (1, 2, 3, 6, 7, 12, 13, 14).

Así como ha sido modificado el proceso diagnóstico debido a la sofisticación de los auxiliares de diagnóstico, el tratamiento de la placenta previa también ha variado de acuerdo a ellos.

El tratamiento cuando no era expectante, es decir, esperando el parto por vía vaginal en forma espontánea, se reducía a tratar de acelerarlo por maniobras quirúrgicas que iban - desde la amniotomía hasta la versión interna de Braxton - - Hicks, sin omitir el fórceps de Voorhes, usado con la finalidad de comprimir con presión interna o externa a la placenta, con la esperanza de cohibir el sangrado de la misma, con las consiguientes manipulaciones innecesarias y en ocasiones inútiles, aunadas al alto peligro de lesiones uterinas a nivel del segmento uterino friable, infecciones y la elevada tasa de mortalidad perinatal asociada a su uso.

El tratamiento, actualmente influenciado por los adelantos de la cirugía moderna, anestesiología, antibioterapia y la existencia prácticamente universal de los bancos de sangre, así como una mejor, aunque incompleta comprensión de esta - patología, han llevado a una conducta expectante-activa, con búsqueda intencionada de la inserción placentaria, observación estrecha de los episodios hemorrágicos y en busca de - datos de sufrimiento fetal por hipoxia, secundaria a hipovo

lema materna, hospitalización oportuna, corrección de los estados anémicos, uteroinhibición, corroboración de madurez pulmonar fetal y en casos específicos, inducción de la misma, para que en el momento propicio se resuelva el embarazo por la vía adecuada de acuerdo a la localización placentaria, sin menoscabo de la operación cesárea, con lo cual se han obtenido mejores resultados en cuanto a morbilidad materno-fetal (26, 30).

Con anterioridad, se intentaron otros métodos de manejo de la placenta previa, como es el caso de Lovset, que en 1959 proponía cerclaje cervical tipo Shirodkar, con el objeto de disminuir la posibilidad de distensión del orificio cervical durante el crecimiento uterino o trabajo de parto y así disminuir o evitar el sangrado placentario por despegamiento de la misma en el segmento uterino en las inserciones bajas.

Para comprender mejor, el procedimiento diagnóstico de la placenta previa en los albores de este siglo, basta recordar algunos de los procedimientos utilizados que a continuación mencionamos:

Clinicos:

- . La hemorragia, signo capital, durante los primeros meses del embarazo era difícil diferenciar entre placenta previa y amenaza de aborto. Durante la segunda mitad del embarazo y durante el parto, las características de la hemorragia sugerían la patología.
- . Presentaciones fetales atípicas y presentaciones altas - por modificación de los factores que rigen la acomodación fetal.

- . Ruptura espontánea de las membranas y partos prematuros por irritación del cuello y el segmento uterino inferior provocadas por la placenta misma.
- . Pastosidad palpable entre la mano exploradora y la presentación, cuando se inserta la placenta en la cara anterior del segmento uterino.
- . Especuloscopia para determinar ausencia de lesiones cervicales sangrantes.

Auxiliares de diagnóstico:

- Cistografía en embarazos de más de 35 semanas y en presentación cefálica, previo vaciamiento vesical e intestinal, se instilaba 40 cc de yoduro de sodio en solución al 12.5% y obtención de una placa radiológica en decúbito dorsal, interpretándose como placenta previa, la que mostraba separación de más de un cm., de la parte más declive de la presentación y la imagen vesical. Con placenta de inserción normal, ésta separación es menor a un centímetro o no existe.
- Placentografía con técnica de partes blandas empleada desde 1934, no atrajo la atención en forma definitiva como método de diagnóstico confiable, siendo éste relativo en embarazos mayores de las 32 semanas (3, 12).
- Placentografía indirecta con inyección de material radio opaco en la aorta abdominal por vía lumbar, método diagnóstico empleado desde 1948 (3, 29).
- En 1957 se utiliza seroalbúmina marcada con Iodo radiactivo, la cual tuvo aceptación amplia por los trabajos de - -

Browne, Weimberg y otros (17).

Procedimientos Obstétricos:

- Tenían el inconveniente que podían emplearse siempre y cuando se hubiese iniciado el trabajo de parto en la mayoría de los casos y en general, buscaban disminuir o evitar la hemorragia, excitar las contracciones uterinas y conducir el -- parto por vías naturales.
- Rotura artificial de membranas (método de Puzós), aplicable en placentas marginales o placenta central parcial. La ruptura de las membranas comprimía el colchón placentario impidiendo la hemorragia. Utilizada independientemente del tipo de presentación y en ocasiones asociada a versiones internas.
- Versión interna de Braxton Hicks. Rotas las membranas con dilatación suficiente para pasar dos dedos, se desciende un pié y se tracciona para que el muslo fetal comprima la placenta y evitar el sangrado. El parto se sigue en forma similar a una presentación pélvica completa.

Balón de Champetier de Ribes, con membranas rotas se colocaba un balón inflable intrauterino rechazando la presentación, se llenaba con solución fisiológica y se dejaba in situ sin tracción con lo cual disminuía la hemorragia y -- aceleraba la contractilidad uterina. Se asociaba con frecuencia a la versión de Braxton Hicks y a dilatación cervical manual.

Método de Willet, en casos de presentación cefálica, con las pinzas del mismo nombre se tomaba el cuero cabelludo fetal y por medio de una cinta acoplada a las pinzas, se efectuaba tracción continua con carga de 400 a 500 gramos,

obteniéndose hemostasia y aceleración del trabajo de parto.

En 1908, Selheim inicia la era de la cesárea segmentaria - tipo extraperitoneal en casos de placenta previa.

En 1912 Fox y cols., practicaron las primeras cesáreas corporales.

En 1919, Peralta Ramos inicia la cesárea segmentaria intraperitoneal.

En el periodo de 1942 a 1948, en el Chicago Lying-in Hospital, el 44% de las pacientes con placenta previa fueron sometidas a cesárea segmentaria obteniendo una mortalidad de sólo 0.6% en comparación del a 20% cuando no se efectuaba.

Sin lugar a duda, el advenimiento del ultrasonido vino a revolucionar en forma importante el diagnóstico de la placenta previa, aunado a los avances en el mejor conocimiento de esta patología, técnica quirúrgica y mayor arsenal de conocimientos en forma general tendientes a la profilaxis de las complicaciones de la placenta previa (8, 15, 16,31).

Sin embargo, como no es posible impedir una implantación baja del huevo y la consecuente placentación en el segmento uterino inferior, el camino adecuado es una asistencia calificada durante el embarazo, tendiente a diagnosticar tempranamente la inserción placentaria baja, corrección de la anemia y como punto primordial, la hospitalización de toda paciente con hemorragia transvaginal en la segunda mitad del embarazo para efectuar la detección oportuna y sitio de implantación de la placenta y así mismo poder planear en forma pertinente, la conducta obstétrica de acuerdo a las observaciones efectuadas (8, 16).

DEFINICION:

Para definir placenta previa, es necesario tomar en consideración el sitio de inserción placentaria, ya que hasta el momento existen diferentes clasificaciones de las distintas escuelas de Obstetricia y en todas es en relación del sitio de implantación de la placenta.

Por lo tanto, podría concluirse, que placenta previa es la implantación anormal de la placenta en el segmento uterino inferior y que incluye diversos grados y que guarda relación con el orificio cervical interno del útero.

Es importante mencionar que la conducta obstétrica en los casos de implantación baja de la placenta, va a estar sujeta a esta misma, ya que las posibilidades de parto eutócico o por vía abdominal, va a depender en forma directa de su localización, aunado esto a las posibles causas maternas o fetales concomitantes, edad gestacional y presencia o no de sangrado placentario.

Comeau et al (8), cita hasta 6 grados de inserción placentaria; del 0 al 5, iniciando desde la placenta fúndica hasta la placenta previa central total.

La escuela Anglosajona cita 4 grados de inserción de la placenta, que son, aunque con diferente terminología, las aceptadas y adoptadas en nuestro Hospital "Luis Castelazo Ayala" del I.M.S.S, y son:

- a) Grado 1 o lateral.- Cuando el borde placentario se encuentra implantado en el segmento uterino inferior,

sin llegar a las cercanías del orificio interno del cérvix uterino.

- b) Grado II o marginal.- Cuando el borde placentario alcanza las márgenes del orificio interno.
- c) Grado III o central parcial.- Cuando el borde placentario cubre el orificio cervical interno cuando éste se encuentra cerrado, pero sólo parcialmente cuando presenta una dilatación hasta de 3 cms.
- d) Grado IV o central total si la placenta cubre todo el orificio interno cervical aún con dilatación avanzada.

De lo anterior, se desprende que una localización placentaria adecuada es importante, no sólo desde el punto de vista del diagnóstico y tratamiento, sino también desde el punto de vista obstétrico, ya que hay localizaciones placentarias que son tributarias en forma absoluta de operación cesárea y otras que pueden ser compatibles con parto eutócico.

En el caso de los grados I y II, las posibilidades de eutocia son mayores que en los grados III y IV en los cuales es prácticamente incompatible el parto vaginal. En el grado IV es obvio que es tributario, necesariamente, de operación cesárea.

Cuando hay diagnóstico cierto de implantación baja de placenta, la tendencia actual es a resolver el embarazo por la vía abdominal, cuando la magnitud del sangrado así lo imponga, sobre todo en los grados I y II. En el grado III, en el cual la implantación puede ser posterior, es mejor -

decidirse por la operación cesárea, debido a que la misma localización nos va a impedir un mecanismo de parto apropiado, llegando a producirse distocia de partes blandas. Como mencionamos antes, el grado IV es tributario en forma absoluta de operación cesárea.

El criterio intervencionista, en la paciente con inserción baja de placenta, está fundamentado en la alta morbimortalidad materno-fetal de la conducta expectativa.

Frecuencia:

Las estadísticas de la frecuencia de inserción baja de la placenta, varían grandemente de un estudio a otro y de país a país (5, 10, 21, 30).

En forma general, podemos decir que oscilan entre 0.1% hasta 1%.

En el estudio de Nieminen (27), en 1963, se cita una frecuencia de 1:185 embarazos, fundamentado el diagnóstico sólo en datos clínicos y que corregidos después de un diagnóstico preciso, después de exploración vaginal, radiológico, ultraecsonográfico, por observación directa trans-cesárea, etc., se obtiene cifra de 1:500 partos.

El Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del I.M.S.S., en la Cd. de México, C.M. La Raza, cita una frecuencia de - - 1:150 a 1:200 partos.

Ahora bién, las estadísticas emplean indistintamente los - conceptos de inserción baja de placenta y placenta previa como sinónimos, lo cual hace necesario hacer una diferenciación adecuada del sitio de implantación placentaria.

Según Eastman & Ruffman (12), citados por Kaser, en los ca sos de placenta previa, ésta es total en el 20% de los ca sos, parcial (incluyendo la marginal) en el 33% y localiza ción baja en aproximadamente la mitad de los casos.

Gutiérrez Yépez y Eastman en 1946, en un estudio de 304 ca sos, encontraron el tipo central total en el 23%, el par cial en 29% y la implantación baja en 16%.

ETIOLOGIA:

Es realmente poco lo que se sabe con certeza acerca de la implantación placentaria en el segmento uterino inferior.

Sin embargo, se han aducido factores predisponentes, que - en cierta forma tratan de explicar el por qué de la implan tación placentaria baja (19, 21, 18, 27, 28, 30).

Así, por ejemplo, se menciona una nidación baja por causas desconocidas; nidación en un segmento uterino más alto con extensión placentaria secundaria sobre el itsmo, atribuyéndose a una falta de reducción de las vellosidades en el po lo ovular inferior; multiparidad con embarazos repetidos - frecuentes, siendo más frecuente en la multípara que en -- las primíparas en relación de 4:1; primigestas añosas; - -

antecedentes previos de eventos quirúrgicos obstétricos o ginecológicos; procesos infecciosos agudo o crónicos; edad materna, siendo más frecuente en mujeres mayores de 39 años que en menores de 20, en proporción de 3:1; placenta previa en embarazos anteriores; hiperplacentosis con crecimiento exagerado de la placenta como en los casos de incompatibilidad Rh, diabetes mellitus, etc.

Por lo anterior, se puede apreciar que la etiología de la placenta previa es incierta.

En lo que la mayoría de los investigadores están más o menos de acuerdo, es que existe una deficiente irrigación endometrial en el sitio de implantación ovular, por lo que los antecedentes quirúrgicos, inflamatorios crónicos o infecciosos, pueden ser una causa desencadenante.

DIAGNOSTICO:

En nuestro medio, actualmente el diagnóstico de placenta --previa, no presenta mucha dificultad, debido al uso difundido de la ultraecsonografía, amén de mayor conocimiento de las características de esta patología (8,15,16,22,24).

Sin embargo, la historia clínica adecuada y completa aunado a exploración bien encaminada, siguen siendo las bases fundamentales en la elaboración del diagnóstico.

El cuadro clínico de la placenta previa es característico -

ofreciendo dificultades de diagnóstico diferencial sólo en los primeros meses del embarazo, en donde es fácil confundirlo con cuadro de amenaza de aborto. El sangrado transvaginal, habitualmente es silencioso y en poca cuantía en la primera mitad del embarazo, siendo más profuso en la segunda mitad. Generalmente no hay deterioro fetal importante - si el sangrado no es abundante. No hay hipertonia uterina (5,10,18,21,31).

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO.-

La ultraecsonografía ofrece certeza diagnóstica en el 95% de los casos a cualquier edad del embarazo. De los estudios radiológicos, la técnica de partes blandas y la cistografía tienen utilidad sólo si se solicitan después de las 32 semanas de gestación y han sido desplazados por el UESG.

Otros estudios con radioisótopos son de poca utilidad y el riesgo materno y sobre todo fetal, hacen cuestionable su indicación (1,2,3,6,7,12,13,15,17,28).

De lo anterior se desprende, que el método ideal para efectuar el diagnóstico de placenta previa es el UESG, ya que es un método inocuo y de fácil acceso, con un alto grado de certeza, además de proporcionar otros datos que son útiles en el tratamiento y manejo de la placenta previa.

Ahora bien, motivados por el afán de conocer la forma en la cual se está manejando esta patología en el Hospital "Luis Castelazo Ayala" del I.M.S.S., en la Cd. de México, en el cual se cuenta con elementos humanos, médicos y auxiliares

de diagnóstico y un esquema de manejo perfectamente establecido, además de ser un Hospital de concentración, en donde son manejados todos los problemas médicos y quirúrgicos -- que conforman el embarazo de alto riesgo, revisamos los expedientes de pacientes ingresadas al Hospital con diagnóstico clínico de placenta previa, en el periodo comprendido de marzo de 1983 a mayo de 1985.

Se revisaron en total 435 expedientes en forma selectiva - eligiendo para nuestro estudio sólo aquellos que en forma satisfactoria llenaban los requisitos mínimos esperados para conceptuarlo como idóneo.

De acuerdo a nuestro protocolo, los requisitos a nuestro juicio eran indispensables, fueron: edad de la paciente, antecedentes gineco obstétricos, fecha de última menstruación, fecha probable de parto, evolución del embarazo anterior, edad gestacional a la cual se inicia el sangrado - transvaginal, antecedentes de cirugía obstétrica o ginecológica, edad de captación del embarazo, diagnóstico clínico motivo del ingreso, el diagnóstico por ultraecsonografía, edad de interrupción del embarazo, peso y apgar y vía de nacimiento del producto, la realización o no de amniocentesis, inducción o no de madurez pulmonar fetal, uso o no de uteroinhibidores, los eventos transfusionales y la morbi-mortalidad materno-fetal (4,8,9,19,25,27).

Todos estos parámetros, antes de ser aplicados al estudio, fueron evaluados adecuadamente en si tenían o no ingerencia directa o indirecta en la patología estudiada.

En forma idealista, lo deseable desde el punto de vista clínico, es la corroboración directa del sitio de implantación

placentaria en el momento del parto o cesárea, sin embargo no fué posible en un buen número de casos contar con esta observación.

Después de eliminar los expedientes que a nuestro criterio no contaban con todos los elementos previamente mencionados o aquellos que no contaban con diagnóstico preciso de placenta previa, ya fuera por no concordar el diagnóstico clínico con el diagnóstico por ultrasonografía o en su defecto, por no contar con sitio de implantación placentaria por observación directa, obtuvimos 80 casos de pacientes embarazadas con diagnóstico bien fundamentado de placenta previa.

El primer parámetro analizado fué la edad materna, la cual estuvo comprendida entre los 18 a 39 años, con una medida de 26.8 años.

Como se puede apreciar en el cuadro I, la mayor incidencia de placenta previa se ubica entre los 21 a los 35 años, -- hecho explicable por ser la etapa de la vida con mayor índice de fecundidad y la etapa reproductiva ideal.

En la literatura médica, se menciona como factor predisponente para la placenta previa a la edad, en este estudio encontramos 6 pacientes mayores de 36 años para un porcentaje de 7.5%, siendo todas ellas multiparas. No encontramos en este estudio ninguna paciente mayor de 40 años (10,19,21, 26).

CUADRO I

GRUPOS ETARIOS

GRUPO	CASOS	%
- 20 a.	2	2.5
21-25	33	41.2
26-30	22	27.5
31-35	17	21.2
36-40	6	7.5
+ 40	0	0

Edad máxima: 39 años mínima: 18 años

Promedio: 26.8 años.

Destaca la incidencia de pacientes entre los 21 a 25 años en la cual se encuentra el más alto porcentaje de inserción baja de placenta, siendo 33 los casos con 41.2% del total de pacientes estudiadas.

En los grupos de 25 a 35 años, la incidencia fue asimismo elevada, con 39 casos registrados, siendo aproximadamente el 50% de nuestras pacientes analizadas. Llama también la atención la existencia de 6 pacientes mayores de 36 años y menores de 40 años, ya que la edad es uno de los factores atribuidos a la presentación de placenta previa. Sin embargo, este dato aunque importante, no podemos correlacionarlo con el número global de pacientes en este grupo de edad que acudió al Hospital.

Otro factor predisponente mencionado por la literatura médica, es la paridad de la paciente (10).

Intentando correlacionar este dato con la incidencia de la placenta previa, analizamos la paridad de nuestras pacientes y en el Cuadro No. II se desglosan los hallazgos.

Podemos apreciar claramente que la mayor incidencia de la - patología estudiada se encontró entre la primera y tercera gestación, siendo en número de casos 57 para un porcentaje global de 71%.

Es de llamar la atención además, el hecho de que se encontraran 23 pacientes con más de cuatro embarazos y entre ellas 3 con más de 8 embarazos, lo que nos habla en forma indirecta de la necesidad de llevar a cabo estrategias más adecuadas para el control definitivo de la fertilidad o en su defecto, que el control temporal de la misma, sea llevado por mayor número de pacientes.

CUADRO II

NUMERO DE EMBARAZOS

NUMERO	CASOS	%
I	13	16.25
II	23	28.75
III	21	26.30
IV	7	8.75
V	10	12.50
VI	2	2.45
VII	1	1.25
VIII o Más	3	3.75

Promedio: 3.03

Por otra parte, más de la mitad de nuestras pacientes, se encontraron entre la segunda y tercera gestación, siendo sólamente 13 las primigestas.

El número promedio de embarazos fué de 3.03.

Tratando de investigar hechos recientes o pasados que explicaran en cierta forma la presencia de placenta previa, se buscó intencionadamente la forma en que transcurrió el embarazo anterior en los casos en que éste existía y la forma de terminación del mismo y en el cuadro número III se muestran los hallazgos (19).

CUADRO III EVOLUCION DEL EMBARAZO ANTERIOR

EMB. ANTERIOR	CASOS	%
Eutocia	37	55.22
Cesárea	19	28.36
Aborto / LUI	10	14.92
Fórceps	1	1.50

Claramente podemos notar, que de las 67 pacientes con más de un embarazo, 37 de ellas tuvieron parto eutócico (55.20%) y que las restantes 30 tuvieron evento quirúrgico como forma de resolución del embarazo (45%). En 19 de estas pacientes, el embarazo terminó por cesárea por diversas indicaciones y en 2 de ellas por placenta previa, siendo éste un dato importante aunque no significativo, de placenta previa recurrente.

En 10 casos, el embarazo terminó con aborto antes de las 20 semanas de gestación con legrado uterino instrumental. Sólo encontramos un caso de aplicación de fórceps ignorando indicación, tipo de fórceps y altura a la cual fué aplicado.

No fué posible encontrar datos orientadores acerca de la posibilidad de infección en el puerperio en ninguna de nues--tras pacientes.

Sin embargo, es significativo que poco menos de la mitad de las pacientes estudiadas, tuvieran antecedente de maniobras quirúrgicas previas en el anterior embarazo, lo que estadísticamente es significativo.

La evaluación de los episodios hemorrágicos durante el embarazo actual, es otro de los parámetros importantes a valorar en la placenta previa. Se dividió la etapa del embarazo en la que se presentaron estos episodios. La primera etapa, - queva desde la concepción hasta la semana 20 de gestación, en la que es difícil establecer diagnóstico diferencial entre placenta de inserción baja o amenaza de aborto por causas múltiples (22).

Se ha demostrado que una placentación baja, puede ser una - etapa transicional en la evolución de un embarazo, hecho demostrado por King en 1973, cuando en una serie de 14 casos seguidos por estudio ultraecsonográfico seriados y corroborado por Kurjak & Barsic en otra serie de 63 pacientes, quienes mencionan la posibilidad de una migración placentaria que vá desde 3 hasta 9 cms. al término de embarazo, en relación al sitio de detección por debajo de las 28 semanas de gestación, concluyendo que la utilidad de la localiza--ción placentaria por debajo de las 28 semanas, no es confiable ni definitiva y que en los casos en que se sospeche de

inserción baja placentaria, debe descartarse por estudios ultraecsonográficos seriados con intervalos de 2 a 4 semanas (13,15,24).

Basados en estas observaciones, mencionamos los episodios hemorrágicos como dato a investigar y las edades gestacionales a las cuales se presentan. En el Cuadro IV mostramos nuestros hallazgos.

CUADRO IV SANGRADO GENITAL Y AMENORREA

EDAD GESTACIONAL	No. PACIENTES
0 a 20 sem.	15
21 a 27	31
+ de 28	46

Como se aprecia, la frecuencia mayor de sangrado genital es mayor por arriba de las 21 semanas, haciéndose más frecuente en el grupo de más de 28 semanas. De mayor importancia, desde el punto de vista clínico, son los episodios ocurridos por arriba de las 20 semanas de gestación y desde el punto de vista del diagnóstico son más orientadores, obvio es, que en cuanto más avance el embarazo y se presente el sangrado genital, es mayor la probabilidad de que éste provenga de la placenta (22).

Es necesario mencionar, que algunas pacientes nunca presentan sangrado genital y que éste puede presentarse con el - inicio del trabajo de parto, como fué el caso de tres de - nuestras pacientes que ingresaron al Hospital con trabajo - de parto inicial y sangrado transvaginal, haciéndose diagnós - tico de placenta previa sangrante, mismo que se corroboró - durante la intervención quirúrgica (22).

Por otra parte, los episodios hemorrágicos, se pueden presentar en uno o más trimestres de la gestación, como en 14 de nuestras pacientes estudiadas, que lo presentaron durante - el primero y segundo trimestre o segundo y tercer trimestre de gestación.

De acuerdo a lo anterior, dividimos a nuestras pacientes en dos grandes grupos, de acuerdo a la edad gestacional a la - cual fueron captadas en el Hospital y en el momento en que se efectuó el diagnóstico por medio de ultraecsonografía.

El primer grupo que corresponde a los embarazos menores de 28 semanas, encontramos 24 pacientes de un total de 72 a las que se les efectuó este estudio, arrojando un 33.33%; y del grupo de más de 28 semanas con 48 pacientes.

CUADRO V Edad de Captación del embarazo y Diagnóstico por Ultraecsonografía.

EDAD GESTACIONAL	CASOS	%
- de 28 sem.	24	33.33
+ de 28 sem.	48	66.66

Nota: 8 casos de PPCT, corroborado transcesárea en el grupo de más de 28 sem., sin UESG.

En ocho casos de nuestro estudio, no se realizó Ultraecoso nograma, sin embargo se corroboró la presencia de placenta previa durante la intervención quirúrgica, ya que la indicación de la misma, fué por diagnóstico de placenta previa sangrante.

En el cuadro V mostramos nuestros hallazgos.

Como en la literatura se menciona a la cirugía previa, ginecológica u obstétrica, como factor predisponente para la placenta previa, se investigó en nuestras pacientes el antecedente de estos eventos, ya fueran recientes o remotos, - como en el caso del embarazo anterior (28, 29):

Encontramos que el evento quirúrgico más frecuentemente realizado fué el legrado uterino instrumental en 19 de nuestros casos (43.18%), cabe mencionar que en 6 de ellas, tenían más de un episodio de LUI. En segundo lugar, encontramos el antecedente de cesárea en 16 casos (36.36%) y en dos de ellas, más de una cesárea. También se encontró que 8 pacientes tenían un antecedente doble de evento quirúrgico, LUI y cesárea, para un porcentaje de 18%. Sólomente un caso se encontró antecedente de cirugía ginecológica y ésta fué una miomectomía.

En el Cuadro número VI desglosamos los hallazgos anteriormente enunciados.

CUADRO VI

CIRUGIA PREVIA

TIPO	I	+ II	CASOS	%
LUI	13	6	19	43.18
Cesárea	14	2	16	36.36
Cesárea + LUI	8		8	18.18
Miomectomía	1		1	2.28

T o t a l 36 8 44

El diagnóstico se basó fundamentalmente en los hallazgos -- clínicos, teniendo posteriormente corroboración por medio - del estudio ultraecsonográfico. Este estudio, solamente se realizó en las pacientes con embarazo mayor de 21 semanas, encontrando diversos grados de inserción baja de la placenta.

En nuestro estudio se seleccionaron solamente los casos en los que hubo correlación clínica y por ultraecsonografía, motivo por el cual encontramos mayor incidencia que en los estudios de Eastman y Huffman y el de Gutiérrez Yopez e Eastman (12).

En el Cuadro VII mostramos nuestros hallazgos, y los principales sitios de implantación placentaria en un total de 72 pacientes a las que se efectuó estudio por ultraecsonografía.

Tuvimos también, ocho casos sin localización placentaria, -

con embarazo a término en T.P., corroborando el diagnóstico de placenta previa durante la intervención quirúrgica y por diagnóstico clínico.

CUADRO VII LOCALIZACION PLACENTARIA POR UESG.

SITIO	CASOS	%
P.P.C.T.	30	41.66
P.P.M.A.	21	29.16
P.P.M.P.	20	27.78
P.P.P.	1	1.40

Así vemos que la mayor incidencia fué de placenta previa central total (P.P.C.T.) con 30 casos y 41.66%, el segundo lugar para la placenta previa marginal anterior (P.P.M.A.) con 21 casos y 29.16%, placenta previa marginal posterior (P.P.M.P.) con 20 casos y 27.78% y por último, sólo un caso de placenta previa posterior (P.P.P.) (15,16,24).

De acuerdo con estos hallazgos, se planteo la conducta idónea para cada caso en particular, teniendo como base del tratamiento el reposo absoluto en cama, vigilancia estrecha de los episodios hemorrágicos, uso de uteroinhibidores en los casos específicos, monitoreo de fórmula roja y corrección de la anemia en caso necesario, amniocentesis e inducción de la madurez pulmonar fetal si fuese necesario.

Se valoró la posibilidad de parto vaginal en los casos que no hubo contraindicación materna, fetal o placentaria, y - en todos los casos, se intentó llevar el embarazo lo más - cercano posible al término, cuando ésto fué posible.

La amniocentesis fué practicada solamente en tres casos, - dos en embarazos de 34 semanas y en uno de 42 pero clínica - mente menor, y las 3 determinaciones mostraron productos - pulmonarmente maduros.

Se realizaron además cuatro amniocentesis, las cuales fue - ron fallidas por punción roja, debido a placenta anterior no detectada por el ultrasonido.

Se aplicaron así mismo, ocho esquemas completos de inducto - res de madures pulmonar con Dexametasona a razón de 6 mg I.M. cada 8 horas por un total de 8 dosis por paciente.

Hubo un caso de embarazo de 28 semanas al cual solamente se logró aplicar una dosis de Dexametasona, sin poder completar el esquema debido a inicio de sangrado transvaginal profuso, lo cual impuso la interrupción inmediata del embarazo por - vía abdominal.

En 19 pacientes se usó la uteroinhibición en-embarazos com - prendidos entre las 27 y 34 semanas, siendo los más utiliza - dos: la indometacina en 11 casos, orciprenalina en 4, terbu - talina y salbutamol en dos casos cada uno, a las dosis reco - mendadas en la literatura y de acuerdo a respuesta indivi - dual.

Cuando se consideró que los embarazos eran viables o que -- las condiciones placentarias obligaron a la interrupción de la gestación, se valoró la edad gestacional en dos grandes

grupos: uno menor de 28 semanas y otro mayor de esta edad.

Tomamos como punto de partida para esta división de la edad gestacional las 28 semanas, debido a que estudios bien documentados y fundamentados, han demostrado sin lugar a duda - que aproximadamente a esta edad de embarazo es cuando se - inicia la elaboración del surfactante pulmonar indispensable para la maduración pulmonar fetal y que se completa aproximadamente a las 34 semanas. Se ha demostrado que los productos obtenidos por debajo de esta edad, son pulmonarmente inmaduros y por lo tanto portadores del síndrome de stress -- respiratorio, lo que frecuentemente lleva a la muerte perinatal. Por otra parte, entre las 28 a 32 semanas, la producción de este surfactante se va a incrementar apreciablemente disminuyendo por consiguiente el SDR (11,25).

Por lo tanto, las 28 semanas de gestación, demarcan el límite entre la inmadurez pulmonar fetal franca y la madurez -- pulmonar fetal relativa.

En el Cuadro VIII mostramos las edades a las cuales se interrumpió el embarazo en nuestras pacientes, encontrando que el grupo de menos de 28 semanas sólo se encontró un caso, - contra 79 en el de más de 28 semanas.

CUADRO VIII Edad Gestacional a la cual se interrumpió el embarazo.

Edad gestacional	Casos
- 28 sem.	1
+ 28 sem.	79

Así como es importante la edad gestacional a la cual se interrumpe el embarazo, lo es también el conocer la vía por la cual se efectúa la misma. En el cuadro IX se muestra el tipo de vía y la técnica utilizada.

Como claramente podemos apreciar, la frecuencia de la operación cesárea fué la de elección, siendo efectuada en 86% de nuestras pacientes, con 59 casos para la cesárea tipo - Kerr, siete para la tipo corporal y 4 para la tipo Beck.

Se obtuvo parto eutócico en 10 casos.

Aunque la tendencia actual para el nacimiento de productos inmaduros y pretérmino es la operación cesárea corporal, en nuestro análisis vemos que predominó un alto porcentaje del tipo Kerr (73.75%), que no se reflejó en la morbimortalidad fetal como veremos posteriormente.

Se aduce que la operación cesárea corporal es la idónea, - debido a que el tamaño de la histerotomía puede ser más amplio y extenderse a lo largo del cuerpo uterino, llevando consigo menor trauma obstétrico al producto, mayor campo - operatorio, menos dificultad en la extracción del producto, etc. Por otra parte, las inconveniencias de la cesárea -- corporal son bien conocidas y no las mencionaremos; sin embargo recalcamos que en las inserciones bajas anteriores - de placenta, no es aconsejable la cesárea corporal, siendo preferida en estos casos la operación de Beck o segmentocorporal, procurando hasta donde sea posible, evitar el despegamiento placentario, ya que ésto por si mismo, aumenta en gran porcentaje la morbilidad fetal y no la técnica - quirúrgica en sí.

Los opositores de la cesárea Kerr, aducen que a esta edad gestacional (menor de 34 semanas), el segmento uterino no está adecuadamente desarrollado, por lo tanto, la histerotomía arciforme de Kerr, no es posible efectuarla en él, siendo frecuente, que estas incisiones se realicen a nivel de cuerpo uterino, lo cual aumenta la morbilidad materna, ensombreciendo el futuro obstétrico de la paciente.

Por nuestra parte, creemos que el tipo de histerotomía a realizar, está en relación a la habilidad y conocimientos de la técnica por parte del cirujano, ya que no hay, hasta el momento, datos suficientes para sustentar la prevalencia de una sobre la otra.

CUADRO IX VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO

VIA	CASOS	%
Eutocia	10	12.50
Cesárea Kerr	59	73.75
Cesárea Corporal	7	8.75
Cesárea Beck	4	5.00

Considerando que los episodios hemorrágicos, la edad a la que se le interrumpe el embarazo más o menos temprana, aunado al procedimiento quirúrgico empleado para tal efecto, podrían tener influencia directa o indirecta en el desarrollo

fetal y su maduración, así como la morbilidad neonatal, se analizó tanto el peso del producto al nacimiento como el Apgar con que fueron evaluados al minuto y a los cinco minutos, respectivamente (22,25).

En los cuadros X y XI, mostramos nuestros hallazgos.

Cabe mencionar que hubo un caso de embarazo gemelar, con peso de ambos productos en el grupo de 2000 a 2499 gr.

CUADRO X PESO DE LOS PRODUCTOS

PESO (gr)	No.	%
1,500 - 1,499	8	9.87
1,500 - 1,999	5	6.17
2,000 - 2,499	14	17.30
2,500 en adelante	54	66.66

Es evidente que el peso de los productos en su mayor porcentaje se sitúa en el grupo de más de 2,000 gr en el cual encontramos 54 casos para un porcentaje algo mayor del -- 66%; catorce productos comprendidos entre los 2,000 a 2,499 gr., para un porcentaje del 17.30% y solamente trece productos en los dos restantes grupos, para un porcentaje -- global de 16%.

En el grupo de 1,000 a 1,499 gr., se encontraron 8 productos que fueron obtenidos entre las 28 y 31 semanas de gestación e incluyendo así mismo, al producto más pequeño obtenido a las 27 semanas, y otro de un embarazo de 34 semanas, catalogado por el servicio de Pediatría como de bajo peso al nacimiento.

En el cuadro XI, mostramos las evaluaciones de APGAR en los tiempos convencionales con que fueron calificados estos productos.

CUADRO XI APGAR DE LOS PRODUCTOS

APGAR	1'	5'
0	1	
1		
2	3	
3	2	1
4	7	2
5	5	
6	15	8
7	21	14
8	23	29
9	1	24
10		

NOTA: Tres casos con APGAR no reportado.

Claramente podemos observar que la gran mayoría de los productos fueron calificados entre 4 a 8 al minuto y entre 6 a 9 a los cinco minutos, lo cual nos habla en forma directa de las condiciones fetales en el momento del nacimiento y no hay diferencia significativa con relación a los productos obtenidos de embarazos de evolución normal a la misma edad gestacional.

Es posible, que las calificaciones al primer minuto sean bajas, pero la recuperación a los 5 minutos es aceptable en todos los casos.

Esto obviamente está influido por la edad gestacional, vía de interrupción, presencia o no de trauma obstétrico y a la facilidad o dificultad técnica de extracción.

En los productos obtenidos por cesárea corporal no mostraron mejor evaluación APGAR, que los obtenidos por cesárea tipo Kerr.

Por otra parte hay que mencionar que en 21 casos, la implantación placentaria fué en la cara anterior del útero y 30 casos de placenta previa central total.

En cuanto a la morbimortalidad fetal, en el cuadro XII se exponen las principales patologías encontradas, siendo la insuficiencia respiratoria transitoria la que ocupó el primer lugar con tres casos, sufrimiento fetal agudo dos (25).

Es importante notar, que solamente se detectó un caso de síndrome de insuficiencia respiratoria idiopática (SIRI).

Se tuvo un solo caso de anemia neonatal, de producto obtenido por operación cesárea corporal con placenta previa --

anterior, y que requirió hemotransfusión de 40 ml de paquete globular.

Un caso de inmadurez pulmonar fetal, del producto obtenido a las 27 semanas de gestación, siendo el mismo al cual no se logró completar el esquema de inducción de madurez.

Se tuvo un caso de hemorragia cerebral, secundaria a trauma obstétrico, obtenido por cesárea corporal.

Un caso de neumonía por aspiración y por último, un caso de ictericia multifactorial.

De todos los casos atendidos, fueron enviados al servicio de Terapia Intensiva Neonatal un total de 16 pacientes, con estancia mínima de un día y máxima de 45, para un promedio de estancia de 10.5 días.

CUADRO XII MORBILIDAD FETAL

Insuf. Respiratoria	3
S.F.A.	2
SIRI	1
Anemia	1
Inmadurez	1
Hemorragia cerebral	1
Infecciones	1
Ictericia	1
Hemotransfusión	1

NOTA: Dos pacientes enviados a C.M.N.

La estancia más prolongada fué debida al bajo peso al nacimiento para la edad gestacional, en un embarazo de 34 semanas, mismo que requirió la hemotransfusión.

Se tuvo mortalidad neonatal de 4 pacientes de un total de 81 nacidos vivos, para un porcentaje de 4.9%.

En cuanto a la morbilidad materna, en el cuadro XIII se desglosan las entidades encontradas.

CUADRO XIII

MORBILIDAD MATERNA

TIPO	CASOS	%
Anemia aguda	10	12.50
Acretismo	6	7.50
Deciduitis	5	6.25
Histerectomía	6	7.50
Absceso cúpula	1	1.25

Analizando los hallazgos anteriores, destaca la anemia aguda que se presentó en 10 pacientes, equivalente al 12.5% de todos los casos.

El acretismo placentario, entidad frecuente en la placenta previa, con la consecuente hemorragia debida a la mala contracción del segmento uterino y por lo mismo, mala retracción del lecho placentario, se presentó en 6 pacientes - - (7.5%) (9,20,23,27).

Podemos apreciar, que más de la mitad de nuestras pacientes ameritaron transfusión de menos de 600 cc de paquete globular a pesar de que fueron sometidas a intervención quirúrgica y que habitualmente la pérdida hemática es mayor que en un parto por vía vaginal.

Sin embargo, hubo tres pacientes que ameritaron más de 900 cc., de paquete globular, dos de ellas, fueron sometidas a histerectomía por acretismo placentario.

El promedio de hemotransfusión fué de 500 cc.

En ninguna paciente fué necesario la aplicación de paquetes plaquetarios y tampoco se presentaron trastornos de la coagulación.

C O N C L U S I O N E S

Del análisis de los parámetros estudiados, se desprenden datos de relevante importancia, como son: la evolución del -- proceso diagnóstico y terapéutico de la placenta previa en sus diversos grados, la seguridad casi absoluta del ultra--ecosonograma para detectar adecuadamente el sitio de implantación placentaria, el manejo obstétrico y el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas para la interrupción del embarazo, así como el advenimiento de la amniocentesis, úteroinhibidores e inductores de la madurez pulmonar fetal, han conducido sin lugar a duda a mejorar los índices de morbimortalidad materno-fetal en esta patología.

Así vemos que en nuestro estudio, la edad promedio de las - pacientes fué de 26.8 años, con edad materna máxima de 39 y mínima de 18 años; con mayor incidencia de la placenta previa entre los grupos etarios de 21 a 35 años, hecho explicable por ser la etapa reproductiva por excelencia, así como el de mayor índice de fertilidad.

El número de embarazos encontrado osciló desde 1 hasta más de 8 (3 casos); con una paridad media de 3.03. La mayor frecuencia de placenta previa se encontró entre la segunda y - quinta gestación, para porcentaje global de 76%.

La evolución del embarazo anterior y su terminación en el - 44.5% de las pacientes tuvo procedimiento obstétrico quirúrgico, destacando la operación cesárea en 28.36% y LUI en --

14.92%. El 55% de nuestras pacientes terminó su embarazo con parto eutócico y solamente en un caso de aplicación de fórceps ignorando tipo e indicación. Lo anterior está acorde con reportes previos publicados (10, 21, 8):

Los episodios hemorrágicos en nuestras pacientes, se inician desde el primer trimestre de la gestación, siendo más frecuentes en los dos últimos trimestres (11,18,22).

Revistió mayor importancia la presencia de sangrado transvaginal, particularmente por arriba de las 21 semanas de embarazo, por lo cual cabe pensar en que algunos casos de placenta previa durante el inicio del embarazo, se presente como etapa evolutiva de trabajo de aborto y se efectúe LUI sin haber sido detectado como placenta previa por localización con UESG, ya que algunos autores opinan que una placentación baja puede ser normal al inicio del embarazo y que la migración placentaria estará entre los 2 a 9 cms. , al final del embarazo.

Sin embargo, es controvertido el hecho de pensar que una -- placenta previa central total al término del embarazo, lo ha sido durante toda la evolución del mismo, como consecuencia de una implantación ovular en las márgenes del orificio interno cervical. Así mismo, no siempre se encuentra el antecedente de sangrado transvaginal durante el embarazo, aún encontrándose placenta previa y éste se puede presentar solamente al inicio del trabajo de parto.

Esto último no apoya a la idea de practicar localización --

placentaria de rutina en toda paciente embarazada, sino que en pacientes con factores predisponentes reconocidos como - etiológicos de la placenta previa, se debe pensar en la posibilidad de una placentación baja. En estos casos, la localización placentaria se debe efectuar alrededor de las 28 - semanas o más de gestación, cuando la sobrevivencia del producto es posible y se le puede ofrecer desde el punto de vista -- obstétrico y pediátrico, posibilidades de viabilidad y supervivencia, evitando al máximo la morbilidad perinatal.

Dentro de los antecedentes obstétricos y ginecológicos de las pacientes en nuestro estudio, destacan los eventos quirúrgicos remotos en 44 pacientes (poco más del 50%).

La operación cesárea y el LUI ocupan lugar preponderante, ya que entre ambos se encuentra incidencia del 80% de los casos. Ambos procedimientos, sobre todo el segundo cuando es enérgico, llevan consigo una disminución de la irrigación endometrial y por consiguiente, uno de los factores - predisponentes más fuertemente apoyados en la etiología de la placenta previa.

Los sitios de implantación placentaria más frecuentemente encontrados por el UESG fueron la placenta previa central total en el 41.66% de nuestras pacientes en comparación con Eastman & Huffman, que reportan el 20% y Gutiérrez Yépez & Eastman 23%.

Esto último puede explicarse debido a que en nuestro estudio solamente se consignan los casos en los cuales hay una correlación entre signología clínica, ultraecsonografía y

visualización directa del sitio de implantación placentaria perfectamente establecido y los autores mencionados solamente se basaron en los estudios efectuados por UESG y RX. Los restantes sitios de implantación placentaria se encontraron en porcentajes similares a los estudios antes mencionados, siendo 29.16% para la placenta previa marginal anterior; - 27.78% para la placenta previa marginal posterior y 1.40% para la placenta previa posterior.

En las placentas de inserción posterior, se debe efectuar una valoración cuidadosa del tipo de vía para la resolución del embarazo, ya que si se opta por el parto vaginal, se corre el riesgo que la misma localización de la placenta - puede ser un factor de distocia de partes blancas, lo que al final de cuentas conducirá a la operación cesárea, con el innecesario stress materno y fetal del trabajo de parto.

La amniocentesis se efectuó en 7 pacientes (menos de 10%), y en cuatro de ellas fueron punciones rojas, debido probablemente a deficiente limitación de los bordes placentarios por UESG y elección consecuente de sitio de punción - erróneo. Las restantes tres amniocentesis reportaron productos pulmonarmente maduros. Así mismo, se aplicaron 8 esquemas completos de inducción de madurez pulmonar empleando - para tal efecto, la dexametasona a razón de 6 mgs. IM cada 8 horas, por un total de 6 dosis por paciente, obteniendo posteriormente productos maduros.

En las pacientes que fué necesario el empleo de útero-inhibidores, se usó indistintamente betamiméticos y antiprostaglandínicos. De los primeros, los más frecuentemente utili

obtenidos a las mismas edades de gestación, ya que las patologías encontradas son inherentes a la misma edad al nacimiento. Sin embargo, hubo un caso de hemorragia cerebral en un producto obtenido por cesárea Corporal a las 32 semanas. Se encontró además, un caso de anemia neonatal atribuible al procedimiento quirúrgico, en un producto obtenido por cesárea Kerr con placentación anterior.

La mortalidad perinatal fué de 4.9% (4 casos) de un total de 81 nacidos vivos, lo cual no es significativo en comparación a los productos obtenidos a la misma edad gestacional y con inserción placentaria normal.

En la morbilidad materna destaca la anemia aguda que ocupó el primer lugar con 12.5% (10 pacientes); acretismo placentario 7.5% (6 casos); infección 6.25% (5 casos); - H.T.A., obstétrica 7.5% (6 casos), mismo que de acretismo placentario. Sólomente un caso con absceso de cúpula post histerectomía total abdominal.

Destaca la presencia de acretismo placentario en 6 casos, complicación frecuente de la inserción baja de placenta, aunado a la mala retracción del lecho placentario, secundaria a la pobre musculatura del segmento uterino.

No hubo mortalidad materna, a pesar de que las principales complicaciones de la placenta previa son la hipovolemia aguda y la infección.

Por último, la cantidad de sangre transfundida osciló entre 300 a 900 cc., con una media de 500 cc., requiriendo solamente tres casos de hemotransfusión de más de 900 cc.

Se contabiliza en estos casos, la sangre administrada durante el embarazo, parto y puerperio.

Tampoco encontramos en nuestro estudio, trastornos de la coagulación.

COMENTARIO

En la revisión efectuada en las pacientes a las que se les diagnosticó placenta previa, se utilizaron múltiples estudios de gabinete para su diagnóstico: Radiología, Ultrasonografía, Clínico, etc., sin seguir ninguna secuencia en la solicitud e interpretación de los mismos.

Se efectuaron estudios en forma repetitiva, sin decidir conducta o tratamiento.

El tiempo de hospitalización fué en forma irregular, sin seguirse un criterio unánime.

En ningún momento se previno el sangrado, interrumpiendo el embarazo cuando el producto se encontraba viable, sin la corrección de la anemia, sino solamente en casos de hemorragia severa.

Los estudios solicitados para pruebas de madurez pulmonar fueron mínimos, y más de la mitad de las pacientes con -- punción roja, así como un mínimo porcentaje de esquemas -- de inducción de madurez pulmonar.

La vía de interrupción del embarazo, cuando se efectuó -- operación cesárea, ésta fué del tipo Kerr, sabiendo que una de las indicaciones de la cesárea corporal es la placenta previa, por lo cual se incrementa el sangrado del --

lecho placentario del segmento uterino, en el cual se implanta la placenta, aumentando los episodios hemorrágicos trans-operatorios que se presentaron en el 25% de las pacientes.

El efectuar cesárea tipo Kerr en forma reiterada, sin emplear criterio adecuado, tuvo que redundar en morbilidad fetal poco frecuente, como es el caso de la hemorragia cerebral y por consecuencia, incremento de la estancia intrahospitalaria de los recién nacidos.

Por lo tanto, concluimos que, el proceso diagnóstico, manejo y tratamiento de la placenta previa, debe ser en forma adecuada, siguiendo una metodología apropiada, unificando los criterios para hospitalización, manejo de los episodios hemorrágicos, utilización adecuada de los auxiliares de diagnóstico y los recursos humanos y técnicos con que cuenta nuestro hospital como son la ultraecsonografía, - indicando esquemas de inducción de madurez pulmonar y búsqueda intencionada de la misma post tratamiento por amniocentesis para que en cuanto se tengan los datos suficientes de producto maduro y viable, se interrumpa el embarazo, - preferentemente por medio de cesárea corporal, llevando - ésto a la profilaxis de los episodios hemorrágicos, disminución de la estancia hospitalaria y disminución de la - - morbilidad materno-fetal, lo cual constituye el fin primordial de la práctica médica obstétrica.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Ahued, A.J., Pérez, J., Lowemberg, E.: Gamagraffia placentaria. Ginec. Obstet. Méx. Vol. 31 No. 185, 379.1982.
- 2.- Basurto, O.N.: Termografía como método de detección placentaria. Ginec. Obstet. Méx. Vol. 31 No. 187,511. 1972.
- 3.- Berner, H.: Amniography, an accurate was to localized - the placental. A comparision with soft tissues placento graphy. Obstet & Gynecol. Vol.29, 200. 1967.
- 4.- Brink, D.: The placenta, its circulation and localiza-- tion. Jour. Obstet and Gynecol. Pag. 437, 1960.
- 5.- Castelazo A.L.: Obstetricia. Vol. 2 2a. Ed. Pag.572,1962.
- 6.- Cavanagh, D.: Placenta previa. Modern methods of diag-- nostic. Obstet and Gynec. Vol. 18 No.4, pag.403, 1961.
- 7.- Coale, B.G., Richey, L.E.: Localization of the placenta - with aortography. Am J. Obstet Gynec. Vol.83, pag.1150, 1962.
- 8.- Comeau, et al.; Early placenta previa and delivery out-- come. Obstet. Gynecol. 61, 577. 1983.
- 9.- Chávez, A.J., Ontiveros, C.E.; Valenzuela, L.S., Karchmer, K.S.: Acretismo placentario. Correlación anatomoclínica en 35 casos. Ginecol. Obstet. Méx.Vol. XXI pag.713,1963.
- 10.- Domínguez, R.H., Karchmer, K.S.: Placenta previa. Expe-- riencia del H.G.O. No.1 IMSS.Ginecol. y Obstet. Méx. Vol. XXII, 567. 1967.

- 11.- D'Angelo, L.J. MD.: Conservative management of placenta previa. A cost Benefit Analysis. *Obstet and Gynecol.* Vol. 149: 320. 1984.
- 12.- Eastman, : Diagnostico radiológico de placenta previa. *Obstetricia* Vol.II. Ed. III, 588, 1967.
- 13.- Edelstone, D.I.: Placental localization by ultrasound. *Clin. Obstet. Gynec.* 20,285. 1977.
- 14.- Gershom, C.J.: Termography. *Obstet and Gynec.* Vol.26, - 842. 1956.
- 15.- Goldberg, Barry B.M.D.: The identification of placenta previa. *Radiology* 128, 255-256, July 1978.
- 16.- Gorodesky, I.M.D., Neri,A., Haimovich,L., Ba hari,Ch.: The ultrasonography placental localization and its influence on the mode of delivery. *J. Reprod. Med.* Vol.27, No. 10, Oct. 1982.
- 17.- Hibbar,B.M.: Placental localization using radio-iodinated serum albumin RISA. *J. Obstet and Gynec.Brit.Comm.* 68, 481. 1961.
- 18.- Hibard, L.T.: Placenta previa. *Am J. Obstet and Gynec.* 104: 172, 1969.
- 19.- Iffyl.: Contribution to the etiology of placenta previa. *Am J. Obstet and Gynec.* 24:2, 1964.
- 20.- Isadore,A.S.: Simultaneous placenta previa and placenta accreta. *Obstet and Gynec.* 24:2, 1964.