

11217
78-A
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Hospital de Gineco - Obstetricia No. 3
Centro Médico "La Raza"

CESAREA HISTERECTOMIA POR
PLACENTA PREVIA CENTRAL

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el título en la Especialidad de:
Ginecología y Obstetricia
presenta el Doctor

SERGIO REYES MARTINEZ



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.

CONTENIDO

I.	INTRODUCCION
II.	ANTECEDENTES
III.	JUSTIFICACION
IV.	OBJETIVO
V.	HIPOTESIS
VI.	MATERIAL Y METODO
VII.	RESULTADOS
VIII.	RESUMEN Y COMENTARIOS
IX.	BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION:

Se define como Placenta Previa a la implantación anormal de la placenta, ya sea sobre el segmento uterino o bien sobre el orificio interno del cervix.

Existen condiciones que predisponen a esta implantación anormal ya comprobadas previamente en otros estudios de las cuales mencionaremos las siguientes :

- 1) La multiparidad (aunque se presente aproximadamente en el 20% en las primíparas).
- 2) Superficie placentaria anormalmente grande (placenta-membranócea, placenta multilobulada o lobulo succenturiado fijado a una placenta normal).
- 3) Daño previo del endometrio (por endometritis, cicatrices uterinas previas, etc).

Es importante señalar los diferentes tipos de placenta previa de acuerdo a la siguiente clasificación.

a) Lateral o Baja:

Cuando el borde placentario se encuentre inestada en el segmento inferior (menos de 6 cms.), sin llegar a las cercanías del orificio interno (GRADO I).

b) Marginal:

Cuando el borde placentario alcanza los margenes del-

orificio interno (GRADO II).

c) Central Parcial :

La placenta cubre el orificio cervical interno cuando el cuello se encuentre cerrado, pero solo parcialmente si hay una dilatación de 3 cms., o más (GRADO III).

d) Central Total :

Si la placenta cubre el orificio en su totalidad sin dilataciones avanzadas (GRADO IV). (1, 2, 3, 4).

La placenta previa representa una de las complicaciones obstétricas más importantes debido a su gran repercusión en la morbilidad materno fetal.

Desde 1972, Bill sugirió el uso generalizado de la operación cesárea para la interrupción de estos embarazos, previa transfusión sanguínea, dando como resultado una disminución en la mortalidad materna desde el 10 al 2 %, con un consecuente aumento en el promedio de supervivencia perinatal.

La actual reducción de la morbilidad materno fetal es también debido en gran parte a la disponibilidad de sangre para transfusiones oportunas, al uso del ultrasonido para determinar la localización placentaria y valorar la edad gestacional, así como al uso de las diversas pruebas para determinar la madurez fetal y a los avances logrados en los hospitales en sus unidades de cuidados intensivos tanto

para la madre como para el infante.(5).

Sin duda que uno de los métodos diagnósticos de más ayuda en el presente para diagnosticar oportunamente la placenta previa es el empleo del ultrasonido y en manos del profesional experimentado se reportan certezas hasta en el 99% de los casos. (6)

La placenta previa y en forma especial la central total (Grado IV), constituye una de las causas más frecuentes de hemorragia durante la segunda mitad del embarazo, que en muchas ocasiones, a pesar del manejo conservador es inevitable la interrupción del embarazo por la vía abdominal, independientemente de la edad gestacional y constituye una indicación materna de operación cesárea como lo señala el estudio de Ruiz Velasco practicado en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, del Centro Médico "La Reza", en el que analiza 4000 cesáreas producto de 4 años de trabajo, encontrando 225 casos (6.37%); como indicación absoluta la placenta previa del procedimiento quirúrgico. (7)

La cesárea practicada por indicación de placenta previa y especialmente la de tipo central total, constituye uno de los riesgos de complicación transoperatoria fundamentalmente de tipo hemorrágico masivo que pone seriamente en peligro la vida de la paciente y es imperiosa la decisión oportuna del cirujano de practicar Cesárea Histerectomía para salvaguardar la vida de la paciente, haciendo caso -

II. ANTECEDENTES:

La primera Cesárea Histerectomía, descrita como tal, fué practicada el 21 de Julio de 1868 por Horacio Robinson-Storer en la Ciudad de Boston, U.S.A., en un caso de hemo - rragia profusa en un útero miomatoso, en la cual murió el - binomio, 8 años después Edoardo Porro, la efectuó con éxito en un caso seleccionado, a partir de entonces se difundió - más su práctica y para 1883 Godeón había publicado ya 134 - casos con una mortalidad materna del 53%. En 1901, Truzzi - alumno de Porro, reunió 1097 casos, con una mortalidad ma - terna ya menor, reportó 24.8%.

En nuestro país, la primera operación de este tipo - fué efectuada el 12 de Marzo de 1884, por el Dr. Juan Ma - Rodríguez, con muerte materna y producto vivo, y 20 años - después el Dr. Fernando Zarraga ya logro efectuarla con - éxito. (7, 8).

En el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, del Cen - tro Médico "La Reza", Ruiz Velasco y Cols., realiza el pri - mer estudio de Cesáreas Histerectomía practicadas en los pri - meros seis años de trabajo (1974-70), donde analizan 68 ca - sos, reportando una incidencia de 1;III cesáreas que corres - ponde al 0.89%, de las cuales el 72.1% fué Cesárea Histerec - tomía Total y el 27.9% subtotal, es importante señalar que - de las principales indicaciones de la Cesárea Histerectomía

destacan las anomalías placentarias, ya que de los 68 -- casos estudiados el 27.9% corresponde a Acretismo Placenta - rio y el 13.2% a placenta previa; la mortalidad materna y fe - tal fué del 5.8% y 10.2% respectivamente (9).

Un estudio similar al anterior pero en institución di - ferente (Hospital de Gineco Obstetricia No. 1) realizado por el Dr. Chávez Azuela y Cols., en 1974, donde analizan 120 ca - sos de Cesárea Histerectomía reportan una mortalidad materna corregida de 7.5% (ya que eliminan un caso de muerte por - eclampsia), y una morbilidad post operatoria de 26.6% in - fluenciada por diversos factores destacando la placenta pre - via, como causa de cesárea y el acretismo placentario como - causa de Histerectomía (8); los estudios más recientes - - (Chesnut y Cols 1985), destaca la importancia de la prepara - ción del médico residente en periodo de adiestramiento para - hacer frente a esta emergencia obstétrica y afrontar las - complicaciones derivadas de este procedimiento quirúrgico, - donde hace destacar las lesiones urológicas como son el da - ño ureteral y las fistulas vesico-vaginales, recomienda que - la atención cuidadosa de la técnica operatoria es esencial, - la histerectomía total deberá ser realizada a menos que una - inestabilidad materna demande una histerectomía subtotal, el autor agrega que es alarmante la disminución de la frecuen - cia en la realización de la cesárea histerectomía, en los - programas del residente y que la educación y el entrenamien -

to de los residentes debe ser preferentemente en situaciones selectivas con la supervisión de un cirujano experimentado. (10)

En los Estados Unidos de América es más frecuente la cesárea hysterectomía planeada con resultados satisfactorios y favorece los programas de entrenamiento de los residentes y le permite desarrollar habilidades que lo capacitan para afrontar situaciones de cesáreas hysterectomías de emergencia cuando sea necesario. (12); ya que el reporte de varios autores identifica a la estosis uterina como la causa más común de hemorragia masiva, post parto, un reporte reciente de O'Leary señala el 67%, y hace hincapié del incremento de la relación de anomalías placentarias (placenta accreta, percreta e increta) que indican la cesárea hysterectomía en el mismo acto quirúrgico y evitar tratar de controlar la hemorragia, intentando desprender la placenta o dando puntos de sutura en los sitios sangrantes, lo que favorece la pérdida de tiempo y pone más en peligro la vida de la paciente, el juicio y la determinación del cirujano debe ser rápida, eficaz y oportuna (13, 14).

III. JUSTIFICACION:

En los últimos años se ha observado un incremento - en la demanda de servicios en hospitales de tercer nivel, - como es el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, del Centro Médico "La Reza", para la atención y control del embarazo - catalogado como de "Alto Riesgo". Una de estas patologías- concomitantes con el embarazo es la Placenta Previa, en sus diversos tipos de inserción, pero en forma especial, destaca la placenta previa central total, en pacientes con antecedentes de cesárea (s) previa o cirugía uterina, en los - que en la mayoría de los casos se manifiesta por problemas- hemorragicos de la segunda mitad del embarazo, de diversa magnitud pero generalmente severos, que ponen en peligro la vida de la madre y/o el producto de la concepción.

Dado que frecuentemente a pesar de las medidas con - servadoras tomadas inicialmente, el médico se ve obligado - a interrumpir el embarazo por vía abdominal independiente - mente de la edad gestacional, las pacientes intervenidas en estas condiciones en la mayoría de los casos en forma crítica y por consiguiente el bienestar del binomio se ve seriamente comprometido, la cirugía suele ser de urgencia y las- complicaciones transoperatorias son graves y la resolución- de las mismas para salvaguardar la vida de la madre son la- de practicar la extirpación del útero en el mismo acto - -

quirúrgico, el interés del presente estudio de carácter retrospectivo es precisamente analizar la relación existente y los diversos factores que intervienen en la culminación de esta patología.

IV. HIPOTESIS.

En los casos de las pacientes con Placenta Previa en especial la de tipo Central Total, con frecuencia es necesario recurrir a la práctica de Cesárea Histerectomía para salvaguardar la vida de la madre y/o el producto.

V.. OBJETIVO.

Analizar la incidencia, los factores predisponen--
tes, la metodología diagnóstico - terapéutica y la morbimor-
talidad materno fetal de la Placenta Previa Central, como -
causa de Cesárea Histerectomía en el Hospital de Gineco --
Obstetricia No. 3, del Centro Médico "La Raza", I.M.S.S. -
en el periodo comprendido entre el primero de Enero de 1985
al treinta de Octubre de 1986.

VI . MATERIAL Y METODOS

Se incluyen en el presente estudio, todos los -
casos de Placenta Previa Central (20 casos), que amerita-
ron Cesárea Histerectomía, en el periodo del 10. de Enero -
de 1985 al 30 de Octubre de 1986, que fueron manejados en -
el Módulo II del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, del-
Centro Médico "La Raza", del Instituto Mexicano del Seguro-
Social.

VII. RESULTADOS:

1. Edad :

Las edades de los pacientes fluctuaron entre 26 y-
37 años, con un promedio de 30.6 (Cuadro No. 1).

Grupos de Edad	No. de Pacientes
26 - 30 años	10
31 - 35 años	8
36 - 40 años	2
T o t a l	20

2. Antecedentes Gineco Obstétricos.

a) El número de embarazos por paciente fué variable -
(Cuadro No. 2) Promedio de 3.25

Gestaciones	No. Pacientes	%
Primigestas	3	15
Secundigestas	4	20
Multigestas	13	65
T o t a l e s	20	100

d) Cesáreas (Cuadro No. 5)

Antecedente	No. Pacientes	%
Sin antecedente	8	40
Con antecedente *	12	60
T o t a l e s	20	100

Seis	una	cesárea
Cinco	dos	cesáreas
Una	tres	cesáreas

3. Edad del Embarazo en que se inició el sangrado genital (Cuadro No. 6) Promedio de inicio del sangrado : Semana 29.

Sangrado	No. Pacientes	%
Sin sangrado	4	20
Con sangrado	16	80
T o t a l e s	20	100

Grupos semanas	No. Pacientes
16 - 20	2
21 - 25	0
26 - 30	9
31 - 35	5
T o t a l	20

4. Duración del Sangrado

El sangrado genital como manifestación de la placenta previa fué variable, desde casos que no lo presentaron, hasta pacientes que lo tuvieron por 15 días, con un promedio de 5.

5. Diagnóstico Ecosonográfico. (Cuadro No. 7).

U.E.S.G.	No.Pacientes	%
Se efectuó y confirmó	15	75
No se realizó +	5	25
T o t a l e s	20	100

+ Pacientes a las cuales se les intervino en forma urgente debido a la magnitud del sangrado y con diagnóstico presuncional, mismo que fué confirmado en el transoperatorio.

6. Tratamiento Médico.

a) Sitio :

Hospitalización en piso 16 casos = 80%

Unidad de Terapia Intensiva 4 casos = 20%

(Por Shock Hipovolemico)

b) Hemotransfusión : 20 casos = 100%

(Paquete globular, sangre total, plasma, crioprecipitados).

Cantidades variables de sangre, el volumen mínimo-fué de 500 ml. y el máximo de 3,500, con promedio de 1,200. (durante el transoperatorio).

c) Antimicrobianos 13 casos = 65%

Se emplearon esquemas como ampicilina-gentamicina-P.S.C. gentamicina, ampicilina-gentamicina, clindamicina y cloranfenicol-clindamicina.

El más frecuentemente usado fué el primero con cifra porcentual de 69.21%, las indicaciones fueron por factores altamente predisponentes de infección post operatoria y en algunos casos por infecciones específicas como infecciones en pared abdominal o del aparato urinario.

d) Otros

Corticoides de tipo de la dexametazona en 5 casos = 25%, como inductores de la madurez pulmonar fetal. En el trans y post operatorio estos fármacos se emplearon como medida complementaria en el tratamiento del estado de shock en 5 casos = 25%.

Dos casos = 10% ameritaron antihipertensivos - -

(alfametildopa e hidralazina) para control de toxemia agregada y, cabe mencionar un caso que por su extrema rareza se resume a continuación y que fué intervenida quirúrgicamente por el Dr. Federico - Mendoza Meixueiro y como primer ayudante el autor de esta tesis y manejada en el postoperatorio con Metrotrexate, con resultados satisfactorios.

Caso Clínico : B.Z.S.

Femenino de 31 años, originaria y residente de esta ciudad de México, D.F. con antecedentes positivos para diabetes solamente, Gesta III, Para 0, Cesárea I, Abortos I. F.U.M. 13 de Febrero de 1985.

Enviada de su Unidad de adscripción y valorada por primera vez en la Consulta Externa de nuestro hospital de Gineco Obstetricia No. 3, del Centro Médico "La Reza", el 2 de Octubre de 1986, cursando la semana 33 de Embarazo complicado con Placenta Previa Central Total no sangrante, demostrada previamente por ecosonografía practicada en la unidad de envío y donde también se menciona la posibilidad de acretismo placentario.

Solicitamos nuevamente estudio ecosonográfico y exámenes de laboratorio básicos para próxima cita; el Ultrasonido reporta embarazo de 36 semanas y placenta previa central total, los exámenes de la

boratorio;normales, la paciente se mantiene hasta el momento asintomática, se decide su hospitalización - para interrupción del embarazo, previa aplicación de inductores de madurez pulmonar fetal y valoración - del servicio de anestesiología que da RAQ E I Ib. ☼
Con diagnóstico preoperatorio de :Embarazo de 36-37- semanas y Placenta Previa Central Total y probable - acretismo, se planea cesárea corporal y probable Hig- terectomía Total Abdominal.

Hallezgo :PUVI femenino, Apgar 8-9, peso de 2,550 - gre. y talla 46 cms. placenta percreta, localizada - a segmento anterior y posterior, con invasión a pa- red vesical, fondo de saco posterior y cérvix. Ante- estos hallazgos se practica solamente Histerectomía- subtotal dejando un 60 a 70% de tejido placentario,- como complicación transoperatoria, hemorragia de - 1500 ml., que ameritó hemotransfusión e infusión de- soluciones cristaloides y coloides para mantener su- homeostasis, debido a su gravedad se decide su mane- jo post operatorio inmediato en la Unidad de Cuida- dos Intensivos, servicio en el que se mantiene por - un periodo de aproximadamente 10 horas, egresandole- al módulo de hospitalización correspondiente para - continuar su manejo, debido a su potencial foco sép- tico se utiliza esquema antimicrobiano de Clindamici- na-Cloranfenicol y pendiente el uso de Metotrexato.

Se inicia monitoreo seriado con ecosonografía, con el objeto de mantener más estrecha vigilancia del vo lumen placentario dejado y detectar oportunamente po sibles zonas de desprendimiento, también se hacen - determinaciones de hormona gonadotrofina corionica - (Subunidad B), evoluciones en forma aceptable, sin - complicaciones de importancia a excepción de un ilio paralítico que cedió a tratamiento conservador.

Al 14 día de post operatorio, previas pruebas de fun cionamiento hepatico normales, inicia el primer ci- ciclo de metotrexate a dosis de 2.5 mgs. cada 12 hrs. por 5 días por vía oral, la tolerancia es adecuada, - egresando del hospital al terminar este primer ciclo y planeandose el segundo ciclo de metotrexate en - forma extrahospitalaria en una semana. Continúa su vigilancia periódica en la consulta externa y a los- tres meses de la primera intervención quirúrgica se- decide su segunda operación complementaria mediante legrado uterino instrumental para extracción de rea- tos placentarios y laparotomía, para extirpar el úte- ro residual, lesión vascular transoperatoria, la cual se repara, evolución satisfactoria y es dada de alta en forma definitiva el 28 de Febrero, 1986.

8. Edad gestacional en la que se interrumpió el embarazo.

De acuerdo a las condiciones del caso fué variable,- desde una mínima de 22 semanas hasta gestaciones de término, el 65% de los casos esta en el grupo de las 31 a 35 semanas, con un promedio general de 34.8.

9. Indicaciones de la Cesárea (Cuadro No. 8).

Indicación	No. Pacientes	%
Embarazo 35 semanas y PPCT no sangrante	11	65
Embarazo menor 35 semanas y PPCT sangrante	4	20
Embarazo mayor 35 semanas y PPCT no sangrante.	4	20
Embarazo mayor 35 semanas y PPCT sangrante	1	5
T o t a l e s	20	100

10. Tipo de Cesárea (Cuadro No. 9).

Tipo	No. Pacientes	%
Kerr	15	75
Corporal	4	20
Segmento corporal	1	5
T o t a l e s	20	100

11. Indicaciones de la Histerectomía

La Hemorragia incoercible fué la causa en todos los-

casos.

12. Tipo de Histerectomía. (Cuadro No. 10).

	No. Pacientes	%
Histerectomía Total	18	90
Histerectomía Subtotal	2	10
T o t a l e s	20	100

13. Localización placentaria en el transoperatorio des -
crita por el cirujano es la siguiente. (Cuadro No.11)

Localización	No. Pacientes	%
PPCT	10	50
PPCP (Posterior)	7	35
PPCP (Anterior)	3	15
T o t a l e s	20	100

14. Complicaciones Transoperatorias.

La más importante fué la hemorragia debido a las -
condiciones especiales del segmento uterino en don-
de no existen las ligaduras de Pinard y, las ocasio-
nes por la penetración anormal placentaria en grado
variable y, que se observó en el 50% de los casos.

15. Grado de penetración placentaria, confirmado por el servicio de Anatomía Patológica en la mitad de los casos de este estudio (Cuadro No. 12).

Penetración	No. pacientes	%
Acreta	6	60
Increta	2	20
Percreta	2	20
T o t a l e s	10	100

16. Características de los productos.

- a) Peso mínimo 400 grs. y máximo 3375 grs., promedio - 2390 grs.
- b) Talla mínima 30 cms. y máxima 50 cms., promedio - - 45 cms.
- c) Ager el nacimiento fué variable, desde calificación 1-3 hasta 9-9, el 60% de los casos fué 7-8.
- d) Cinco productos se encontraron en estrucción transversa, dos en oblicua, uno en pélvica y el resto longitudinal cefálica.
17. Morbimortalidad Fetal (Cuadro No. 13)

	No. Pacientes	%
Óbitos	3	15
Muerte Neonatal	1	5
Bajo peso al nacer	6	30
T o t a l e s	10	50

En dos productos óbitos, la muerte se atribuyó a inmadurez orgánica generalizada por prematuréz, el tercer óbito correspondió a un desprendimiento placentario valorado en 80-90%.

La muerte neonatal fué también por prematuréz.

El bajo peso al nacer fué catalogada al inferior de 2,500 grs.

18. Morbilidad Materna.

En el 20% de los casos la consideramos severa, ya que fué motivo de reintervención quirúrgica (Cuadro No. 14), y moderada en el 35% (Cuadro No. 15, para un global de 55%.

Complicación Post Operatoria.	No. Pacientes	Re interven - ción.
Hematoma Retroperitoneal	1 caso	Ligadura Hi - pogástricas.
Hemoperitoneo	1 caso	Laparotomía - Exploradora.
Lesión Aparato Urinario	2 casos	Canalizadas a Urología para su manejo.

(Cuadro No. 14).

Complicación	No. Pacientes	%
Infección de pared abd.	1	5
Infección vías urinarias	2	10
Ileoparalítico	2	10
Tromboflebitis pélvica séptica	1	5
Fiebre de origen no determinado	1	5
T o t a l e s	7	35

(Cuadro No. 15)

19. Mortalidad Materna.

Un caso = 5%

Paciente a la que se intervino quirúrgicamente a 1-2 semanas 34-35 de gestación, con diagnóstico preparatorio de PPCT y sangrado masivo, durante el transoperatorio, se encontró placenta percreta, el sangrado fué de 2,500 ml. con shock hipovolémico severo e insuficiencia Renal aguda. Ocho días después falleció.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

VIII. RESUMEN Y COMENTARIOS.

- 1) Se hace el análisis de la metodología diagnóstica y terapéutica de 20 casos de cesárea histerectomía por placenta previa central, efectuadas en el módulo II del servicio de embarazo de alto riesgo del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el período comprendido de enero de 1985 a octubre de 1986.
- 2) El anterior grupo (20 casos) corresponde a un total de 50 que cursaron con placenta previa central, con lo que se deduce que el 40% de esta complicación requiere de cesárea histerectomía.
- 3) Es evidente que este tipo de patología se presenta con una frecuencia predominante entre los 26 a 37 años, que está de acuerdo con lo reportado por autores como Ruiz Velasco, Chávez Azuela y Clark, quienes en sus publicaciones correspondientes mencionan cifras de : 32 -35, 21 -43 y 30 respectivamente. (8, 9, 13).
- 4) Como puede observarse en los antecedentes obstétricos el 65% de nuestra casuística correspondió a pacientes multigestas, situación que se relaciona a la disminución en la aceptación de métodos de anticon-

ción en nuestro medio.

- 5) Llama la atención que un porcentaje predominante de 80% correspondió a pacientes nulíparas, dándose en esta presente comunicación como explicación, la importancia que tiene el antecedente de cesárea(s) previa, al predisponer a la implantación anormal de la placenta, este concepto también ya ha sido mencionado por diversos autores(8, 9, 10, 12, 13, 14).
- 6) Se encontró un porcentaje de 40% con antecedente de uno o dos abortos, cifra significativamente superior a la reportada por otros autores; por ejemplo en 1972 Ruiz Valasco en nuestro mismo hospital publicó un 0.8%.
La relación de causa efecto es difícil de explicar y tal vez lo único que está sucediendo sea un incremento en la frecuencia de abortos.
- 7) Uno de los antecedentes obstétricos más relevantes en relación a esta patología, es el de cesárea(s) previa en nuestra casuística el 60% de los casos lo tenían, lo que está de acuerdo con lo publicado por diferentes autores. (4, 8, 9, 11, 12, 13, 14).
- 8) La edad del embarazo en que nuestro grupo de estudio inició con sangrado genital, es en promedio 29 semanas y con una duración de 5 días, también como prome -

dio de los 20 casos.

- 9) El método más valioso para elaborar el Diagnóstico de placenta previa central, es sin duda la ecsonografía, que en nuestra casuística se realizó y confirmó en 15-casos, Gottesfield menciona hasta 99% de certeza.(6).
- 10) Los días que ameritaron hospitalización fué variable-- con mínimo de 5 hasta máximo 22, con promedio de 10.5; cifra un poco inferior a la reportada en el estudio de Ruiz Blasco y superior a la de McNulty. (9,12).
- 11) Del manejo médico en nuestro grupo de estudio destaca como recurso vital la hemotransfusión, la totalidad de nuestros pacientes, la necesidad de acuerdo a cada caso en particular con un mínimo de 500 ml y un máximo de - 3,500, en promedio 1200.

También reporta el uso de antimicrobianos en el 65% - de los casos, ya que este tipo de pacientes son considerados portadores de patología altamente predisponente de infección post operatoria, el esquema más utilizado fué ampicilina-gentamicina.

Los corticosteroides se manejaron en el 25% de los casos como recurso complementario del estado de shock - hipovolemico.

Se mencionan otros medicamentos específicos para complementar el manejo de cada caso en particular por -

ejemplo, el uso de metotrexate, ya comentado en el resumen clínico presentado.

- 12) La edad del embarazo en que se interrumpió el embarazo el 65% correspondió a lo señalado por las normas del servicio del módulo II, en donde el objetivo es llegar a las semanas 35(2).

El promedio fué 34.8.

- 13) De los casos reportados en el presente estudio la indicación de la cesárea en la mayoría de los casos (65%) - fué en forma electiva y el tipo de cesárea practicada en el 75% de nuestro grupo fué tipo segmentaria trans-versal.

- 14) Las indicaciones de la Histerectomía en todos los ca-sos reportados fué por complicación transoperatoria de tipo hemorrágico, practicándose Histerectomía Total en el 90% y subtotal en el 10% cifras proporcionales similares en los reportes de diversos autores. (8,9, 10, - 11, 12, 13, 14, 15).

- 15) La localización placentaria en el transoperatorio fué- placenta previa central en todos los casos, (total y - parcial en proporciones similares).

- 16) Los reportes del servicio de Anatomía Patológica con - firmaron el diverso grado de penetración placentaria - en el 50% de los casos.

17) De los productos obtenidos la mayoría están dentro de la prematuréz de primer grado, con un promedio de peso de 2,390 grs., talla de 45 cms., el 40% adoptaron situaciones viciosas.

18) La mortalidad fetal fué 20%

19) La morbilidad materna global fué 55% con lo que concluimos que la cesárea histerectomía por placenta previa central, es generadora de morbilidad elevada, situación ya mencionada por diversos autores (8, 9, 10, 12, 14).

Si somos estrictos la reducimos al 20%, ya que en este porcentaje la consideramos severa porque fué tributaria de re intervención quirúrgica.

20) La mortalidad materna absoluta de las 20 pacientes estudiadas fué de un caso, que en traducción porcentual es el 5%.

17) De los productos obtenidos la mayoría están dentro de la prematuréz de primer grado, con un promedio de peso de 2,390 gra., talla de 45 cms., el 40% adoptaron situaciones viciosas.

18) La mortalidad fetal fué 20%

19) La morbilidad materna global fué 55% con lo que concluimos que la cesárea histerectomía por placenta previa central, es generadora de morbilidad elevada, situación ya mencionada por diversos autores (8, 9, 10, 12, 14).

Si somos estrictos la reducimos al 20%, ya que en este porcentaje la consideramos severa porque fué tributaria de re intervención quirúrgica.

20) La mortalidad materna absoluta de las 20 pacientes estudiadas fué de un caso, que en traducción porcentual es el 5%.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Graber: Hemorragia en el embarazo.
Ed. Médica panamericana. Complicaciones quirúrgicas del -
embarazo 1978;30 558-9
- 2) INSS. Placenta Previa.
Manual de normas y procedimientos en obstetricia
1986;1: 80-1
- 3) Williams. Hemorragia Obstetrica.
Salvat Editores 2da. edición 1983.
- 4) Singh: Placenta Previa and previos caesarean section.
Acta obstet ginecol scand 60(81) 367-8.
- 5) Silver R.: Placenta Previa: aggressive expectant management -
Am. J. Obstet Gynecol 1984.
- 6) Gottesfeld: El empleo del ultrasonido para el diagnóstico -
en obstetricia. publicaciones médicas 1982;13:198.
- 7) Ruiz Velasco: La Operación Cesarea.
Ed. Prensa Médica Mexicana 1967
- 8) Ruiz Velasco: Cesarea Histerectomía en el Hospital de Gineco
Obstetricia No. 3, C. M. R. I.M.S.S.
Gineco-Obstetricia Mexicana 32:194:1972:335-47
- 9) Chávez Azuela: Morbi-mortalidad materna en la cesarea histe-
rectomía. Gineco-obstetricia Mexicana: 35:211:1974:551-61
- 10) López Ortiz: La histerectomía obstetrica en el hospital de -
Gineco-obstetricia No.3A del I.M.S.S. correlación anatómica
nica. Gineco obstetrica mexicana 61:318:1983:281-6

- 11) Chestnut D.: Peripartum hysterectomy: A review of cesarean and postpartum hysterectomy. *Obstete Gynecol*:65:3:1985:365
- 12) McNulty JV: Elective cesarean hysterectomy-revisited *Am J-Obstet Gynecol*: 149:29:1984
- 13) Clark SL: Emergency Hysterectomy for Obstetric Hemorrhage-*Obstet Gynecol*:64:376:1984
- 14) Barclay DL: Elective cesarean hysterectomy: A 5 year comparison with cesarean section. *Am J. Obstet Gynecol*:124:8:--1976.
- 15) Diaz Fuga y Calmeneras: *Cesarea Histerectomia en el Hospital de Gineco Obstetricia No.3, del I.M.S.S., de enero de 1974 a Diciembre de 1977. Tesis 1978.*