

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSTGRADO

13  
2ej

" MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO, FETAL, Y  
NEONATAL EN PLACENTA PREVIA CENTRAL TOTAL  
Y TÉCNICA QUIRÚRGICA EMPLEADA. "



TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presenta la Doctora:  
MARTHA ALICIA BALTAZAR VÉLEZ

*[Faint, illegible text, possibly a signature or stamp]*

*[Handwritten signature]*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

México, D.F.

1993.



## **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.

## C O N T E N I D O

**Introducción.....Pag. 1**

### **Generalidades:**

Definición.....Pag. 3

Clasificación de la inserción baja.....Pag. 3  
de placenta.

Etiología.....Pag. 3

Frecuencia.....Pag. 4

Incidencia.....Pag. 4

Antecedentes Históricos científicos.....Pag. 4

### **Descripción de técnica quirúrgica:**

Cesárea Corporal.....Pag. 6

Cesárea Kerr.....Pag. 7

**Material y Métodos.....Pag. 9**

**Resultados.....Pag.10**

**Comentarios.....Pag.20**

**Conclusiones.....Pag.22**

**Bibliografía.....Pag.23**

## I N T R O D U C C I O N

La placenta previa es un padecimiento multifactorial que requiere de interrupción quirúrgica del embarazo mediante la operación cesárea.

Siendo la operación cesárea uno de los procedimientos más antiguos descritos en la historia de la humanidad, del que se habla en leyendas, tradiciones y mitología de numerosos pueblos como son los nacimientos de Indra y Buda en la religión Hindú y el de Dionisius, Asclepios, Esculapio y Baco en la cultura griega.

Históricamente se refiere en el papiro de Kahum (2160 años A.C.) y los Hebreos en la obra de Mischnagoth (140 años A. C.) Y Plinio que relata la cesárea postmortem decretada por Numa Pompilio (715-613 A.C.).

En México el Dr. Adalberto Lara en 1913 en la tesis " Algunas consideraciones sobre la operación cesárea ", describe las indicaciones para la cesárea corporal o clásica que era la única que se empleaba en la época mencionando:

- a) Deformaciones pélvicas.
- b) Tumores uterinos.
- c) **Placenta previa.**
- d) Amenaza de ruptura uterina.
- e) Anomalías de la contracción uterina.
- f) Causas fetales.

El incremento de la operación cesárea por placenta previa fue mayor a partir de 1930, llegando a ocupar el primer lugar como indicación de cesárea en algunas estadísticas. En la actualidad el criterio quirúrgico de la placenta previa esta encaminando además de cuando es central total, cuando pone en peligro la vida materna y fetal por hemorragia.

La cesárea segmentaria transversa de Franck modificada por Kerr fue realizada por primera vez en nuestro país en 1943, teniendo su evolución hasta nuestra época siendo utilizada en la actualidad para la resolución de la mayoría de los embarazos con complicaciones obstétrica que requiere resolución quirúrgica.

La importancia de la evaluación de la técnica quirúrgica empleada para la interrupción del embarazo en la placenta previa radica en la rapidez de acceso, así como el manejo transoperatorio que repercute en el estado del producto al nacimiento y la evolución posoperatoria de la madre. (8,11,12,30).

En nuestro medio la mortalidad materna por sangrado ocupa del segundo al tercer lugar como causa de muerte por lo que se considera deben reducirse al mínimo los riesgos maternos y fetales trasoperatorios.\*

El propósito del presente estudio es determinar si la cesárea clásica o cbrporal es de menor morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal que la cesárea segmentaria transversa tipo Kerr para la resolución del embarazo en pacientes con placenta previa central total.

\* Fuente: Comité de mortalidad materna del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional " La Raza ".

## GENERALIDADES

### Definición:

La inserción baja de placenta es la nidación del huevo en las porciones más bajas de la pared uterina quedando la placenta en las proximidades del orificio cervical interno o a nivel de éste. Cuando el borde placentario se encuentra a una distancia menor de 4 cm del orificio cervical interno. (4)

### Clasificación de la inserción baja de placenta:

#### Placenta de inserción baja no previa:

Cuando se inserta en el segmento inferior del útero a más de 4 cm del orificio cervical interno, pero que su borde inferior queda entre 1 y 4 cm. del orificio cervical interno.

#### Placenta previa central total:

Es aquella en la cual el orificio cervical interno se encuentra a una distancia equidistante del perímetro de la placenta. Cubriendo el orificio cervical interno aún en el trabajo de parto avanzado.

#### Placenta previa central parcial:

Es aquella en la cual antes del trabajo de parto el orificio cervical interno se encuentra cubierto por la placenta, pero uno de sus bordes esta más cercano al orificio cervical interno y en el curso del trabajo de parto este borde placentario se hace presente en la luz del orificio cervical interno.

#### Placenta previa marginal:

Cuando el borde inferior de la placenta se localiza en el borde del orificio cervical interno, al presentarse dilatación cervical puede aparecer como placenta previa central parcial. (3, 4, 7).

### Etiología:

La nidación del huevo será baja cuando existan factores que perturben los mecanismos de nidación del mismo en el fondo uterino.

- a) Lesiones o ausencia de endometrio en el fondo uterino, (legrados uterinos instrumentales agresivos, agentes cáusticos químicos, lesiones infecciosas o exudativas).

- b) Malformaciones uterinas congénitas, (útero bicorne, útero didelfo).
- c) Retardo o debilidad del poder citolítico del trofoblasto. (6)

#### **Frecuencia:**

En diversos reportes a través de los años ha variado de 1:1000 a 1:200-300 como lo mencionan Druzin o Lavery en sus publicaciones. (9,20)

#### **Incidencia:**

La placenta previa central total se presenta con una incidencia de 0.2 a 3.3% de todos los nacimientos. (2,8,9,30,31)

#### **Antecedentes Históricos Científicos:**

La placenta previa central total que incluye el segmento anterior uterino, es una de las patologías obstétricas de mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y fetal. (1,9,11,20,22,25)

Las ideas de su manejo se encaminaron inicialmente a taponar la placenta, controlar la hemorragia y extraer al feto por vía vaginal con muerte materna en el 10% de los casos y muerte fetal en más del 50% (7,10,12,15,27)

Hacia 1930 se incremento la indicación de cesárea por placenta previa central total con o sin sangrado activo. (23,29)

En los años 40's se evidenció que muchas muertes maternas podrían evitarse con la cesárea inmediata, pero los resultados de los recién nacidos fueron menos satisfactorios, ya que en su mayoría eran de pretérmino (2,7,14,20)

En 1965 Lester y Bartolomene reconsideraron el empaquetamiento uterino con compresas en la hemorragia, cuando era necesario preservar el útero. (10,21,22,32)

En la actualidad se ha intentado controlar la hemorragia posterior a la evacuación del útero, con oxitocicos, prostaglandinas o ligaduras arteriales, sobre todo de arterias uterinas e ilíacas. Sin embargo la hemorragia persiste como complicación obstétrica seria. (5,10,15,17,22,26,27)

Quando la placenta es previa con inserción anterior, al realizar una incisión segmentaria baja se hace también una incisión sobre la placenta comprometiendo así la circulación fetal, con hemorragia peligrosa e incluso fatal para el feto. (12,13)

En la cesárea corporal el sangrado es mayor al incidir el músculo uterino de mayor grosor, sobre todo el sangrado materno, sin embargo el riesgo para el feto se reduce. (12,13,24)

Las opiniones sobre el tipo de incisión uterina que debe realizarse en los casos de placenta previa difieren entre la incisión segmentaria transversa tipo Kerr, la corporal vertical o clásica y la segmento corporal. (7,12,13,30)

Además de que en la placenta previa con antecedentes de cesárea anterior aumenta el riesgo de acretismo placentario que se reporta de 24 a 67% de los embarazos con placenta previa siendo esta una complicación tributaria de cesárea-histerectomía con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna. (2,15,17,20,27,31,32,33)

El diagnóstico de placenta previa es básicamente clínico pero puede confirmarse por estudios ultrasonográficos desde el 2º trimestre, realizándose seguimiento hasta el 3er. trimestre hasta la semana 32-34 cuando se observa la localización definitiva, así mismo se valora la presencia de hematomas retroplacentarios. (8,16,18)

Ante la importancia de este padecimiento consideramos reducir al mínimo los riesgos maternos y fetales transoperatorios y las complicaciones posoperatorias.

## DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

Para la realización de una operación cesárea deben tenerse en cuenta las siguientes particularidades del acto quirúrgico.

- .- La operación se realiza en un órgano con hipertrofia e hiperplasia.
- .- La anatomía del órgano se encuentra modificada de forma temporal.
- .- El útero se encuentra altamente vascularizado.
- .- Existe edema y facilidad de despegamiento de órganos vecinos (peritoneo y vejiga).
- .- La incisión se hace en un tejido en reposo a pesar de ser un órgano contráctil.
- .- El campo operatorio se encuentra limitado por los vasos laterales.
- .- El campo operatorio debe dejarse preparado para nuevas intervenciones.
- .- La cicatrización se efectúa en un órgano que se contrae y se atrofia acompañándose de catabolismo proteico.
- .- La herida se reduce en extensión a una décima parte del tamaño original.

La celiotomía preferida a realizar en el padecimiento que nos ocupa es la incisión media infraumbilical por :

- .- Ser fácil su realización.
- .- Tener menor sangrado.
- .- Dar rápido acceso a la cavidad abdominal.
- .- Exponer un campo operatorio amplio.
- .- Brindar facilidad para la extracción del feto.

Antes de proceder a la incisión uterina cualquiera que sea la técnica a seguir se debe verificar el eje longitudinal del útero que en ocasiones tiene la necesidad de corregirse, además debe colocarse separador automático y compresa única aislante.

### **Cesárea Corporal.**

Una vez corregido el eje longitudinal uterino se realiza incisión sobre la pared uterina anterior, lo más próximo a la línea media por ser el area más avascular. Se realiza con bisturí un corte de aproximadamente 2 cm, que abarque todo el tejido muscular hasta alcanzar la cavidad uterina. Una vez alcanzada esta cavidad, se protege el contenido de la misma con los dedos de la mano izquierda y se completa la histerotomía con tijeras romas hacia arriba y hacia abajo en una longitud que permita la extracción fácil del producto; En este caso no hay disección previa del peritoneo visceral por su firme adherencia a la capa muscular. Una vez rotas las membranas, se efectúa la aspiración del líquido amniótico y la liberación del producto mediante la extracción podálica, llevando los pies a la incisión y mediante tracción traer la pelvis fetal, colocando el diámetro bitrocantereo en sentido de la herida, extrayendo la pelvis, se hace un asa de cordón umbilical y se extrae el tronco y los hombros colocando el diámetro biacromial en sentido de la herida. Para liberar la cabeza se lleva el dorso del producto hacia el tórax materno y con la mano izquierda se calza la cabeza con lo que se extrae más fácilmente. Se procede al alumbramiento dirigido de la placenta o extracción manual, se revisa la cavidad uterina y se administran oxitocicos, se identifican los bordes de la herida y con pinzas de anillos que sirven de referencia y hemostasia provisional, se procede a histerorrafia con Catgut crómico del no. 1 montado en aguja atraumática curva de 3 cm. con sutura en 3 planos con puntos separados que abarquen cada uno un tercio de la pared uterina, en el tercio externo se incluye el peritoneo visceral. Algunos autores recomiendan realizar en este plano surgete tipo Lambert.

### **Cesárea segmentaria transversa tipo Kerr.**

Una vez corregido el eje longitudinal uterino, se localiza la reflexión del peritoneo vesicouterino, en la parte media se pinza con disección se levanta el peritoneo permitiendo corte con la punta de la tijera y se realiza despegamiento del peritoneo con tijeras romas, se realiza una línea curva de concavidad superior se retrae la vejiga con valva inferior no fija y se realiza corte transversal con bisturí, de 2 cm. en la parte media del segmento hasta la cavidad uterina; se protege el contenido con los dedos de la mano izquierda completando la histerotomía de forma bilateral con tijera roma en sentido arciforme de concavidad superior o bien de forma obtusa hacia los lados del ojal. Rompe la bolsa amniótica y se extrae el feto de acuerdo a la presentación. (cefálica, pélvica o podálica);

Se dirige el alumbramiento se extrae manualmente la placenta,

se administran oxitocicos. Se coloca nuevamente valva inferior se revisa cavidad uterina, se identifican bordes de la herida y se colocan pinzas de anillos en la parte media de cada uno y en las comisuras, la histerorrafia se repara en 2 planos primero con surgete anclado o puntos separados, el segundo con surgete invaginante en fascia periuterina, saturando el peritoneo visceral con surgete simple.

Una vez terminada la técnica quirúrgica de abordaje uterino se procede a retiro de separador abdominal, valva inferior y compresa aislante se revisa el estado del campo quirúrgico se realiza cuenta de gasas y compresas y siendo completa se refieren los bordes del peritoneo parietal se afronta con Catgut crómico atraumatico 2 ceros, se aproxima los músculos rectos con Catgut atraumático 2 ceros puntos separados no apretados. Se repara la aponeurosis con puntos separados simples, en X o en U con Catgut crómico no. 1, dexón no. 0 o 1, Maxón no. 0 o 1, ó Vicryl no. 0 o 1. Se afronta tejido celular subcutaneo con catgut simple no. 00 y la piel con puntos de seda, nylon dermalón o grapas. (7,12,29,30).

## M A T E R I A L   Y   M E T O D O S

Se revisaron los expedientes clínicos del período comprendido entre el 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1991, de las pacientes con diagnóstico clínico y/o ultrasonográfico de placenta previa central total con inserción anterior, con resolución quirúrgica del embarazo.

Se investigo en cada uno de los expedientes edad de la paciente, antecedentes gineco-obstétricos, evolución del embarazo, edad gestacional al momento de interrupción de la gestación y correlación con hallazgos clínicos, tipo de cesárea realizada, anestesia empleada tiempo quirúrgico anestésico, complicaciones transoperatorias y posoperatorias de la misma, estado del producto al nacimiento, morbilidad y mortalidad neonatal.

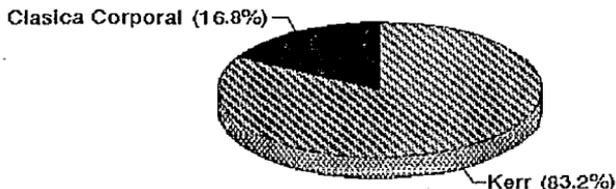
## RESULTADOS

Se revisaron los expedientes clínicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3 del I. M. S. S., en el período comprendido entre el 1º de Enero y el 31 de Diciembre de 1991, de las pacientes con diagnóstico clínico y/o ultrasonográfico de Placenta Previa Central Total (PPCT) con resolución quirúrgica del embarazo. Encontrándose un total de 101 pacientes con este diagnóstico de las cuales 84 se resolvieron mediante cesárea Kerr y 17 con cesárea clásica corporal.

### RESOLUCIÓN POR CESÁREA EN PPCT

Cesárea	No. Casos	Porcentaje
Kerr	84	83.2%
Clásica Corporal	17	16.8%
Total	101	100.0%

### RESOLUCION POR CESAREA EN PPCT



Llama la atención que sólo el 16.8% del total de casos fueron resueltos por cesárea clásica corporal.

No existió diferencia de edad entre ambos grupos estudiados, estando entre la 3ª y 4ª décadas de la vida con edades entre los 17 y los 40 años, con promedio de edad en la cesárea Kerr de 28 años y en la Corporal de 30 años.

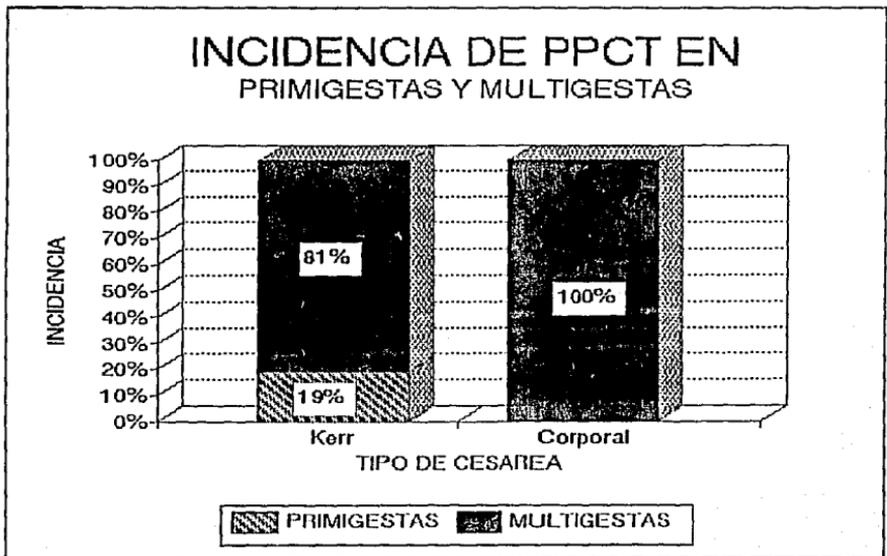
Edad materna en P.P.C.T.

Cesárea	Años
Kerr	28
Corporal	30

Entre los antecedentes ginecoobstétricos se observó la mayor incidencia de P.P.C.T. entre las pacientes multigestas, apreciando que ninguna paciente primigesta fue sometida a cesárea corporal, debido al criterio de preservar el futuro obstétrico, que se sostiene en el H.G.O. No. 3.

INCIDENCIA DE P.P.C.T. EN PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS

Cesárea	Primigestas		Multigestas		Total Nº Casos %
	Nº casos	%	Nº casos	%	
Kerr	16	(19%)	68	(81%)	84 (100%)
Corporal	0	(0%)	17	(100%)	17 (100%)



En las pacientes multigestas de ambos grupos los antecedentes obstétricos eran como se muestra en el cuadro.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS EN MULTIGESTAS CON P.P.C.T.

Técnica	Parto	Aborto	Cesárea
C. Kerr	43 (63%)	33 (48%)	36 (53%)
C. Corporal	11 (64%)	8 (47%)	10 (58%)

Los antecedentes obstétricos fueron similares para ambos grupos. Con predominio discreto de cesáreas en el grupo en que se eligió la cesárea corporal como método de resolución del embarazo.

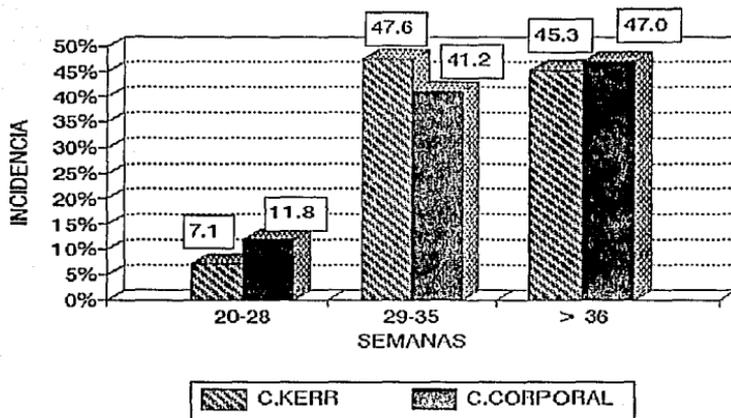
La edad gestacional a la que se interrumpió el embarazo fue similar en ambos grupos. Observando que el sangrado transvaginal importante fue en etapa pretérmino ocurrió en el 55% de los casos y en el 45% de embarazos a termino como se muestra en el cuadro.

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN P.P.C.T. Y TIPO DE CESÁREA.

Semanas Amenorrea	C. Kerr %	C. Corporal %
20-28	6 (7.1%)	2 (11.8%)
29-35	40 (47.6%)	7 (41.2%)
mayor de 36	38 (45.3%)	8 (47.0%)
TOTAL	84 (100.0%)	17 (100.0%)

La cirugía se realizó como urgencia en el 30.9% de las pacientes en las cuales el problema se resolvió por Cesárea Kerr en tanto que para el grupo con Cesárea Corporal correspondió al 10%. Esto nos indica que la decisión de cesárea corporal se tomó cuando la cirugía fue programada de forma electiva.

## EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE LA CESAREA



El tipo de anestesia empleada se muestra de forma comparativa en el cuadro.

### ANESTESIA EMPLEADA EN CESÁREA POR P.P.C.T.

	B.P.D* %	A.G.B+ %	TOTAL
Cesárea Kerr	53 63%	31 37%	84 100%
Cesárea Corporal	4 24%	13 76%	17 100%

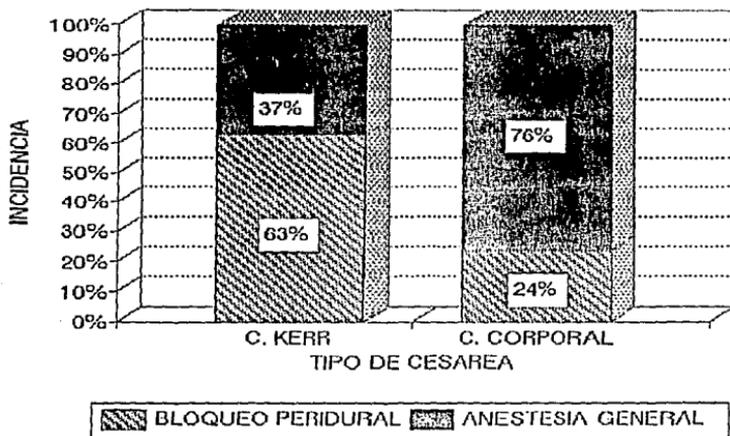
\* B.P.D. Bloqueo Peridural.

+ A.G.B. Anestesia General Balanceada.

Se observa que en las pacientes con resolución del embarazo por cesárea corporal en manejo anestésico empleado fue en mayor proporción con anestesia general. En base a que se esperaba mayor morbilidad transquirúrgica, con mayor sangrado, hipotensión y la posibilidad de Histerectomía total abdominal.

En cambio en la cirugía de urgencia se aplicó más frecuentemente tanto el bloqueo peridural como la cesárea Kerr, esto debido a la mayor experiencia del equipo médico con estas técnicas ya que frecuentemente estos procedimientos fueron realizados por personal becario (Residente).

## TIPO DE ANESTESIA EMPLEADA



Sabemos que la necesidad de cesárea histerectomía por placenta previa es frecuente; en nuestra investigación se encontró en 10% de los 101 casos con la siguiente distribución.

### CESÁREA HISTERECTOMIA EN P.P.C.T.

	ACRETISMO %		ATONIA %		TOTAL %	
CESÁREA KERR	3	3%	3	3%	6	6%
CESÁREA CORPORAL	3	3%	1	1%	4	4%
T O T A L	6	6%	4	4%	10	10%

En ambas técnicas se observó la necesidad de realizar cesárea Histerectomía sin que ninguna diera ventajas para evitarla.

El sangrado transoperatorio fue más importante en las pacientes con cesárea corporal, lo que se explica al incidir el miometrio en la porción de mas grosor y lesionar mayor cantidad de vasos arteriovenosos que en la cesárea Kerr, además de requerir mayor tiempo para realizar la histerorrafia. El sangrado en la cesárea Kerr varió de 250 a 1500 ml, con un promedio de 570 ml, en tanto que para la cesárea corporal varió de 300 a 3500 ml con un promedio de 923 ml.

SANGRADO TRANSOPERATORIO EN  
CESÁREA POR P.P.C.T.

Cesárea Kerr                    570 ml.

Cesárea Corporal            923 ml.

El tiempo anestésico quirúrgico fue mayor en la cesárea corporal que en la cesárea kerr, explicable por la dificultad técnica que implica, variando el tiempo anestésico quirúrgico para la cesárea kerr de 50 a 185 minutos con un promedio de 80 minutos y para la cesárea corporal varió de 60 a 195 minutos con un promedio de 97 minutos.

TIEMPO ANESTÉSICO QUIRÚRGICO  
EN CESÁREA POR P.P.C.T.

TIPO                                    TIEMPO PROMEDIO

Cesárea Kerr                            80 min.

Cesárea Corporal                    97 min.

La morbilidad materna observada fue anemia y procesos infecciosos (deciduitis y dehiscencia parcial de herida quirúrgica). Tomando como valores de referencia para detección de anemia los valores de hemoglobina y hematocrito para el tercer trimestre de gestación. Hemoglobina 10-14 gr/100 ml y hematocrito 36-41% (28)

Se detectó anemia en 6 pacientes de las sometidas a cesárea kerr (7.2%) y en 4 de las sometidas a cesárea corporal (23.5%) siendo valores menores de 10 gr/100 ml, requiriendo transfusión de paquete globular en todos los casos.

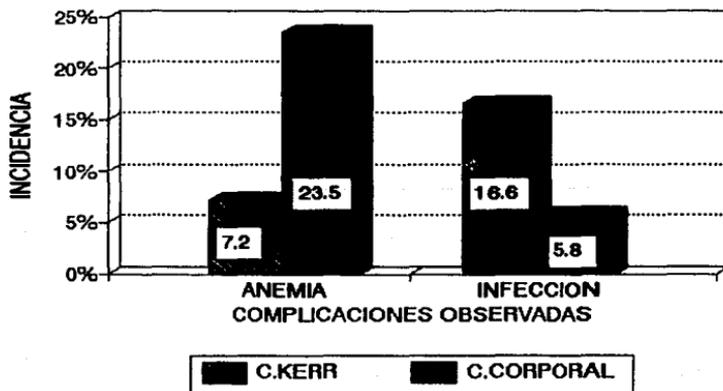
Los procesos infecciosos de deciduitis se asociaron a dehiscencia parcial de herida quirúrgica abdominal en la totalidad de los casos; en ninguno de ellos se aisló el germen causal; todos los casos recibieron antibioticoterapia con doble o triple esquema (penicilina, gentamicina, metronidazol); esta complicación se presentó en 14 pacientes con Cesárea Kerr (16.6%) y en 1 de la cesárea corporal (5.8%).

#### MORBILIDAD MATERNA EN CESÁREA POR P.P.C.T.

	Anemia	Infección *
Cesárea Kerr	6 ( 7.2%)	14 (16.6%)
Cesárea Corporal	4 (23.5%)	1 ( 5.8%)

\* Infección: Deciduitis y dehiscencia de herida quirúrgica.

### MORBILIDAD MATERNA EN CESAREA POR P.P.C.T.



Los paraclínicos preoperatorios no fueron diferentes para ambos grupos con tiempos de coagulación promedio dentro de lo normal y plaquetas normales.

No se determino la mortalidad materna en vista de que los expedientes fueron depurados del archivo clínico y fueron evaluados por el comité de mortalidad materna del hospital. Acudiendo a este comité, se informo que la mortalidad materna por sangrado obstétrico fue de 15% para el año 1991 ocupando así el 2º lugar como causa de muerte materna para nuestro medio.

#### ESTADO DE LOS PRODUCTOS AL NACIMIENTO.

Se presentó un óbito en las pacientes con resolución del embarazo por cesárea kerr, pero es difícil determinar si la causa de muerte se relacionó con la técnica empleada ya que la paciente tenía anemia menor de 9 grs/100 ml. antes de la cirugía y el producto tenía Hidrops Fetalis de causa no determinada y su peso fue de 900 grs obtenido a las 28 semanas.

De los productos nacidos vivos se valoraron clínicamente como maduros y prematuros con las valoraciones de Usher y Capurro. Correlacionándose en la mayoría con la edad gestacional por amenorrea.

#### RELACIÓN DE PESO CORPORAL Y VALOR DE MADUREZ FETAL AL NACIMIENTO EN CESÁREA POR PLACENTA PREVIA CENTRAL.

Cesárea	Prematuros		Peso Prom.	Maduros		Peso Prom.
	Nº	%		Nº	%	
Kerr	43	51.2	1732 gr	41	48.8	2946 gr
Corporal	8	47.1	1903 gr	9	52.95	2910 gr

Se encontró un caso de retraso en el crecimiento intrauterino, con valoración de Capurro mayor de 36 semanas y peso de 1500 gr.

Los valores de Apgar al nacimiento para los dos grupos se relacionan en el siguiente cuadro:

VALORACIÓN DE APGAR A LOS 5 Y 10 MIN EN LOS PRODUCTOS DE CESÁREA POR P.P.C.T.

	A P G A R P R O M E D I O			
	Prematuros		Maduros	
	5'	10'	5'	10'
Cesárea Kerr	6	7	7	8
Cesárea Corporal	6	8	8	9

Observándose mejor apgar en los productos obtenidos por cesárea corporal que los de cesárea kerr con mejor recuperación.

Las muertes neonatales dentro de las primeras 72 horas se presentaron para ambos grupos en productos prematuros, encontrándose dentro de la morbilidad del producto la insuficiencia respiratoria neonatal como primera complicación. En el grupo de cesárea kerr 12 neonatos la presentaron, con muerte por esta causa de 7 de ellos (16.3%), de los productos maduros 3 la presentaron pero se recuperaron. En el grupo de cesárea Corporal 3 pacientes pretérmino la tuvieron muriendo 2 de ellos (12.1%), de los productos de término ninguno la presento.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN CESÁREA POR PLACENTA PREVIA CENTRAL TOTAL

	CESÁREA KERR		CESÁREA CORPORAL	
	Preterm.	Término	Preterm.	Término
I. R. N.	12	3	3	0
Muerte	7	0	2	0

## SALIR DE LA BIBLIOTECA

Se observaron otros trastornos como Ictericia Neonatal en 7 neonatos del grupo con cesárea Kerr los cuales se recuperaron con fototerapia, 6 pertenecían al grupo con embarazo a termino.

En el grupo de cesárea Corporal no se detectó ningún problema asociado.

No se detectó anemia en ninguno de los neonatos presentando niveles de hemoglobina promedio para la Cesárea Kerr de 15.2 grs/100 ml y para la Cesárea Corporal de 16.5 grs/100 ml, y hematocrito de 46 y 47 respectivamente valores que están dentro de la normalidad para el neonato con hb de 15-26 grs/100 ml. y hematocrito de 41-75 (13,19)

## C O M E N T A R I O S

Los antecedentes obstétricos son importantes en la elección de la técnica quirúrgica a emplear indicándose la cesárea corporal en las pacientes que ya no interese el futuro obstétrico por tener paridad satisfecha con realización transoperatoria de esterilización voluntaria. Así mismo el antecedente de 2 o más cesáreas anteriores nos debe orientar a elegir la cesárea corporal por la dificultad técnica que implica realizar una Kerr con sus posibles complicaciones transoperatorias y la posibilidad de realizar Cesárea Histerectomía por su correlación con acretismo placentario.

Ninguna de las técnicas quirúrgicas de Cesárea repercute en la realización de Cesárea histerectomía.

La técnica anestésica que en esta patología consideramos como más adecuada, es la anestesia general ante la posibilidad de cesárea histerectomía. Además de que el bloqueo peridural condiciona hipotensión, la cual aunada a los antecedentes de sangrado e hipovolemia que presenta, repercute en la circulación placentaria y esto en forma directa en el estado hemodinámico del feto.

El sangrado es mayor en la cesárea corporal que en la cesárea Kerr por lo que deben tenerse las medidas pertinentes previas a la cirugía contando con sangre cruzada en ambos casos, con mayor énfasis en la cesárea corporal.

El tiempo quirúrgico anestésico es mayor en la cesárea corporal, lo que pudiese repercutir de forma directa en el sangrado transoperatorio y en la evolución posoperatoria.

La complicación mas importante de la cesárea corporal es la anemia en tanto que de la cesárea Kerr es el proceso infeccioso.

La placenta previa repercute en las concentraciones de hemoglobina y hematocrito por los sangrados intermitentes que ocurren en el embarazo, sin tener cambios en los tiempos de coagulación ni de concentración plaquetaria.

La técnica empleada dependiendo de la habilidad del cirujano y la urgencia del caso. La mayoría de los casos fueron resueltos por personal becario (residente), quienes tienen mayor experiencia en Cesárea Kerr, debido a que en la actualidad existen muy pocas indicaciones de Cesárea Corporal.

La morbilidad neonatal principal fue la Insuficiencia Respiratoria Neonatal, la cual se encontró asociada con el grado de madurez pulmonar fetal en ambos grupos. La ictericia neonatal y el retraso en el crecimiento intrauterino fueron fenómenos aislados.

La mortalidad neonatal debida a Insuficiencia Respiratoria Neonatal, estuvo relacionada con prematurez.

La valoración de Apgar fue mejor en el grupo con cesárea corporal que en el grupo de cesárea Kerr. Lo que coincide con lo publicado por otros autores.

## CONCLUSIONES

- I.- La técnica quirúrgica realizada no evita la cesárea histerectomía.
- II.- La Cesárea Kerr aumenta la posibilidad de infección en el posoperatorio como complicación quirúrgica.
- III.- La Cesárea Corporal incrementa el tiempo anestésico quirúrgico con incremento de la posibilidad de sangrado.
- IV.- A pesar de ser discreta se observo mejor estado al nacimiento de los productos con cesárea corporal.
- V.- El realizar cesárea Corporal implica experiencia amplia en su realización.

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

- 1.- Bender, S. Placenta Praevia and previous lower segment cesarean section. Surg. Gynecol. Obstet. 1954 V. 98 p 625.
- 2.- Brar, H.S. et. all. Fetal Umbilical Velocimetry for surveillance of pregnancies complicated by placenta previa. Journal of Reproductive Medicine. V 33 no. 9 September 1988 p 741-744.
- 3.- Brenner, W.E. et all. Characteristics of patiente with Placenta Praevia an Results of expectant management. Am. J. Obstet. Gynecol, 1978 V 132 p 180.
- 4.- Castelazo Ayala. Obstetricia. Ed. Mendez Oteo, ed 6a. 1982 pp 572-575.
- 5.- Clark, S.L. et all. Placenta Previa/acreta and prior cesárea sección. Obstetrics Gynecology. V. 66 no. 1 July 1985 pp. 89-92.
- 6.- Chapman, R.G. Aetiological factors in Placenta Praevia. A case controlled Study. Br. J. Obstet. Gynaecol, 1986 V. 93 pp 586-588.
- 7.- Danforth, D.N. : Tratado de Obstetricia y Ginecología. Ed. Interamericana, ed. 4a. 1987 pp 436-444.
- 8.- Davan, R.N. et. all. National History of Placenta Previa ascertained by diagnostic ultrasound. Am. J. Obstet. Gynecol. 1979 V. 133 pp 287-295.
- 9.- Druzin, M.L. et. all.: Packing. of lower uterine segmental for control postcesarean bleeding in instances of placenta previa. Surgery Gynecology and Obsterics. December 1989, V. 169 pp 543-545.
- 10.- Hallak, M. et. all. Transvaginal Pressure Pack for life threatening pelvic hemorrhage secondary to placenta accreta. Obstetrics and Gynecology, November 1991, V. 78 no. 5 part. 2 pp 938-940.
- 11.- Hansen, J.P. Older Maternal Age and pregnancy outcome a review of Literature. Obstet Gynecol Surv. 1986 V. 41 p726-731.
- 12.- Iffi/Charles : Perinatología Operatoria. Ed. Panamericana, 1986 pp 741-751.

- 13.- Iffi/Kaminetky. Obstétrica y Perinatología Principios y Practica. Ed. Panamericana, 1986 pp 1117-1131.
- 14.- Gill, R.W. et. all. Umbilical Venous flow in normal and complicated pregnancy. Ultrasound. Med. Eiol, 1984 Vol.10 pp 349-355.
- 15.- Giwa, O.F. et. all. Mortality and morbidity of emergency obstetric hysterectomy. J. Obstet, Gynaecol. 1983 V. 4 pp 93-99.
- 16.- Gottesfedd, W.P. Early Diagnostis of Placenta Previa. Obstet, Gynecol. 1979 V. 54 pp 231-234.
- 17.- Kistner, R. W. et. all. Simultaneously Occurring Placenta Previa and Placenta Acreta. Surg. Obstet. Gynecol. 1952. Vol. 94 pp 141-151.
- 18.- Kurtz, A.B. The Basic Ultrasound Examination of the uncomplicated pregnancy. Radiologic Clinics of Northamerica. January 1990 Vol. 28 no. 1 pp 56-59.
- 19.- Krupp, M.A. Manuel de Diagnóstico Clínico Integral. Ed. Manual Moderno, ed. 6a., 1986. pp 155-158.
- 20.- Lavery, J.P. Placenta previa. Clinic Obstetrics Gynecology. September 1990 V. 33 No. 3 pp. 403-409.
- 21.- Lester, W.M. Bartolomene R. A. et. all. Reconsideration of uterino pack in postpartum hemorrhage. Am. J. Obstet. Gynecol. 1965 V. 93 pp. 321-329.
- 22.- Mayonda/Varma: Masive obstetrics hemorrhage due to placenta previa/acreta with prior cesárea section. Int. J. Gynecol. Obstet. No. 34 1990 pp. 183-186.
- 23.- Mashiah, R.S. et. all. Two rare complications of simultaneously occurring placenta praevia and placenta percreta. Obstetrics and Gynecology Scandinavian 1988 V. 67 pp. 655-657.
- 24.- Meehan, S.M. et. all. Placenta Praevia Percreta with bladder involvement. Obstetrical and Gynecological Survey. 1989 V. 44 No. 12 pp. 835-840.
- 25.- Naeyo, R.L. Maternal Age Obsteric complications, and the outcome of pregnancy. Obstet. Gynecol. 1983 V. 61 pp. 210-215.
- 26.- Nielsen, T.F. et. all. Placenta previa and antepartum hemorrhage after previous cesarean section. Gynecol Obstetrics Invest. 1989 V. 27 pp. 88-99.

- 27.- Owen, B. Protocols in Obstetric units: Their use in wals in 1983. Anaesthesia, 1987, V. 42 p. 1323.
- 28.- Rapaport. S.I. Introducción a la Hematología. Ed. Salvat, ed. 2a. 1984. pp. 82-114.
- 29.- Ruiz, V.V.: La operación cesárea. Ed. La Prensa Médica Mexicana. ed. all. 1971 pp. 12-35.
- 30.- Schutterman, E.B.: Comparative safety of low transverse incisión versus low vertical uterine incisión for cesarean delivery of breech infants Obstetrics and Gynecology. 1983 May, V. 61 no. 5 pp. 593-597.
- 31.- Singh, S.T. et. all. Placenta Previa and previous cesarean section. Acta Obstet Scan. 1981 V. 60 pp. 367-368.
- 32.- Thonet, R.G.N. Obstetric Hysterectomy and 11 year experience. Br. J. Obstet. Gynecol. 1986 V. 93 pp. 794-800.
- 33.- Yun Cho, J. et all. Interrupted circular suture: Eleeding control during cesárea delivery in placenta previa accreta. Obstetrics and Gynecology. 1991 November. V. 78 no. 5 part 1, pp. 876-879.