

11217 19  
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



JMB

HOSPITAL DE LA MUJER SSA.

HOSPITAL DE LA MUJER  
JEFATURA DE ENSEÑANZA  
PLACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER SSA. REVISION DE 6 AÑOS.

TESIS DE POSTGRADO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA.  
DRA. GUILLERMINA BERNAL TELLEZ.

ASESOR.  
DRA. MA DE LOURDES MARTINEZ ZUÑIGA.



278926

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## DEDICATORIA

A mis padres:

Ing. Serafin Bernal Miranda  
Y Sra. Julia Téllez Mota.

Con amor, veneración y respeto, por sus consejos, confianza y apoyo en los momentos difíciles alentándome a continuar por el camino de la superación.

A DIOS especialmente

A mis Hermanos, Abuela y Tios  
con cariño y afecto.

A la Dra. Ma. De Lourdes Martínez Zuñiga  
con admiración y gratitud infinita, por su  
apoyo desinteresado.

A mis Maestros con agradecimiento  
por sus consejos, enseñanza y  
apoyo. Especialmente a :  
Dra. Euridice Prado González y  
Dr. Arturo Escobedo García.

A las pacientes del hospital,  
porque ellas merecen  
cualquier sacrificio, por su  
valiosa colaboración a mi  
enseñanza.

Con profundo respeto.

A mis compañeros  
por su amistad

# INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	3
GENERALIDADES.....	4
Definición.....	4
Incidencia.....	4
Clasificación.....	4
Etiología.....	5
Anatomia Patologica.....	5
Cuadro Clinico.....	6
Diagnóstico.....	9
Diagnóstico diferencial.....	10
Tratamiento.....	12
Complicaciones.....	14
Pronóstico.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
HIPOTESIS.....	18
OBJETIVOS.....	19
JUSTIFICACION.....	20
METODOLOGIA.....	21
MATERIAL Y METODOS.....	23
RESULTADOS.....	24
ANALISIS DE RESULTADOS.....	42

CONCLUSIONES.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	47

## **PLACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER SSA, REVISION DE 6 AÑOS.**

### **RESUMEN:**

Se presenta un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo de 6 años, acerca de la incidencia de placenta previa en el Hospital de la Mujer, SSA.

La incidencia que se reporta a nivel mundial es de un caso en cada 150 a 200 embarazos. En el Hospital de la Mujer en un estudio realizado de Enero de 1993 a Octubre de 1998 , se encontró una incidencia de 0.35%, presentandose un caso por cada 283 embarazos.

El diagnóstico se realizó en el 46.63% clinicamente (exploración física), el 11.56% por ultrasonido y el 44.50% por ambos métodos.

En cuanto a la terminación del embarazo, éste fue por operación cesárea en el 90.17%, por parto el 8.67% y el 1.16% terminaron en aborto; de las 173 pacientes estudiadas, 90 de ellas terminaron su embarazo mayor de 37 semanas de gestación (SDG).

Respecto a la localización de la inserción placentaria la más frecuente fue la placenta previa (PP) total en un 36.99%, la PP de inserción baja en un 30.63%, la PP marginal en 22.54% y la PP parcial en 9.82%.

Las complicaciones maternas que se presentaron fueron: anemia, procesos infecciosos, atonia uterina, acretismo placentario, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI), choque hipovolémico, retención de restos placentarios. Las complicaciones fetales fueron: inmadurez, prematuridad, síndrome de dificultad respiratorio severo .

Se presentaron 25 óbitos. No se registraron defunciones maternas.



## INTRODUCCION:

La placenta previa constituye una de las complicaciones más graves que pueden presentarse en el curso del embarazo o en el momento del parto, de su correcto diagnóstico y de la prontitud y eficacia del tratamiento depende en gran parte la disminución de la morbi/mortalidad materno/fetal.

Su etiología es desconocida, pero se presume que la vascularización endometrial disminuida a nivel del fondo y cuerpo uterino constituyen el factor causal. Existen otras predisponentes como son: edad materna avanzada, multiparidad, tumores uterinos, cicatriz uterina previa y tabaquismo.

Requiere de interrupción quirúrgica mediante operación cesárea. El incremento de ésta fue mayor a partir de 1930, llegando a ocupar el 1er lugar como indicación de cesárea por PP en algunas estadísticas. En la actualidad el criterio de tratamiento está encaminado a la localización de la implantación de la placenta, y cuando pone en peligro la vida materna y fetal por hemorragia profusa, independientemente de la edad gestacional.

La placenta previa representa la principal causa de mortalidad en la mujer en la etapa reproductiva; se puede considerar que es un problema de morbilidad materno/fetal, ya que éste padecimiento requiere un promedio de estancia hospitalaria de 3 a 5 días con costos elevados para las Instituciones.

## GENERALIDADES:

### DEFINICION.-

La placenta previa (PP) consiste en la implantación anómala de la placenta o una parte de la misma en el segmento inferior de forma que pueda ocluir el orificio cervical; y por lo tanto precede a la parte fetal que se presenta (1,2,3,4).

### INCIDENCIA.-

La incidencia que se reporta a nivel mundial, es de un caso por cada 150 a 200 embarazos (1,2,3,4); y una frecuencia de 0.62% referida por el INPer (5).

### CLASIFICACION.-

Se basa en la situación placentaria en relación con el orificio cervical interno:

- 1.- PLACENTA PREVIA TOTAL.- El orificio cervical interno está completamente cubierto por la placenta, aún con dilatación completa.
- 2.- PLACENTA PREVIA PARCIAL.- El orificio cervical interno está parcialmente cubierto por la placenta.
- 3.- PLACENTA PREVIA MARGINAL.- El borde inferior de la placenta llega a los márgenes del orificio cervical interno, pero no lo rebasa.
- 4.- PLACENTA DE INSERCION BAJA.- El borde inferior de la placenta no llega al orificio cervical interno; la distancia que lo separa es inferior a los 10 cm. por lo que se encuentra inserta en el segmento inferior en mayor o menor extensión (1,2,3,6).

## ETIOLOGIA.-

La causa específica es desconocida, se han implicado diversos factores predisponentes, que son:

- a) Fertilización tardía del óvulo y potencial alterado del blastocisto para su implantación.
- b) Receptibilidad del endometrio alterada, respuesta alterada al ciclo hormonal ovarico, alteraciones miométricas, cicatriz uterina anterior.
- c) Edad materna avanzada.
- d) Multiparidad, a mayor número de embarazos mayor tasa de incidencia.
- e) Cicatriz uterina: cesáreas, LUI, miomectomía y metroplastía. Irving y Herting fueron los primeros en mencionar uno de los principales factores etiológicos en el desarrollo de la PP. En 1945 Bander sugirió la estrecha relación existente entre el antecedente de cesárea y la posibilidad del desarrollo de PP (10,20).
- f) Vascularización defectuosa de la decidua, por atrofia e inflamación.
- g) Placenta grande, en embarazos múltiples, eritroblastosis fetal, y tabaquismo; Christians and Winberd y col. Notaron un aumento del radio placentario en mujeres con hábitos tabáquicos. Williams y col. Demostraron que la hipoxemia causada por la exposición de la nicotina y CO<sub>2</sub> durante el embarazo produce hipertrofia placentaria, con incremento en el riesgo de la implantación de la placenta cerca del orificio cervical interno. 85,7).

## ANATOMIA PATOLOGICA.-

- A) EL SEGMENTO INFERIOR.- Lugar de asentamiento de la placenta presenta una fuerte vascularización. En virtud de la escasa reacción decidual a ese nivel, las vellosidades invaden en ocasiones su pared, que se hace así menos elástica y más frágil.

B) LA PLACENTA.- Con frecuencia está más extendida en superficie y adelgazada. En ocasiones puede existir uno o más cotiledones (placenta succenturiada), o presentarse en forma de placenta bilobular siendo uno de esos cotiledones o lóbulos de inserción anómala. Por la razón expuesta anteriormente, es frecuente que se asocie a la placenta previa un grado mayor o menor de placenta acreta (5 a 10%).

La cara materna de la placenta presenta, muestras de los surcos intercotiledoneos muy poco acusados.

Microscópicamente la placenta suele ser normal; en algunos casos se ha descrito necrosis decidual, trombosis placentaria, fibrosis de la estroma e hiperplasia del epitelio de las vellocidades.

C).- EL CORDON UMBILICAL.- Suele frecuentemente tener implantación excéntrica y adoptar, en ocasiones, la forma de inserción velamentosa, lo que va acompañado frecuentemente de una vasa previa.

D).- LAS MEMBRANAS.- Son gruesas en la vecindad de los cotiledones y su elasticidad, menor. Después del parto se encuentran desgarradas en el reborde placentario de las placentas marginales y en las de inserción baja, a una distancia menor de 10 cm, por la zona más próxima al orificio cervical interno (1,2).

#### CUADRO CLINICO.-

Varia mucho ya que depende de la variedad de la inserción placentaria y el momento del embarazo en que se manifieste; aunque es más frecuente en el 2º o 3er trimestre del embarazo. El síntoma principal es el sangrado transvaginal, cuyas características son:

- Aparición del sangrado durante la segunda mitad del embarazo.

- Indoloro, en ocasiones sorpresivo para la paciente, ya que puede aparecer durante la noche, en el más absoluto reposo.
- Sangre fresca, color rojo rutilante.
- Progresivo en intensidad y en forma de episodios.
- Sangre líquida, pero con coagulación normal, su cuantía moderada. Aproximadamente 500 cc.

El mecanismo por el que la hemorragia se produce, reside en el hecho de que, al formarse el segmento inferior del útero por deslizamiento por su falta de extensibilidad, se desprende en parte la placenta, y quedan abiertos los vasos vasculares que terminan en el lago sanguíneo uteroplacentario.

Como causas adicionales del sangrado se consideran:

- 1.- La placentitis, originada por ruptura prematura de membranas o por infección previa.
- 2.- Por la diferencia de presión en el espacio intervelloso, que es inferior en la zona del orificio cervical que en la parte superior, por lo que la sangre circula hacia donde la presión es inferior.

#### DATOS A LA EXPLORACION OBSTETRICA.-

La inserción de la placenta impide el encajamiento de la cabeza fetal dando origen a situaciones y presentaciones anómalas (transversas, oblicuas o de nalgas) en el 15 a 30 % de los casos; las cuales se detectan clínicamente mediante las maniobras de Leopold. Tales situaciones favorecen la ruptura extemporánea de las membranas, el parto prematuro y la prociencia del cordón umbilical.

#### AUSCULTACION DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL.-

La FCF se modifica de acuerdo a la cantidad del sangrado transvaginal.

#### TACTO VAGINAL.-

Totalmente próscrito en el embarazo con PP, ya que puede desencadenar una intensa hemorragia o acentuar la ya existente a límites peligrosos; aunque puede realizarse con la condición de que sólo se palpen los fondos de saco sin introducir los dedos exploradores en el orificio cervical.

#### EXPLORACION CON ESPECULO.-

Tiene extraordinario valor sencillo e inocuo, permite constatar o corroborar la procedencia de la hemorragia y descartar lesiones cervicales y/o vaginales; sobre todo si el sangrado no es de gran magnitud.

#### DURANTE EL PARTO.-

También la hemorragia es el síntoma principal, va precedido en la mayor parte de los casos de pérdida sanguínea en la fase final del embarazo en la variedad de PP total, la hemorragia puede volverse rápidamente grave. En la inserción baja de placenta muy próxima al orificio cervical interno, y en las de inserción marginal, la progresión de la dilatación puede variar la localización anatomoclínica y acentuar el desprendimiento de cotiledones y subsiguiente pérdida hemática., la oxigenación fetal sólo se afecta en las graves hemorragias maternas con choque hipovolémico subsiguiente. Si los tonos fetales se alteran considerablemente en el momento de la amniorrhexis (sólo se realiza en PP marginal o de

inserción baja), debe pensarse en una hemorragia fetal por ruptura de los vasos previos.

#### SINTOMAS GENERALES.-

Hipotensión, taquicardia, palidez, etc...

La afectación de los valores de globulos rojos, hemoglobina y hematócrito se observa de acuerdo con el grado de sangrado que se presente.

#### DIAGNOSTICO:

+ CUADRO CLINICO.

+ ULTRASONOGRAFIA.- Es el método más simple, exacto y seguro y con acierto del 98% durante el 3er trimestre del embarazo, a mayor edad gestacional mayor confiabilidad diagnóstica.

Para el diagnóstico ecográfico de PP es necesaria la identificación del orificio cervical interno y su relación con la placenta . Aunque ultimamente se ha utilizado el ultrasonido transvaginal con más certeza diagnóstica, sobre todo en PP marginal o de inserción baja (10).

+ RESONANCIA MAGNETICA.- Es el método diagnóstico más fiable, sin embargo su costo es muy alto y su disponibilidad para un caso de urgencia es nulo.

+RADIODIAGNOSTICO.- Se pueden usar las siguientes técnicas:

1.- TECNICA DE PARTES BLANDAS.- El Radiologo emplea una radiación que permite distinguir con claridad el espesor de la pared uterina; el esqueleto de la columna fetal es facilmente identificable. Mediante éste método se mide la distancia entre el dorso fetal y la pared uterina, si es menor de 2 cm., se deduce que en ese sitio no se

interpone la placenta y que por lo tanto debe encontrarse en otro sitio.

2.- **TECNICA DE CISTOGRAFIA.**- El Radiologo introduce un medio de contraste en la vejiga de la paciente, cuando el producto se encuentra en presentación cefálica, ésta comprime el fondo de la vejiga, dando una imagen de copa de champagne, la distancia entre el cráneo del feto y el medio de contraste no debe exceder de 1 a 2 cm. ya que esta condicionado por el espesor de la pared vesical y uterina que no puede exceder tal medida.

3.- **TECNICA DE ARTERIOGRAFIA SELECTIVA.**-Permite apreciar la circulación placentaria.

Urll, Borell; en Suecia empezó a emplear este método, consiste en inyectar a través de un cateter colocado en la arteria femoral una sustancia radiópaca que alcanza a difundirse por la circulación placentaria.

4.- **AMNIOGRAFIA.**- Se practica introduciendo material radiópaco a través de una amniocentesis, ello permite apreciar con exactitud el sitio en que se encuentra implantada la placenta.

5.- **TECNICA DE ISOTOPOS RADIATIVOS.**- Se ha empleado la gammagrafia, introduciendo sustancias por via intravenosa y detectando su concentración en el abdomen materno, mediante un contador Geiger. Al marcar en una gráfica el sitio en que se alcanza la mayor concentración esta sustancia, se deduce el lugar de inserción placentaria (1,2,3,4,5,8,9).

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Debe realizarse a fin de descartar todos los cuadros patológicos que produzcan sangrado durante la segunda mitad del embarazo, toda exploración tendente a aclarar esta posibilidad debe realizarse en el Hospital.



A) **PATOLOGIA ASOCIADA.**- Las causas más frecuentes son las lesiones cervicales y vaginales (pólipos, cáncer, várices). No sobrepasa el 5% de las metrorragias anteparto. Desde el punto de vista clínico, es muy raro que este tipo de lesiones no den sintomatología a lo largo del embarazo, y un simple examen con espéculo permite constatar el origen cervical y no intrauterino de la hemorragia, siempre y cuando el sangrado no sea profuso.

B) **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTA.**- En la última fase del embarazo y durante el parto, el diagnóstico diferencial, se impone en ocasiones con este proceso, igualmente grave. En ocasiones es fácil realizar el diagnóstico, pero no lo es tanto cuando una y otra afección no dan sintomatología característica, ya que la PP y el DPPNI pueden asociarse.

Se pueden diferenciar por lo siguiente:

+**SIGNOS ASOCIADOS DE TOXEMIA.**- Pueden encontrarse en la gran mayoría en el DPPNI.

+**CARACTERES DE LA HEMORRAGIA.**- Siempre presentes en la PP, pueden faltar al menos inicialmente en el DPPNI, la sangre es más roja, rutilante y no va acompañada de dolor en el primer caso, y es más oscura, frecuentemente coagulada y acompañada de dolor persistente e intenso en el DPPNI:

+**ESTADO GENERAL MATERNO.**- Guarda relación con la intensidad de la hemorragia en la PP. En el DPPNI existe relación estrecha entre la hemorragia externa y el estado general materno.

+**CONSISTENCIA DEL UTERO.**- Es normal en la PP, y muy duro hasta llegar a ser leñoso en el DPPNI.

+**ESTADO FETAL.**- Se afecta en los casos de PP, cuando la hemorragia es grave. En el DPPNI la afección es grave e incluso la muerte fetal son la norma; de acuerdo al grado de desprendimiento placentario.

Insistimos, en que la sintomatología inicial puede no ser tan esquemática, y que en algunos casos la PP y el DPPNI pueden asociarse.

C).- RUPTURA DE VASOS PREVIOS.- La hemorragia se produce justamente en el momento de la amniorrhexis (espontánea o provocada), afectando rápidamente al feto y no va acompañada de ninguno de los otros síntomas antes citados, especialmente cuando existe inserción anómala del cordón umbilical.

#### TRATAMIENTO:

El tratamiento podrá ser expectante o intervencionista, dependiendo de:

- Magnitud de la hemorragia.
- Edad del embarazo y viabilidad del feto.
- Tipo de implantación placentaria.
- Presencia o no de sufrimiento fetal.
- Presentación, posición y situación fetal.
- Presentación o no de TDP.
- Modificaciones cervicales.

#### TRATAMIENTO EXPECTANTE:

Se aplicará especialmente en casos de hemorragia leve, productos pretermino y sin TDP establecido (pocas modificaciones cervicales), hasta que la hemorragia cese o se documente madurez pulmonar fetal. Si es necesario, se utiliza:

- Hemotransfusión, de acuerdo al grado de sangrado y al estado general materno. O en su defecto se utiliza hierro como apoyo.
- Tocolíticos, sólo en embarazos pretermino con PP y con actividad uterina documentada; los que se utilizan son los alfa adrenergicos como el Etiniladrianol (11,12).

- Inductores de madurez pulmonar fetal, se utilizan los Glucocorticoides como la Betametasona.  
La amniocentesis y el ultrasonido son métodos diagnósticos invaluable para determinar el momento de interrupción del embarazo.

#### TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA:

Se aplicará cuando la hemorragia sea masiva y este en peligro la vida materno/fetal.

Las vias que se pueden utilizar para interrumpir el embarazo son:

A) VIA VAGINAL.- Suele reservarse para pacientes con inserción marginal o baja de placenta, con presentación cefálica y sangrado leve.

Se puede realizar amniotomía para que el descenso de la presentación realice presión sobre el borde placentario sangrante, reduciendo la hemorragia a medida que progresa el TDP. Debe efectuarse vigilancia fetal constante por la posibilidad de hipoxia fetal por DPPNI o accidente del cordón umbilical, complicaciones que implicarían cesárea urgente

B).- VIA ABDOMINAL (OPERACIÓN CESAREA).-Es el método de elección en la PP total o marginal. Se indica cuando la hemorragia es grave, independientemente de la edad gestacional o si existe sufrimiento fetal con producto viable.

Deberá corregirse preferentemente el choque hipovolémico, con la administración de soluciones intravenosas, expansores del plasma y sangre, antes de iniciar el procedimiento quirúrgico.

El tipo de histerotomía, dependerá de la inserción placentaria y formación del segmento uterino inferior, pudiendo ser corporal, segmento corporal o segmento transversal.

Cuando la placenta se asienta en el segmento uterino inferior posterior y el feto está en presentación cefálica se realiza cesárea segmentaria; si la placenta está anterior, se realiza incisión corporal.

**HISTERECTOMIA.**- Puede ser necesaria en los casos en que la PP se complique con placenta acreta (1,2,3,6,8,9,13,14).

**ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.**\_ Necesita atención si el grado de hemorragia materna es grave, ya que experimenta cierto grado de hipoxia intrauterina, y si además es pretermino y de bajo peso para la edad gestacional (1,6,8,13,14).

#### COMPLICACIONES:

##### MATERNAS.-

- **HEMORRAGIA.**-Anemia, choque hipovolémico, principal causa de morbilidad perinatal (15,16); **COAGULOPATIA POR CONSUMO.**
- **ACCRETISMO PLACENTARIO.**-Sobre todo en mujeres con cicatriz uterina previa (cesáreas, miomectomías metroplastias), (5,17).
- **RIESGO DE INFECCIÓN AUMENTADO.**-Placentitis, endometritis.

- ISOINMUNIZACIÓN Y DEFICIENCIA DE LOS FACTORES DE LA COAGULACION.- V y VII por transfusiones sanguíneas; tromboembolismo.
- PLACENTA PREVIA PERCRETA.- Es raro , pero es una complicación seria; 30 casos se han reportado en la literatura inglesa, con una incidencia de 0.03 por 1000 nacimientos; con una mortalidad materna de 9.5% (16).
- MUERTE MATERNA.

#### FETALES:

- DISTOCIAS.- De presentación y situación fetal.
- PREMATUREZ.- Se presenta en el 60% como causa de muerte Fetal.
- HEMORRAGIA FETAL.-Directamente proporcional al tiempo que transcurre entre la laceración del cotiledón y el pinzamiento del cordón umbilical.
- SUFRIMIENTO FETAL.
- TRAUMA OBSTETRICO.
- MUERTE INTRAUTERINA O INTRAPARTO(1,2,3,6,8,9,13,14)

#### PRONOSTICO:

A pesar de que se trata de realizar un diagnóstico precoz la PP continúa siendo una afección de grave repercusión materna y fetal.

- PRONOSTICO MATERNO.- Desde el punto de vista materno agravan la morbimortalidad la hemorragia (60 a 65%), la infección (30 a 35%) y los accidentes tromboembolicos (4 a 6%). El pronóstico dependerá en parte, de la variedad anatomoclinica, de la

intensidad y frecuencia de las pérdidas hemorráficās y de precocidad y eficacia del tratamiento establecido. Las cifras globales de mortalidad materna se encuentran por debajo del 2% (4). La morbilidad se encuentra entre el 20 y 30% (4,5).

- PRONOSTICO FETAL.- Ha mejorado desde 1930 con la introducción de la hemotransfusión.

Las causas más frecuentes de mortalidad fetal es por prematurez (60 a 80%), anoxia, anemia, traumatismos obstétricos, y malformaciones (1,3,4,5,6,8,13), en cuanto a la morbilidad fetal , hay que descartar que es más frecuente el retraso del crecimiento intrauterino, lo que implica un incremento en los recién nacidos de bajo peso. Incluso se ha descrito que a los 4 años de edad, los niños nacidos de madres con PP tenían menor peso, talla y circunferencia cefálica que el promedio (1,2,3,4,5,6,8,9,13,14)

Con todo, la mortalidad permanece elevada y alcanza en general valores del 12 al 25%; sin embargo, en los centros que disponen de una asistencia neonatal calificada, la mortalidad se ha reducido al 8 %, e incluso al 4.3% (4,5).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Debido a que la placenta previa conlleva a complicaciones de suma importancia, es necesario conocer los factores predisponentes o de riesgo materno, para disminuir la morbi/mortalidad materno/fetal.

## HIPOTESIS:

La placenta previa esta asociada con factores de riesgo, lo que hace factible diagnosticarla oportunamente.



## OBJETIVOS :

- 1.- Conocer la incidencia de placenta previa en el Hospital de la Mujer en el periodo comprendido de Enero de 1993 a Octubre de 1998.
- 2.- Determinar la localización más frecuente de la implantación de la placenta previa.
- 3.- Conocer los factores de riesgo para presentar placenta previa.
- 4.- Conocer los métodos auxiliares de diagnóstico utilizados.
- 5.- Conocer el tratamiento utilizado.
- 6.- Determinar la edad gestacional en que se interrumpió el embarazo.
- 7.- Conocer las complicaciones más frecuentes de placenta previa.
- 8.- Conocer el estudio histopatológico.

## JUSTIFICACION :

El Hospital de la Mujer es un centro de referencia obstétrica para pacientes de alto riesgo, por contar con recursos tanto materiales como humanos para brindar una buena atención y mejorar la calidad de vida de las pacientes y sus productos ya que la PP representa un padecimiento diagnosticable, porque se conocen los factores predisponentes. Es imperativo para el obstetra detectar y evaluar a toda paciente catalogada como de alto riesgo para presentar PP, realizando un buen control prenatal, ofreciendo métodos auxiliares de diagnóstico certeros, sencillos, inocuos y de bajo costo; y otorgar un tratamiento oportuno y eficaz para disminuir la morbi/mortalidad materno/fetal.

## METODOLOGIA :

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo en el Hospital de la Mujer SSA, Revisando 193 expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de placenta previa en el periodo comprendido de Enero de 1993 a Octubre de 1998.

### CRITERIOS DE INCLUSION:

- Todas las pacientes con diagnóstico de placenta previa.

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Todas las pacientes que ingresaron con sospecha de diagnóstico de placenta previa, y que no se corroboró por medio de métodos auxiliares de diagnóstico.

### CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Todas las pacientes en las que no se resolvió su embarazo.

### VARIABLES:

- Factores de riesgo.
- Método diagnóstico.
- Edad gestacional al detectar el padecimiento.

- Edad gestacional a la presentación del primer episodio hemorrágico.
- Tipo de inserción placentaria.
- Control prenatal.
- Edad gestacional a la terminación del embarazo.
- Vía de resolución
- Tipo de histerotomía realizada.
- Peso de los productos.
- Complicaciones maternas y fetales.
- Mortalidad materna y fetal.

## MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron 193 expedientes clinicos de todas las pacientes con diagnóstico clinico y/o ultrasonografico de placenta previa, obteniendo los datos con la ayuda del Departamento de Estadística y Archivo Clínico del Hospital.

Se investigó en cada uno de los expedientes clinicos la edad de las pacientes, factores de riesgo, antecedentes gineco/obstétricos, evolución del embarazo, edad gestacional al momento de la terminación del mismo, tipo de cesárea realizada y morbi/mortalidad materno/fetal.

Siendo 173 las pacientes analizadas, que reunieron los requisitos antes mencionados.

Se utilizó el coeficiente de porcentaje para el análisis de los datos.

El número de nacimientos por año y el número de casos de placenta previa por año, en los últimos 6 años fue como sigue:

AÑO	No DE R.N.	No CASOS DE PP.	%
1993	11 486	25	0.21
1994	11 060	30	0.27
1995	10 900	32	0.29
1996	10 819	48	0.44
1997	10 205	23	0.22
1998	10 320	15	0.14

## RESULTADOS :

De las 173 pacientes estudiadas, se analizó la frecuencia de PP por grupo de edad, quedando de la siguiente manera:

15 a 20 años .....	28 pacientes, en un 16.18%.
21 a 25 años.....	53 pacientes, en un 30.63%.
26 a 30 años .....	44 pacientes, en un 25.43%.
31 a 35 años .....	26 pacientes, en un 15.02%.
36 y + años .....	22 pacientes, en un 12.70%.

Gráfica 1.

Entre los antecedentes gineco/obstétricos , se tomó en cuenta la multiparidad observando una incidencia de PP en el siguiente orden :

Multigestas ..... 53 pacientes, en un 30,63%; de las cuales 16 pacientes tenían antecedentes de cicatriz uterina (cesárea, LUI) y 37 pacientes no tenían.

Trigestas ..... 47 pacientes, en un 27.16%; de las cuales 29 tenían antecedentes de cicatriz uterina y 18 pacientes no tenían.

Secundigestas ..... 33 pacientes, en un 19.07%; de las cuales 18 pacientes tenían antecedente de cicatriz uterina y 15 pacientes no tenían.

Primigestas ..... 40 pacientes, en un 23.12%, ninguna de ellas tenía antecedente de cicatriz uterina. Gráfica 2.

La tabal 1 muestra la frecuencia entre los diferentes factores de riesgo, registrados en el estudio, así como el porcentaje de los mismos; el rubro de cirugía previa engloba antecedentes de cesárea y LUI.

Las pacientes que tuvieron control prenatal fue en mayor proporción en un 56.06% (97 pacientes) y el que no tuvo fue de 43.93% (76 pacientes); lo que indica que con un buen control prenatal se reduce la morbi/mortalidad materno/fetal. Gráfica 3.

Para realizar el diagnóstico, el USG fue útil en un 11.56% (20 pacientes), la historia clínica y la exploración física nos guiaron al diagnóstico en 44.50% (77 pacientes), y ambos métodos en un 43.93% (76 pacientes), Gráfica 4.

La edad gestacional en la cual se diagnóstico el padecimiento fue en el siguiente orden de frecuencia: 31.21% en la semana 31 a la 36 de gestación (54 pacientes), 28.32% en la semana 37 y más (49 pacientes), 23.69% en la semana 26 a 30 (41 pacientes), 9.82% en la semana 21 a 25 (17 pacientes) y 6.93% en la semana 15 a 20 (12 pacientes). Gráfica 5.

El tipo de inserción placentaria más frecuente es la PP total en un 36.99% (64 pacientes), presentandose en una mayor proporción en pacientes multigestas (22 pacientes). Siguiendo en orden de frecuencia, la PP de inserción baja en 30.66% (53 pacientes) siendo 17 pacientes multigestas; la PP marginal en 22.54% (39 pacientes) siendo 12 trigestas; y la PP parcial en 9.82% (17 pacientes) en la misma proporción primigestas, secundigestas, trigestas y multigestas. Gráfica 6.

La vía de resolución del embarazo fue por operación cesárea en un 90.17% (156 pacientes), por parto 8.67% (15 pacientes) y el

1.16% (2 pacientes) terminó en aborto en la semana 17 y 18 de gestación, con realización de LUI. Tabla 2.

Las cesáreas que se realizaron fueron 156, de las cuales 146 fueron tipo Kerr (93.58%), indicada por el tipo de inserción placentaria; de éstas 47 se realizaron en multigestas, 38 en trigestas, 36 en primigestas y 25 en secundigestas; en todas la PP total fue la mas frecuente.

Se realizaron 9 cesáreas corporales (5.76%), de éstas 5 en multigestas prevaleciendo la PP total; 2 en trigestas (1 PP total, y 1 PP de inserción baja) y 2 en secundigestas (1 PP total y 1 PP marginal).Indicadas por tratarse de producto preterminos y PP total. Se realizó una cesárea tipo Beck (0.64%) en 1 paciente multigesta con PP de inserción baja. Gráfica 7.

La edad gestacional de terminación del embarazo fue en el siguiente orden de frecuencia, indicada la interrupción por sangrado abundante o por madurez pulmonar fetal.: 52.02% a las 37 semanas (90 pacientes), 28.90% en la semana 31 a 36 (50 pacientes), 12.71% en la semana 26 a 30 (22 pacientes), 3.46% en la semana 15 a 20 (6 pacientes), y 2.89% en la semana 21 a 25 (5 pacientes).Gráfica 8.

Respecto al peso de los productos al nacimiento fue en el siguiente orden de frecuencia: 64 productos (36.99) en el rango de 2501 a 3000grs, 39 productos (22.54%) de más de 3000grs, 33 productos (19.07%) en el rango de menos de 1500grs, 24 productos (13.87%) en el rango de 2001 a 2500grs, y 13 productos (7.51%) en el rango de 1501 a 2000grs de peso. Tabla 3.



La morbilidad materna observada en el estudio fue: anemia en 12 pacientes sometidas a cesárea tipo Kerr (6.93%) la cual se diagnóstico en una paciente en el prequirúrgico, 3 en el transquirurgico y 8 en el postquirurgico; tomando como valores de referencia las cifras de hemoglobina y hematócrito para el tercer trimestre del embarazo (Hb 10 a 14 grs/100 ml, y Hto 36 a 41%). Todas requirieron hemotransfusión ya que presentaron valores de Hb menores de 10 grs/100 ml.

Se complicaron con procesos infecciosos 12 pacientes, 11 de ellas sometidas a cesárea tipo Kerr y 1 a cesárea corporal; de éstas 4 presentaron dehiscencia de herida quirurgica y 8 endometritis. Todas las pacientes con procesos infecciosos recibieron antibioticoterapia con doble esquema (Penicilina/Gentamicina, Ampicilina/Gentamicina), en ninguna se aisló el germen causal.

Dentro de las complicaciones maternas, se presentó en 11 pacientes (6.35%) atonia uterina requiriendo 5 pacientes HTA; acretismo placentario en 5 pacientes (82.865) en todas se realizó HTA; DPPNI en 13 pacientes (7.51%); choque hipovolémico en 2 pacientes (1,15%); retención de restos placentarios en 1 paciente, requiriendo revisión de cavidad y el 15 pacientes (8.67%) otras complicaciones (pre/eclampsia leve a severa, eclampsia, hematoma vaginal, punción de duramadre), y 102 pacientes (58.95%) cursaron sin complicaciones.

No se presentaron defunciones maternas. Tabla 4.

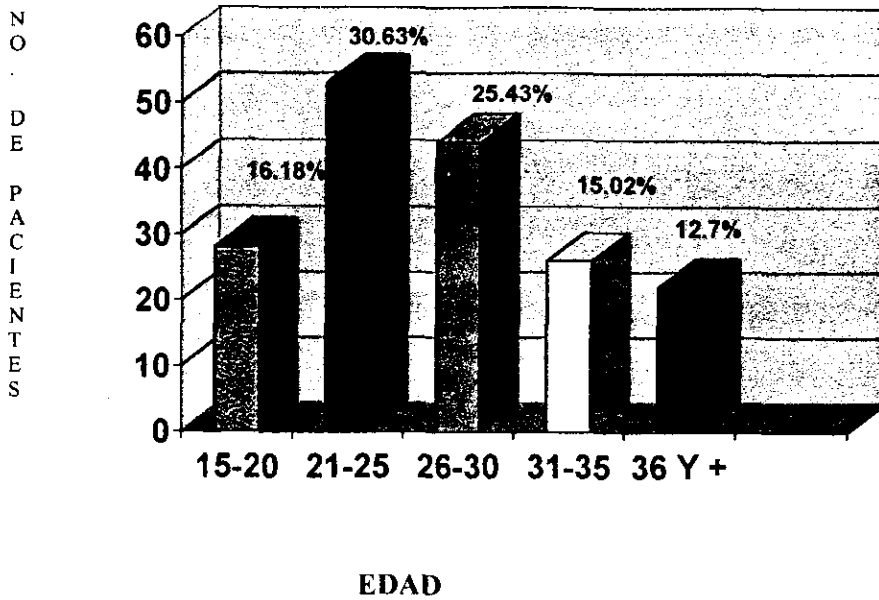
La morbilidad fetal se presentó en el siguiente orden de frecuencia: síndrome de dificultad respiratoria en 30 productos

(17.34%), inmadurez/prematurez en 7 productos (4.04) y ambas patologías en 13 productos (7.51%).

La mortalidad fetal fue de 25 óbitos, 10 productos fallecieron en el Hospital por inmadurez/prematurez (6 productos) e insuficiencia respiratoria (4 productos), y los 15 productos restantes ingresaron al Hospital con el diagnóstico de óbito. Gráfica 9.

# PLACENTA PREVIA EDAD MATERNA.

## GRAFICO 1

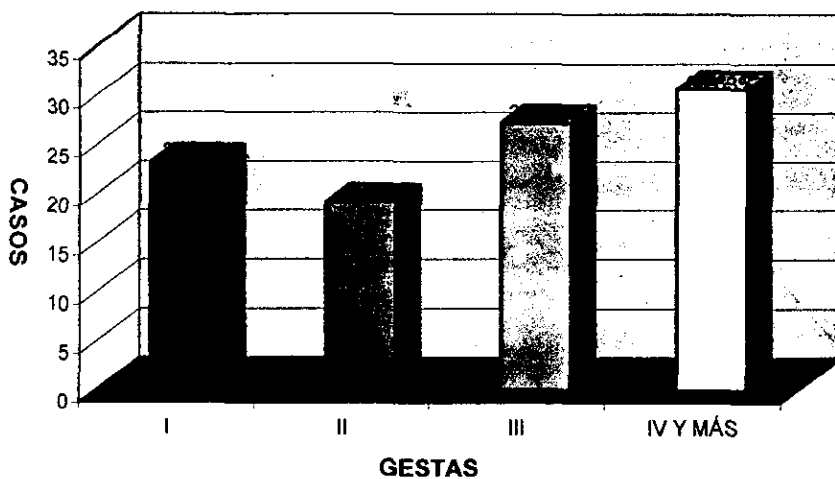


1993 - 1998

HOSPITAL DE LA MUJER

# PLACENTA PREVIA EMBARAZOS PREVIOS

GRAFICO 2



1993-1998

HOSPITAL DE LA MUJER

## PLACENTA PREVIA ETIOLOGIA

TABLA 1

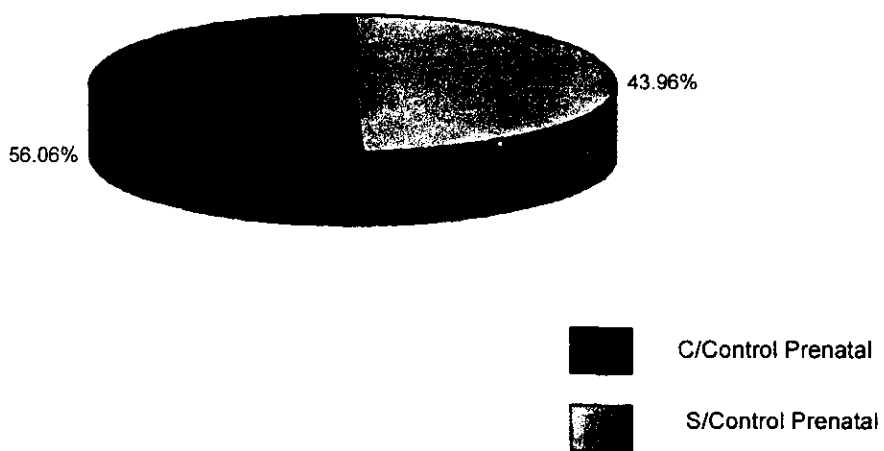
ETIOLOGIA	No. DE CASOS	%
Multiparidad	73	42.19
Cirugía Previa	45	26.01
Tabaquismo	1	00.57
Sin factor de riesgo	54	31.21
TOTAL	173	100.00

1993-1998

HOSPITAL DE LA MUJER

# PLACENTA PREVIA CONTROL PRENATAL

GRAFICA 3

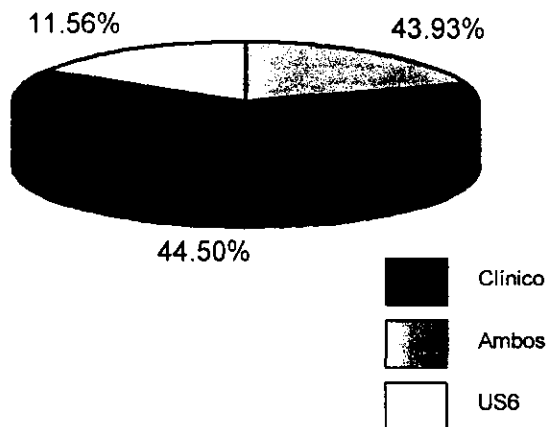


1993-1998

HOSPITAL DE LA MUJER

# PLACENTA PREVIA METODO DIAGNOSTICO

GRAFICO 4

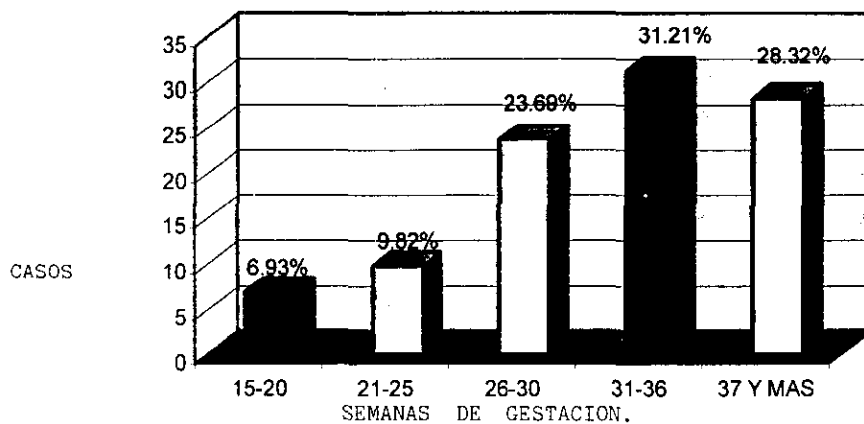


1993-1998

HOSPITAL DE LA MUJER

# PLACENTA PREVIA EDAD GESTACIONAL AL DIAGNOSTICO

GRAFICO 5



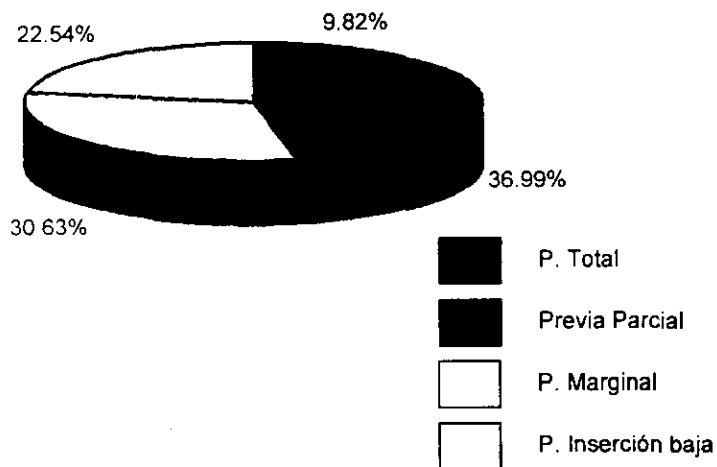
1993-1998

HOSPITAL DE LA MUJER



# PLACENTA PREVIA TIPO DE INSERCIÓN PLACENTARIA

GRAFICO 6



1993-1998

HOSPITAL DE LA MUJER

## PLACENTA PREVIA VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

TABLA 2

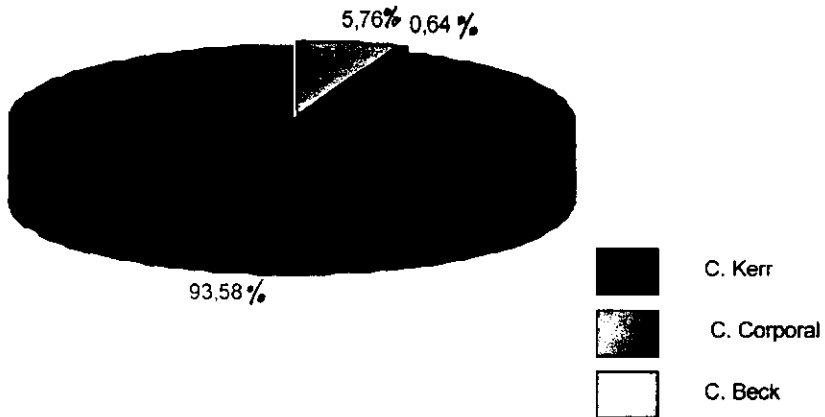
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO	No. DE CASOS	%
Aborto	2	1.15
Parto	15	8.67
Cesárea	156	90.17
TOTAL	173	100.00

1993-1998

HOSPITAL DE LA MUJER

# PLACENTA PREVIA TIPO DE HISTEROTOMIA

GRAFICO 7

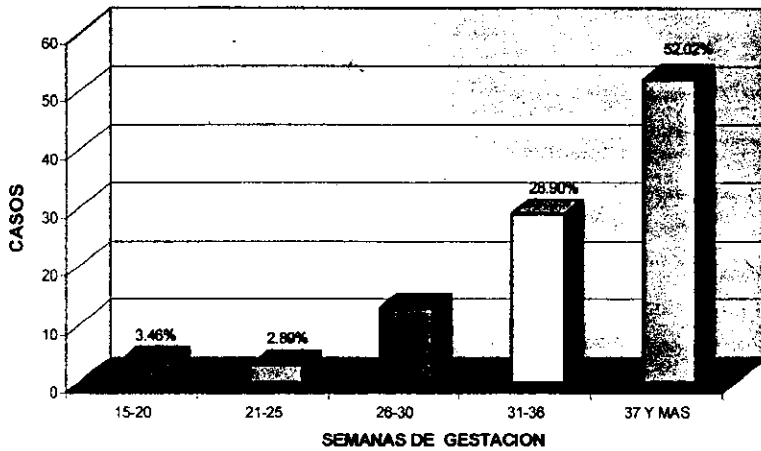


1993-1998

HOSPITAL DE LA MUJER

# PLACENTA PREVIA SEMANAS DE GESTACION AL TERMINO DEL EMBARAZO

GRAFICO 8



1993-1998

HOSPITAL DE LA MUJER

## PLACENTA PREVIA PESO DE LOS PRODUCTOS

TABLA 3

PESO	NO. DE RECIEN NACIDOS	%
<1500 gr.	33	19.07
1501-2000 gr.	13	7.51
2001-2500 gr.	24	13.87
2501-3000 gr.	64	36.99
> 3000 gr.	39	22.54
TOTAL	173	100.00

1993-1998

HOSPITAL DE LA MUJER

## PLACENTA PREVIA MORBILIDAD MATERNA

TABLA 4

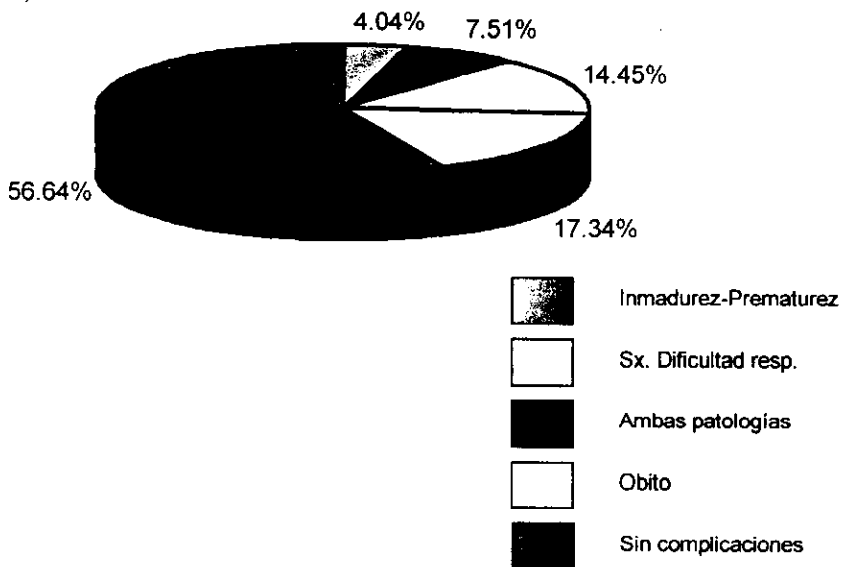
COMPLICACIONES	No. DE PACIENTES	%
Sx. Anémico	12	6.93
Procesos infecciosos	12	6.93
Atonia Uterina	11	6.35
Accretismo placentario	5	2.89
DPPNI	13	7.51
Choque hipovolémico	2	1.15
Retención de restos placentarios	1	0.57
Otros	15	8.67
Sin complicaciones	102	58.95
<b>TOTAL</b>	<b>173</b>	<b>100.00</b>

1993-1998

HOSPITAL DE LA MUJER

# PLACENTA PREVIA MORBI-MORTALIDAD FETAL

GRAFICO 9



1993-1998

HOSPITAL DE LA MUJER

## ANALISIS DE RESULTADOS:

La incidencia de placenta previa en este estudio realizado en el Hospital de la Mujer durante 6 años fue de 0.35%, con una frecuencia de un caso por cada 283 embarazos; siendo similar a la incidencia reportada en la literatura mundial, pero menor con respecto a la reportada por el INPer (0.62%), debido a que éste último es un Hospital de tercer nivel donde se concentra en mayor proporción este tipo de patología (5).

Se ha descrito que la edad materna avanzada representa un factor significativo en la génesis de la PP, en la presente casuística, los hallazgos revelan una población mayor de 21 años (30.63%), a la diferencia de la población menor de 20 años (16.18%), lo que confirma parcialmente dichas aseveraciones de la literatura mundial (1,2,3). Otro de los factores prdisponentes lo constituye la multiparidad (30.63%), estando de acuerdo con la reportada a nivel mundial.

Se ha establecido que la PP tiene mayor frecuencia en mujeres con antecedentes de cicatriz uterina, hecho confirmado en el presente estudio, ya que el 26.01% (45 pacientes) existió la historia de cesáreas, legrado uterino instrumental (LUI) o combinación de dichos factores.

El control prenatal temprano es de capital importancia para disminuir la mortalidad durante el embarazo. En los casos de PP éste control precoz se traduce en diagnostico temprano y tratamiento oportuno. En la presente revisión 56.06% tuvieron control prenatal y el 43.93% no tuvo.



La hemorragia vaginal indolora sigue siendo el signo cardinal de la PP. Los resultados obtenidos concuerdan con tal aseveración, ya que 44.50% de la población revisada la presentó como signo único. En general los episodios hemorrágicos suelen presentarse a finales del segundo trimestre o inicios del tercero, con una frecuencia mayor a las 34 semanas de gestación, lo que parece tener relación con la formación del segmento uterino (1,2,3,4,5), en las pacientes revisadas el sangrado transvaginal se presentó a una edad gestacional mayor de 31 semanas.

El diagnóstico de PP se realizó con apoyo del USG en un 11.56% de los casos entre las semanas 28 a 36. En la literatura se habla de que el diagnóstico de certeza por USG se realiza en el tercer trimestre del embarazo (1,2,3,4,5).

Si bien , en la literatura no se informa cual tipo de inserción placentaria suele ser el más común, en el presente estudio la inserción placentaria más frecuente fue la PP total en un 36.99%, seguida de la PP de inserción baja en un 30.63%, PP marginal en 22.54% y PP parcial en 9.82%.

En lo referente a la reducción en las tasas de mortalidad materna y perinatal, uno de los factores que ha influido de manera importante es el uso liberal de la operación cesárea. En la serie analizada, la mayoría de los embarazos se interrumpieron por vía abdominal en 90.17%, la histerotomía realizada con mayor frecuencia fue la tipo Kerr en un 93.58%.

La edad gestacional promedio de interrupción del embarazo fue de 35 semanas, siendo en el 52.02% de los embarazos entre la semana 37 a 42.

La hemorragia sigue siendo la mayor complicación de PP, no sólo en el periodo anteparto, sino que puede continuar incluso después del alumbramiento y ser de tal magnitud, que la histerectomía es inminente (1,2,3,4,5). En la actual revisión, se realizaron 10 histerectomías, 5 por indicación de atonía uterina y 5 por acretismo placentario.

El retraso en el crecimiento intrauterino (RCIU) puede asociarse en un 16 a 19 % de los casos de PP (5), en la revisión llevada a cabo, se encontró únicamente en 7.51% de los casos.

En esta revisión no se presentó ninguna muerte materna, concordando esto con lo referido anteriormente en cuanto a la reducción de las tasas de mortalidad secundarias al control prenatal temprano, diagnóstico oportuno y uso de operación cesárea como método de elección para la terminación del embarazo.

La mortalidad perinatal tipo I en esta revisión fue de 14.45% ( 25 óbitos) 10 de los cuales fallecieron en el Hospital por inmadurez/prematriz (6 productos) e insuficiencia respiratoria severa (4 productos); el resto (15 productos) ingreso con diagnóstico de óbito.

El estudio histopatológico de PP reportó hallazgos similares: hamatomas marginales, infartos antiguos, necrosis fibrinóide, cordón

umbilical con arteria única, inflamación, isquemia antigua y microcalcificaciones.

## CONCLUSIONES:

- La incidencia de placenta previa en la población del Hospital de la Mujer en el periodo comprendido de Enero de 1993 a Octubre de 1998 fue de 0.35 %, presentandose un caso por cada 283 embarazos.
- La localización más frecuente de inserción placentaria fue la PP total en un 36.99%.
- La multiparidad y el antecedente de cicatriz uterina previa se identificó como factor predisponente.
- La hemorragia vaginal indolora fue el signo clinico cardinal para el diagnóstico, corroborado por USG.
- Se corroboró el beneficio del uso liberal de la operación cesárea como tratamiento en la interrupción del embarazo.
- La edad gestacional en que se interrumpió el embarazo fue mayor de 35 semanas de gestación.
- Las complicaciones más frecuentes fueron atonia uterina y acretismo placentario, ameritando realizar histerectomia total abdominal (HTA).
- La morbi/mortalidad materno/fetal se reduce notablemente con el control prenatal precoz, diagnóstico y tratamiento oportuno.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- DEXEUS S. CARRERA JM. PATOLOGIA OBSTETRICA; ED. SALVAT. VOL. 2, 1997, 406-14
- 2.- GONZALEZ M.J. DEL SOL J. R. OBSTETRICIA; 4TA EDICION ED. SALVAT 1997, VOL. 1; 543-65.
- 3.- HARCKER N. F. MOORE M. D. J. G. COMPENDIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. ED. INTERAMERICANA S.A. DE C.V. MC GRAW-HILL 1989; 134-38.
- 4.- LIRA P. J. CABRAL C. F., ARGUETA Z. M. , KARCHMER K. S. PLACENTA PREVIA/ACCRETA Y CESAREA PREVIA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL INPer. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO, 1995, 63; 337-40.
- 5.- LIRA P.J. CABRAL C.F. ARGUETA Z.M. KARCHMER K.S. IBARGÜENGOITIA O. F. PLACENTA PREVIA. REPERCUSIONES MATERNAS Y PERINATALES. ANALISIS DE 170 CASOS. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO, 1995; 63, 175-80.
- 6.- INPER. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 1994. N. O. 24-1.
- 7.- DAVID CHELMOW, MD, D. ELLENE ANDREW,MD. AND EMILY R. BAKER, MD. MATERNAL CIGARRETE SMOKING AND PLACENTA PREVIA. OBSTET GYNECOL, 1996, 87:703-

8.-MONDRAGON C. M. OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA. ED. TRILLAS 4TA EDICION, 1991; 413-22.

9.- PRITCHARD J. A. Mc DONALD P. C. GANT N. F. WILLIAMS OBSTETRICIA. ED. SALVAT. 3ERA EDICION. 1986; 395-99.

10.- PEKKA T. MD. WILHO H, MD. DIAGNOSIS SONOGRAPHIC SCREENIN AT 12-16 WEEKS INANONSELECTED POPULATION. OBSTET GYNECOL, 1995; 89; 364-67.

11.- RICHARD E. B., MD. CHARLES W. M. MD., LINDA S. P. THE EFFECT TOCOLYTIC USE IN THE MANAGEMENT OF SYNTOMATIC PLACENTA PREVIA. AM. J. OBSTET GYNECOL. JUNE 1995; 1770-78.

12.- DEBORAH A. W. , MD. RICHARD H.O. MD. MANAGEMENT OF THE SYNTOMATIC PLACENTA PREVIA A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL OF IN PATIENT Vs OUT PATIENT EXPECTANT MANAGEMENT. AM.J. OBSTET GYNECOL, 1996, 175; 806-11.

13.- VARGAS E.R., RODRIGUEZ E. SUMARIO OBSTETRICO DEPARTAMENTO DE REPRODUCCION HUMANA, CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL, 88-90.

14.- STROMME D. Q. ,E. J. MD. ZUSPAN F. MD., BIBLIOTECA INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. ED. LIMUSA. S.A. DE C.V. VOL 2; 1990. 434-70.

15.- W. LYNM L. , MD. HOWARD S. MD., PLACENTA PREVIA PERCRETA WITH BLADDER INVASION. OBSTET GYNECOL, 1997,89., 834-5.

16.- M. I. DAULEH, M. I. HASSAN ET AL. FRANK HAEMATURIA DURIN PREGNANCY DUE TO PLACENTA PRAEVIA PERCRETA. BRITISH JOURNAL OF UROLOGY, 1997; 79; 815-16.

17.- DAVID A. M. MD. JANET A. CH. MD. MURPHY G. MD. CLINICA RISK FACTORS FOR PLACENTA PREVIA-PLACENTA ACCRETA. AM. J. OBSTET GYNECOL, 1997; 177; 210-14.

18.- N.M. MATTHEUS, L. M. E. ET AL. PLACENTA PREVIA. PLACENTA ACCRETA WITH DEYALED HYSTERECTOMY. J. OBSTET GYNECOL 1996; 36: 4; 476-79.

19.- VICTORIA M. E. , MD. M. P. H. SUSAN P. BA. ET AL. INCREASED RISK OF PLACENTA PREVIA AMONG WOMEN OF ASIAN ORIGININ. OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 1995; 86: 805-8.

20.- JAMES R. M. MD. PLACENTA PREVIA: TO REST IN BED OR NOT TO REST BE NORMAL OR " PLAY SICK" ?. AM. J. OBSTET GYNECOL, 1997; 172-3.

21.- RELI H., DRORA F. ET AL. ONE OR MULTIPLE PREVIUS CESAREA SECTION ARE ASSOCIATED WITH SIMILAR INCREASED FREQUENCY OF PLACENTA PREVIA. EUROPEAN J. OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY AND REPRODUCTIVE. 1995; 62;185-88.

22.- CORINE D. B. LOVE EVAN M. W. PREGNANCIES COMPLICATED BY PLACENTA PRAEVIA: WATH IS APPROPRIATE MANAGEMENT? BRITISH JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLGY, 1996; 103; 864-67.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

23.- SABINE D. MD, AND KAREN K. MD. EXPECTANT MANAGEMENT OF PLACENTA PREVIA: COST-BENEFIT ANALYSIS OF AOTPATIENT TRATAMENT. AM. J. OBSTET GYNECOL, 1994; 170; 1254-57.

24.- NIAP H. T. MRCOG M. ET AL. THA ROLE OF TRANSVAGINAL SONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF PLACENTA PRAEVIA. J. OBSTET GYNECOL, 1995; 35:1: 42-5.