

JOSÉ LUIS PÉREZ DE SALAZAR*
SERGIO AZCÁRATE SÁNCHEZ**

PLACENTA PREVIA

LA PLACENTA previa es aún una de las mayores complicaciones del embarazo y parto pero el tratamiento moderno de la misma ha logrado en pocos años bajar la mortalidad y la morbilidad, tanto materna como fetal.

El diagnóstico precoz, métodos radiológicos de localización placentaria, localizaciones placentarias por radio-isótopos, hospitalización, uso de sangre y plasma, transfusión, vigilancia obstétrica, la depuración de los medios de anestesia, mejores técnicas quirúrgicas y el uso actual de los antibióticos han mejorado extraordinariamente el pronóstico de esta grave complicación del embarazo.

En 1945 en Estados Unidos, la mortalidad materna correspondiente a hemorragias era el 23%; de este 23% por lo menos el 50% correspondía a placenta previa. Muchas mujeres que padecen placenta previa mueren de padecimientos secundarios a la misma como infección o embolia.

DEFINICIÓN

Se habla de placenta previa cuando la implantación y el desarrollo de la misma se efectúa ectópicamente en la cavidad uterina, es decir se desarrolla parcial o totalmente en el segmento uterino inferior.

* Jefe de servicio en el hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del IMSS.
Profesor adjunto de Gineco-Obstetricia en la UNAM.

** Profesor ayudante en la UNAM. Médico de base del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del IMSS.

Frecuencia

Varían mucho las estadísticas en lo relativo a la frecuencia; en el Chicago Iyng In Hospital¹ se presentó 325 veces en 40,961 partos, *Winkler y Linden* dan 1.7% de los embarazos, *Sopeña Ibañez* 0.78%, *Hoffman* 0.33% *Eastman* 0.5%² aproximadamente. En el Hospital de Gineco Obstetricia del Centro Médico La Raza, sobre 22,260 partos⁵ hubo 86 placentas previas lo que nos da un porcentaje de 0.39 igual que el reportado por otros autores cuyo concepto general es que la frecuencia varía desde 0.32 hasta 1.08%.

Clasificación

*Eastman*³ reconoce 3 grados de placenta previa:

- a). Placenta previa total, esta variedad cubre totalmente el orificio interno del cuello.
- b). Placenta previa parcial, cubre parcialmente el orificio interno cervical.
- c). Implantación baja de placenta el borde de la placenta no se extiende más allá del borde del orificio interno.

Macafee C.H.G. y Cols. citados por *López Llera*⁴ utilizan 4 grados para clasificar las placentas previas. De 1er. grado la mayor parte de la placenta se encuentra en la porción activa del segmento superior y solo el borde o margen placentario se encuentra en el segmento inferior, el 2o. grado el borde o margen placentario alcanza el orificio cervical interno. 3o. la placenta cubre el orificio cervical interno cuando este se encuentra cerrado pero no completamente cuando hay dilatación y 4o. la porción central de la placenta cubre el orificio cervical interno.

A este respecto nuestro criterio está unificado con el criterio de *Macafee y Browne*, sólo que nosotros llamamos implantación baja de placenta al grado 1, placenta marginal al grado 2, placenta parcial al grado 3, placenta central total al grado 4.

Terminaremos diciendo que existen 4 tipos de placenta previa, clasificados en dos grupos, las oclusivas y las no oclusivas, las primeras pueden ser totales o parciales y las segundas laterales o marginales, algunos autores incluyen en el capítulo de la placenta previa al embarazo cervical.

ETIOLOGÍA

La causa real es aún desconocida. La teoría más aceptada actualmente es que la implantación anormal del huevo es consecuencia del fracaso o defecto del mecanismo de la transportación del mismo, pudiendo ser esto consecuencia de defectos locales congénitos o adquiridos del aparato genital interno o de causas intrínsecas ovulares. Normalmente la fecundación se lleva a cabo en el tercio externo de la trompa; a las 72 hrs. generalmente el huevo se encuentra en la cavidad uterina, siendo variable el tiempo en que permanece libre en ella, pudiendo variar este de horas a días, generalmente la pequeña vesícula ovular permanece en la parte alta del fondo uterino; pueden existir muchos motivos por los cuales el huevo se proyecte hacia la región del interior del útero que en esta localización se implante, dando lugar a una placenta previa.

El huevo fertilizado no es un elemento libre, sino que depende de fuerzas ambientales óptimas para que descienda por la trompa hacia el útero, no puede elegir el sitio ideal de implantación sino en condiciones favorables óptimas.

Se adhiere al sitio donde se encuentra en el momento preciso que es obligada su implantación. Esta puede hacerse en el abdomen, la trompa, la parte superior anterior o posterior del útero o en la región inferior del útero, la placentación se llevará a cabo en el sitio de la implantación y el grado dentro de la clasificación de la placenta previa, dependerá de su relación con el orificio interno del cérvix.

Entre las causas propiamente uterinas que pudieran determinar una implantación baja de placenta o una placenta previa tendríamos la endometritis, *Shassman* afirma que una mucosa enferma llevaría aparejada una reacción decidua insuficiente en donde el huevo no podría encontrar elementos nutricionales, los miomas uterinos, sobre todos los sub-mucosos, las tumoraciones malignas endometriales, los uteros hipoplásicos o mal formados como el útero bicorne. La multiparidad se invoca como causa secundaria probablemente por modificaciones uterinas surgidas a través de los años; en el Chicago Lying In Hospital,⁶ de cada 4 placentas previas 3 fueron de multiparas. También existe mayor frecuencia en la placenta previa en los úteros con cicatrices previas como lo han demostrado *Bryant*⁷ y *Reyes Ceja*.⁸

Se cree que en el trofoblasto radiquen en ocasiones el vicio de la implantación ovular. Con trofoblasto normal el huevo anidaría en el

cuerpo uterino, con trofoblasto de actividad exagerada sería la cavidad abdominal o la trompa uterina los lugares elejidos para la implantación y en el huevo con actividad retardada la nidación se llevaría a cabo en el istmo uterino en las proximidades del orificio interno del cuello. Por último una placenta subcenturiada puede cubrir una parte o todo el orificio interno, una placenta magma puede invadir el segmento uterino inferior apoyándose en su tamaño. Un endometrio poco favorable hace que la placenta, como las raíces de un árbol se extienda ampliamente ocupando segmentos inferiores del útero.

FISIOPATOLOGIA

La implantación baja de la placenta rompe la relación normal utero-placentaria y esta pérdida de relación originaría la hemorragia y la mayor vulnerabilidad del útero al trauma y la infección.

Cuando la placenta se implanta en la región del grueso miometrio, es decir arriba, la vascularización placentaria no interfiere con la integridad del órgano; una gruesa zona decidua apta para esta función actúa como colchón entre placenta y músculo uterino facilitando así su separación en la 3a. etapa del trabajo de parto.

La implantación placentaria no se perturba con la motilidad uterina ni con el desarrollo del segmento uterino inferior ni con el borramiento y dilatación del cérvix.

En cambio el segmento uterino inferior, puente pasivo entre la zona contráctil y la vagina no es apto para soportar la implantación pues el aumento de la trama vascular en esta región donde no se forma una caduca apta interfiere con la integridad normal de los tejidos. La histología de segmento inferior hecha de numerosas fibras de tejido elástico y algunas fibras musculares que soportan considerables distensión y estiramiento, cuando las sufren, primero con las contracciones de *Braxton Hicks* y posteriormente con el franco trabajo de parto en el borramiento y dilatación cervical se producen extensas separaciones tisulares que originan a su vez hemorragias episódicas o en ocasiones continuas, de variable cantidad intensificándose en el momento que se fortifica la dinámica uterina, la decidua en este lugar no tiene la frondosidad que en el fondo uterino y es más frecuente que las vellosidades arpon se implanten parcialmente en la porción muscular y elástica dando como resultado de esta anomalía placentas acretas parciales o totales.

La proximidad de la placenta a la vagina, sitio de la infección latente, promovida en ocasiones o estimulada por manipulaciones del Gineco Obstetra favorece la aparición de infecciones severas; el traumatismo del parto también invita a la infección pues se abren pequeñas o grandes puertas de entrada a los gérmenes, todo esto favorecido por la anemia que sufren las pacientes. En la actualidad pocas mujeres mueren de hemorragia aguda en centros bien equipados de la especialidad; en cambio la incidencia de infección no se ha abatido como se quisiera; siendo también frecuente el riesgo de tromboflebitis o embolismo en el puerperio de estas pacientes.

SINTOMATOLOGIA

La hemorragia indolora es el síntoma primero más constante y que hace su aparición generalmente en el 3er. trimestre de la gestación más frecuente al octavo mes. *Semmens*,⁹. La hemorragia hizo su aparición entre las 22 a 28 semanas en el 9% de sus casos siendo el sangrado escaso, en ocasiones sólo una vez o intermitente en otras en forma de manchas. Después de las 28 semanas, de esta a la 34, el sangrado se presentó en el 18.7% siendo este más profuso tratándose en muchas ocasiones de hemorragia de consideración. De las 34 a las 40 semanas el sangrado se presentó en el 44.6% de los casos, y durante el trabajo de parto en embarazo a término en el 27.7%. En estudio practicado por nosotros⁵ sobre 86 casos de placenta previa el sangrado se presentó de la 38 a la 40 semana en el 50% de los casos de la 28 a la 37 semana en el 41.86%, de la 20 a la 27 semana en el 3.43% no habiendo sangrado en el 4.65% en enfermas que fueron operadas de cesárea iterativa que estaban a término. La placenta previa marginal sangró en el 100%, la central en el 97.57% y la lateral en el 83.33%.

La primera hemorragia en la placenta previa por lo regular no es muy abundante siendo las sucesivas más copiosas, situación que va anemiando a las enfermas si no se repone la sangre. Entre las hemorragias puede haber escurrimiento sero-sanguinolento, lo cual indica la formación de coágulo en el segmento inferior o en la vagina. La placenta previa ensombrece el panorama de la gestación del parto y del puerperio y el aborto es frecuente; los síntomas de la amenaza de aborto, en los primeros meses, lo mismo que la ruptura prematura de membranas el parto prematuro, el sufrimiento fetal, o

el óbito; son también frecuentes las presentaciones viciosas. *Stevenson*¹⁰ del *Boston Lying In Hospital* comprobó la existencia de situación transversa en una 3a. parte de los casos de placenta previa *Semmens*⁹ encuentra que la transversa en la placenta previa es 35 veces más frecuente que en casos de placenta normalmente insertada, encontrando 21 transversas en 166 casos de placenta previa y 21 presentaciones de pelvis 3 veces más de lo normal. Nosotros en nuestro hospital⁶ sobre 86 placentas previas encontramos 13 situaciones transversas 15.11% y 21 casos de presentaciones pélvicas 24.41%; puede ocurrir y es más frecuente la embolia gaseosa por la proximidad de los senos venosos placentarios a la vagina y la ruptura uterina también es mucho más frecuente lo mismo que la hemorragia en el Post-Parto por hipotonía uterina o por cierto acretismo placentario pudiendo quedar restos que se infecten.

La sintomatología, como se ve, puede ser muy variada y dependerá fundamentalmente de las proporciones de la hemorragia, de la edad del embarazo, del grado de placenta previa, de la presencia o ausencia del trabajo de parto, de que exista o no sufrimiento fetal u óbito del mismo y por último de la existencia de alguna complicación obstétrica concurrente. Variará la sintomatología, desde un ligero sangrado en el 3er. trimestre hasta el estado preagónico de la paciente por anemia aguda y shock hipovolémico o shock obstétrico por ruptura uterina.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la placenta previa se hace clínicamente, la hemorragia en el 3er. trimestre del embarazo con caracteres que adelante especificaremos sin causa aparente sin dolor, la sugiere con mucha mayor probabilidad, si se agregan antecedentes de amenaza de aborto en los primeros meses ruptura prematura de membranas, amenaza de parto prematuro, presentación libre o situación viciosa como la transversa, ausencia de síntomas de toxemia, etc. todos estos datos nos afirman nuestra muy fundada sospecha de placenta previa, mas la seguridad de la etiología del sangrado, solamente nos la dará el tacto vaginal o la visión del tejido placentario sobre el orificio interno del cérvix; pudiendo hacerse por este método el diagnóstico

de la variedad o grado de la placenta previa, el modo de realizar el examen y las indicaciones de; 1, se verán adelante en el capítulo del tratamiento.

*Snow y Powell*¹¹ han demostrado con la técnica radiológica de tejidos blandos, la bondad de este procedimiento inyectando aire en vejiga y recto para localizar placenta en cara anterior y posterior del segmento. *Ude y Cols.*¹³ en la presentación cefálica demuestran el contorno del tejido que hay entre el cráneo y la vejiga inyectando yoduro de sodio en esta última. *Brown y Dippel*¹⁴ distinguen claramente la placenta en el 90% de los casos; estos autores realizan estudios radiológicos en 92 mujeres con hemorragia vaginal en el 3er. trimestre, demostrando placenta previa en sólo 12 casos de lo que se deduce que el estudio radiológico de tejidos blandos en este tipo de complicación obtétrica es de máxima utilidad. *Moir*¹⁵, en 474 pacientes con placentas visibles en el 98% se hizo diagnóstico correcto de placenta previa o de falta de ella. En nuestros casos⁵ sobre 36 estudios radiológicos de partes blandas en 30 se hizo el diagnóstico correcto o sea en el 83.33%.

El placentograma por medio de radio-isótopos es una de los últimos métodos usados para la confirmación diagnóstica de placenta previa.

*Eguiluz y Cols.*¹⁶ deducen que este método es fácil y rápido, práctico en la clínica, con mínima radiación y el método actual de localización placentaria que mayor por ciento de seguridad dá.

*Roberto Mass y Eduardo Lowberg*¹⁷ concluyen que el empleo de la albúmina marcada con yodo 131 permite hacer el diagnóstico de inserción placentaria en el 100% de los casos. *Rodríguez y Col.*¹⁸ presentan un trabajo similar a los dos anteriores en el IV, Congreso de Gin. y Obst. y llegan a parecidas conclusiones que los dos autores anteriores.

La incidencia de las causas de sangrado del 3er. trimestre según *Foote y Fraser*¹⁹ sobre 338 sangrados, nos hacen meditar sobre el diagnóstico diferencial que tendremos que hacer ante una enferma que sangra en el 3er. trimestre de su gestación en los casos del autor la *Abruptio placentae* ocupó el 37.6% de los casos con 127 la placenta

previa 120 casos 35.5%, ruptura de seno 8 casos 2.3%, anomalías placentaria 4 casos 1.2%, sangrado del cérvix 12 casos 3.6%, várices vaginales 1 caso 0.3%, sin diagnóstico 66 casos 19.5%.

Herrera Llanos y Col. en nuestro medio enfatizan la dificultad de hacer en ocasiones un diagnóstico diferencial de sangrado de 3er. trimestre y se refieren muy especialmente a los sangrados por ruptura del mal llamado seno marginal, que debería llamarse ruptura del borde placentario por los estudios conocidos de *Bumm Spannei* y *Ramisey*, citados por el autor y también muy especialmente se refiere a la placenta, circunvalada y la membranacia como causa de sangrado del 3er. trimestre de la gestación encontrando en 100 casos estudiados de sangrado del 3er. trimestre 25% a la placenta previa.

*Mondragón y Col.*²¹ recalcan en su estudio sobre placenta extra-cordial 86 casos la importancia del sangrado vaginal en el 3er. trimestre de la gestación sangrando abundantemente 18 casos o sea 20.9% sangrado genital escaso 20 casos o sea 23.3%; sumando se concluye que las enfermas con placenta circunvalada sangran en regular y abundante cantidad de un total de 44.2% de los casos. Se demuestra en dicho trabajo que los valores promedio de gestación, paridad, edad de las pacientes, peso de productos etc., pacientes con placenta extra-cordial y placenta previa son muy similares.

Podemos concluir después de analizar estos trabajos que el Gineco Obstetra que trabaja en Centros de Especialidad tendrá obligación de llegar a un diagnóstico en los sangrados del 3er. Trimestre haciendo uso con prudencia y criterio de todos los métodos clínicos y para clínicos de que dispone para hacer diagnóstico diferencial de las entidades patológicas quedan sangrando en el 3er. trimestre de la gestación. Lo mismo se hará diagnóstico diferencial con procesos inflamatorios agudos tumorales y malignos del cérvix, pólipos cervicales, carcinoma del cervix, hemorragias de várices vaginales.

Debemos de pensar que la placenta previa será causante de hemorragia sólo en la 3a. parte de los casos aproximadamente, a continuación y para terminar este capítulo anunciaremos las características clínicas de la placenta previa, para hacer diagnóstico diferencial sobre todo por el desprendimiento prematuro de placenta ya que estas dos son las más graves y frecuentes complicaciones que sangran al final de la gestación.

Características Clínicas de la Placenta Previa y Diferencias con el Desprendimiento Prematuro de Placenta.

<i>Desprendimiento prematuro</i>	<i>Placenta previa</i>
Antecedentes de traumatismo.	No hay antecedentes de traumatismo la hemorragia aparece, generalmente en el reposo.
Antecedentes de gestosis frecuentes.	No existen, por lo general antecedentes de gestosis.
Dolor intenso en el sitio de la inserción Placentaria.	No hay dolor, excepto durante las contracciones uterinas si hay trabajo de parto.
Pérdida de sangre oscura, escasa, con coágulos o líquidos o incoagulable.	Sangre líquida, roja, coagulable.
Una sola hemorragia continua.	Varias hemorragias, con hemostasis espontánea.
Signos de gestosis en el examen clínico.	No hay evidencia de gestosis.
La anemia aguda se aprecia sin relación con la escasez de hemorragia externa. Casi siempre hay hemorragia interna.	Signos de anemia aguda en concordancia con la hemorragia externa. No existen hemorragia interna.
Utero que aumenta de volumen poco a poco.	El tamaño del útero está en concordancia con la edad del embarazo.
Existe contracción uterina permanente y es dolorosa a la palpación.	Utero blando, cuando no está contraído. No es doloroso a la palpación.
No se palpa el feto, por la contracción uterina.	Se palpa el feto sin dificultad.
Casi siempre está encajada la presentación fetal.	La presentación fetal está alta. En común la de tronco y la de pelvis.
Foco fetal negativo, la mayoría de las veces.	Foco fetal casi siempre positivo.
Tacto vaginal; tensión en el segmento inferior.	Tacto vaginal se aprecia algo entre el fondo del saco y la presentación.
Si el cuello es permeable, no se encuentran cotiledones, la bolsa de las aguas está tensa.	A través del cuello se tocan cotiledones en las formas marginales y oclusiva de la placenta previa.
Rayos X cistografía. Se encuentra una distancia céfalo vesical menor de 2 cms.	Rayos X cistografía distancia céfalo vesical mayor de 1 cm.

Se aprecia la placenta insertada en el cuerpo uterino. En ocasiones se visualiza también el hematoma retroplacentaria.	La placenta se observa insertada en segmento inferior. No se visualiza hematoma retro placentario.
La hemorragia continúa después de la ruptura de las membranas.	La hemorragia cesa al romperse las membranas, excepto si la placenta previa es oclusiva.
La hemorragia puede detenerse durante las contracciones uterinas.	La hemorragia aumenta durante las contracciones uterinas.

TRATAMIENTO

Es necesario comprender que las normas de tratamiento de la placenta previa variarán según que se atienda a una paciente en el medio rural lejos de centros bien equipados o que sea vista la enferma en hospitales dedicados al estudio de la Gineco Obstetricia; en estos dos grandes límites puede haber graduaciones de tipo de hospitales y circunstancias que hagan al médico tomar determinada conducta que en otras circunstancias no lo harían.

En relación a la historia de la placenta previa y su tratamiento, hay hechos muy interesantes en su evolución y la forma en que fue visto el problema a través de distintas épocas.

Hace apenas 40 años, las cifras de mortalidad materna y fetal eran altísimas en los Estados Unidos de Norte América, siendo de 10% de mortalidad materna en las variedades de placenta previa menos graves y de 25% para la placenta previa central, alcanzando la mortalidad perinatal cifras del 40 al 70%.

Dentro de la mortalidad materna el 23% correspondía a hemorragias, siendo en esta el 50% atribuible a placenta previa.

Los motivos de este verdadero desastre no eran otros que el temor al realizar la operación cesárea por la alta mortalidad que deparaba la peligrosidad que entrañaba la anestesia y la aplicación de transfusiones sanguíneas y por último la frecuencia de infección mortal posoperatoria.

Una vez que se fueron perfeccionando dichos métodos de tratamiento los obstetras se hicieron cirujanos, y entró en boga en la obstetricia de los 30 la operación cesárea y el amplio manejo de la transfusión sanguínea. Tan pronto como se hacía el diagnóstico de

placenta previa independientemente de la edad del embarazo se practicaba cesárea y se aplicaba sangre con generosidad, poniendo término con esta terapéutica lo que debió haber sido una verdadera pesadilla obstétrica.

Con esto se redujo considerablemente la mortalidad materna, más no la fetal que daba un altísimo por ciento de muertas perinatales por inmadurez y prematuridad.

La última época no menos importante que la anterior que aún no termina, nace por el año de 1945, al mismo tiempo, en dos Escuelas Sajonas de Obstetricia, con dos líderes que la representan *Macaffee*²² del Imperio Británico y *Johnson*²³ de los Estados Unidos de Norte América; ambos enfocan esencialmente el problema del tratamiento en función de considerar el binomio madre feto, conducta que posteriormente apoyara *William y Davis*, y la mayor parte de la Escuela Americana de Obstetricia.

Apoyados en hechos clínicos demostraron los autores mencionados que la hemorragia en la placenta previa por lo general no tenía caracteres alarmantes si no se tocaba vaginalmente a las pacientes. *Eastman* afirma "Cualquier manipulación digital de la región del cérvix en los casos de placenta previa tiende a causar una hemorragia brusca, masiva y aún fatal en algunas ocasiones, recomendando no precipitarse a hacer el tacto vaginal".

Davis afirma: Las enfermas con placenta previa que no son examinadas vaginalmente no sangran nunca hasta morir.

Con todos estos conceptos sobre el indiscriminado uso del tacto vaginal y pudiéramos decir de una iatrogenia hemorrágica médica; nace una escuela expectante pero vigilante que exige que se investigue la hemorragia pero norma con criterio clínico los métodos para investigarla.

Cuando está bien orientado clínicamente el criterio obtétrico total, que ampara en lo posible a la madre y al hijo, automáticamente el resultado sobre morbi-mortalidad materno fetal descenderá satisfactoriamente.

El obstetra procurará con sabiduría y prudencia amparado en el largo camino vivido en la clínica, el logro de una madurez adecuada del producto en lo posible, disminuyendo así la morbilidad fetal dada por la inmadurez y prematuridad.

LINEAMIENTOS GENERALES DEL TRATAMIENTO

1. Toda mujer con sangrado del 3er. trimestre en que se sospeche placenta previa debe internarse en un hospital para su estudio.
2. Se prescribirá reposo absoluto en cama, se hará historia clínica y exploración completa y se mandarán de inmediato exámenes rutinarios, biometría hemática, tiempo de sangrado y coagulación, protombina tipo sanguíneo Rh pruebas cruzadas en la sangre y todos los exámenes de rutinarios de la mujer embarazada.
3. Según resultados, aplicación suero o transfusión sanguíneas etc.
4. Siempre se intentará hacer diagnóstico etiológico de hemorragia del 3er. trimestre de la gestación, (tanto clínicamente como por la exploración del cx. con espejo o valvas, estudios radiológicos o radioisótopos).
5. Se hará diagnóstico diferencial con las entidades nosológicas que producen sangrados en esta época de la gestación.
6. Una vez hecho el diagnóstico de placenta previa se procurará terminar la gestación si el feto está cerca del término.
7. En caso de no ser viable el producto se procurará contemporarizar por algunas semanas según el caso.
8. Se hará diariamente la valoración de las pérdidas sanguíneas, evitando maniobras que puedan aumentar la hemorragia, no pudiendo calcular la pérdida sanguínea futura ni la resistencia, de la mujer a la hemorragia, se estará transfundiendo a la paciente hasta alcanzar cifras de Hb. y Ht. en los límites más altos.
9. Cuando sea el momento de practicar la exploración interna, se hará esta en quirófano con personal y material listo para cesárea.
10. Nunca se practicará tacto en domicilio de las pacientes ni aún en los pisos del hospital.
11. Se prohibirán táctos vaginales y solamente será uno la exploración que se practique, hecha ésta por un médico con suficiente experiencia.

12. El tacto se practicará con la mayor delicadeza para no separar ni desgarrar la placenta, pero será lo suficiente completo para obtener el mayor número de datos posibles.

13. Primero se toca superficialmente sin hacer presión, solamente para localizar la posición del cérvix. Luego se aplica con mucho cuidado el espejo bivalvo o 2 valvas para visualizar el cérvix, y si se considera necesario se hace el tacto que puede ser extracervical buscando acolchonamiento en fondos de saco, o intracervical para localizar la placenta.

14. Nunca se explorará por tacto rectal.

15. El tratamiento se instituye siempre con criterio fundamentalmente clínico siendo la hemorragia en particular su cuantía la que indique la terapéutica.

16. Se tendrá en cuenta, la existencia del producto vivo u óbito fetal, la existencia en el primer caso de existir o no sufrimiento fetal, la viabilidad del producto y su estado de inmadurez prematurez o madurez.

17. Se valorarán las características del cuello uterino (borramiento, consistencia, dilatación). Se calculará la fecha probable del embarazo es decir, la edad del mismo cuando se hace la exploración que la enferma esté o no esté en trabajo de parto, y muy principalmente se procurará hacer el diagnóstico lo más preciso del grado de placenta previa pues esto es fundamentalmente para la decisión de cual será la vía por la cual se termine la gestación.

Valoración de la conducta a seguir:

1. Cuando el producto lo consideramos no viable de las 20 a 28 semanas de la gestación.

2. De las 28 a 32 semanas de gestación (previable).

3. De las 32 a 36 semanas prematuro de poco peso y 4 de las 36 semanas en adelante prematuro de 2,100 a 2,200 en adelante.

PLACENTA PREVIA EN EMBARAZOS DE 20 A 28 SEMANAS, CON
PRODUCTO NO VIABLE

El sangrado en esta época del embarazo, en el 60 al 70% de los casos no se debe a placenta previa, siendo muchas otras las causas que lo provocan. Sólo del 9 al 13.6% de placentas previas sangran en esta época, es decir, una de cada 10 placentas previas sangran en esta época del embarazo.

El sangrado en la placenta previa en esta época del embarazo es por lo general muy ligero y sólo en la variedad de placenta previa central total el sangrado es abundante.

A este respecto mi criterio es el mismo que el que tengo en el aborto; si el sangrado es muy abundante el huevo estará muy lesionado por importante separación de la placenta y abortará con seguridad independientemente de las condiciones del cérvix; si en esta época el sangrado es muy profuso se terminará el embarazo por la vía apta, para proteger la vida de la madre. Si el sangrado es en regular cantidad en donde no se ponga en peligro la vida de la paciente, el tratamiento será conservador se internará la enferma se le mantendrá en reposo, se hará la reposición de los volúmenes sanguíneos y se estudiará completo el caso hasta llegar a el diagnóstico etiológico del grado, manteniendo a la enferma hospitalizada hasta la solución de su problema, se aprovechará para practicar todos los análisis que se consideren necesarios tomar radiografías localizar al sitio placentario, determinar tamaño del producto etc.

Ya que la paciente no sangre, y con las premisas previamente anotadas se explorará la paciente en la sala de operación y se practicará el exámen del cérvix uterino con espejo vivalvo o separadores. Si no hay hemorragia al practicar la visualización del cérvix y no se ha concluído en un diagnóstico con la mayor precaución podrá practicarse el tacto intracervical esto sucederá en la menor proporción de los casos pues con el estudio de Rayos X y con la placentografía de radio-isótopos que creo se generalizará en el futuro en centro bien equipados. Tendremos suficientes datos para hacer un diagnóstico diferencial. Si la exploración sangra profusamente y las condiciones del cérvix no son útiles se pondrá en movimiento todo el personal, el material quirúrgico y de sangre que debe estar listo ya para practicar la operación cesárea si las condiciones del cérvix son buenas, hubiera ya trabajo de parto o existiera dilatación cervical, se romperán las

membranas y se conducirá el parto a excepción de tratarse placentas obstructivas, aplicando en ambos casos las cantidades necesarias de sangre. Por último en caso de ser negativa la exploración para placenta previa se podrá dar de alta a la paciente con indicaciones precisas.

PLACENTA PREVIA EN EMBARAZOS DE 28 A 32 SEMANAS EN ADELANTE

Después de las 28 semanas las proporciones del sangrado inicial o subsecuente es de mayores proporciones; sin embargo rara vez degenera en una hemorragia que requiere tratamiento quirúrgico inmediato siempre y cuando no se realice tacto vaginal indiscriminado que agrave el problema, no siendo indispensable muchas veces para fundamentar el diagnóstico, la conducta en este grupo de pacientes lo mismo que en el grupo de 32 a 36 semanas es similar al primero que describimos siendo menor la mortalidad fetal a medida que se logra mayor madurez del producto teniendo el clínico que valorar juiciosamente estos dos elementos cuantía del sangrado y madurez del producto. En los casos de hemorragias repentinas y abundantes no se tendrá duda en suspender la gestación por el método que se considere conveniente y en aquellos casos en que el sangrado sea moderado ya hecho el diagnóstico etiológico se planeará la operación quirúrgica en conveniencia de la supervivencia del feto si es posible hasta la 36 semanas de la gestación. Cuando el cuadro clínico se presenta de la 35 o 36 semanas en adelante.

Bajo las condiciones que previamente se han especificado se practicará el examen genital interno y una vez diagnosticada la placenta previa y su grado se interrumpirá el embarazo por la vía que considere el clínico justificada según el grado de placenta previa.

Resumiendo; el tratamiento antes de la 35a. semana del embarazo generalmente es médico con enferma hospitalizada y ocasionalmente se hace cesárea en los sangrados macivos. El tratamiento después de la 35a. semana de embarazo será siempre la supresión del mismo y será como sigue: según el grado de la placenta previa; 1. Placenta central total o parcial operación cesárea. 2o. Placenta marginal posterior cesárea placenta marginal lateral o anterior posibilidad de parto vaginal ocasionalmente cesárea y 3o. Implantación baja de placenta con localización posterior con iguales posibilidades de parto vaginal o de cesárea según exista o no sufrimiento fetal comprobado. En la

implantación baja con localización lateral o anterior parto por vía vaginal.

Nuestra decisión de practicar cesárea en los casos de implantación placentaria en la cara posterior se debe a la incompatibilidad cefalopélvica que provoca y a la anoxia fetal que da en el trabajo de parto con sufrimiento fetal durante el mismo, y alta mortalidad fetal en esta variedad de placenta previa como lo ha demostrado J. *Stallworthy*.²⁴

Hay indicaciones concurrentes que nos podrán inclinar a hacer la operación cesárea, como son la situación transversa 35 veces más frecuente en la placenta previa, la presentación podálica 3 veces más frecuente o la existencia de cicatriz de cesárea anterior en donde la placenta previa es 3 veces más frecuente.

CESÁREA EN LA PLACENTA PREVIA

La operación cesárea en la placenta previa, se indica en función de la cuantía de la hemorragia y del grado de inserción, el por ciento de cesáreas es variable según distintos autores. *Semmens*⁹ sobre 100 placentas previas a 37 las trata con cesárea y 63 por parto vaginal *Foote* y *Fraser*¹⁹ reporta inversa la proporción; 60% de sus casos los resuelve por cesárea y el 40% por parto vaginal. No analizaremos más estadística que sería interminable. En general los resultados óptimos para la madre y el producto en la obstetricia moderna se realizan con un promedio de 70% de operación cesárea en la placenta previa. En nuestros casos⁵ se hicieron 74 cesáreas o sea el 86.03% sobre 86 placentas previas, 2 cesáreas histerectomías sobre las 74 cesáreas o sea 2.70%.

*Karchmerk*²⁵ en un estudio sobre 1000 cesáreas encuentra que 84, o sea el 8.4% fue indicado operación por placenta previa. *Urzaiz*²⁶ en 275 casos de cesárea la indicación de la misma por placenta previa fue de 5.8% de los casos.

Castelazo Ayala y Col. en su estudio sobre histerectomía en obstetricia sobre 61 casos encuentran una incidencia de 1.6% por placenta previa y revisando la literatura mundial encuentran variantes en la indicación de la histerectomía postcesárea por placenta previa del 0 al 13.7% en las cuales fue el sangrado incoercible generalmente o el acretismo placentario en la inserción baja de la placenta la causa de la indicación operatoria.

*Rodríguez Velasco*²⁸ de la Universidad Católica de Chile, sobre 127 histerectomías en obstetricia de las cuales se analizan solamente 102 casos, 14 se realizan como complicación a placenta previa o sea el 13.7%.

En lo que se refiere al acretismo placentario ya sea focal parcial o total en la placenta previa haciendo una revisión de la literatura mundial, *Castelazo*²⁷ encuentra que la frecuencia varía del 20% según *Sotto* o el 0.48% según *Dyer*, reportando en su trabajo una incidencia de acretismo placentario de 6.56%

Tipo de incisión uterina

Esta será selectiva según circunstancias de cada caso y estará en relación de la presencia de la placenta en la porción anterior del segmento principalmente. Se usará según los casos la incisión transversal de *Kerr*, la segmentaria vertical de *Beck* segmento corporal. Nosotros personalmente no evitamos caer en el lecho placentario, pero sí procuramos que la incisión nos permita romper las membranas en el borde de la placenta, y hacemos la extracción del producto con la mayor gentileza, destreza y rapidez antes de separar totalmente la placenta, evitamos en lo posible la extracción del producto a través de la incisión de la placenta procurando siempre como ya se dijo antes buscar el borde de la misma, usamos la incisión de *Beck* en los pélvicos, traumas asociados o placenta previa sobre todo cuando hay anillo de contracción o producto grande.

Logramos con esto tener a la vista el sangrado de los senos placentarios y podremos lograr el control del sangrado una vez que se extrae la placenta con mayor facilidad por medio de suturas directas o comprensión directa, cosa que no es posible, o cuando menos es difícil si la incisión del útero se hace muy lejos de la inserción placentaria, como acontece con la operación clásica. Los problemas del postoperatorio serán sangrados distintos grados por acretismo placentario, atonía uterina, principalmente y posteriormente en el puerperio inmediato o tardío un mayor de infección por ciento es decir un aumento de la morbilidad como lo han demostrado muchos autores mayor cantidad de endometritis, tromboflebitis, infecciones de pared, etc., todo esto se puede prevenir con el uso rutinario de antibióticos en el postoperatorio y derivados de la ergonovina endovenosamente.

La anestesia variará según que se trate de una urgencia con san-

grado profuso en donde la anestesia general será la indicada generalmente ciclopropano-oxígeno o que se trate de cesárea programada donde se podrá utilizar la analgesia regional en bien del producto. Si la placenta previa va a ser tratada por la vía vaginal la analgesia será moderada o nula en caso de tratarse de prematuros o fetos con sufrimiento siendo una indicación precisa en estos casos la analgesia regional epidural.

Los productos nacidos de madre por placenta previa serán estrechamente vigilados, con más razón si se trata de productos prematuros, y con sufrimiento fetal, y se investigará siempre la existencia de anemia.

MORTALIDAD

Macafee y *Gordon Miller* señalan que sobre 425 placentas previas encontró una mortalidad de 0.47%. *E. Davis*⁶ en 1945 reportó una mortalidad materna en placenta previa de 0.6% *Espinosa de los Reyes*²⁹ de 60 enfermas autopsiadas en el Hospital de Gineco Obstetricia. No 1 del IMSS señala 11 casos de muerte por hemorragia, no encontrando ninguna de estas debida a placenta previa. En el informe anual del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, dada por el mismo autor la mortalidad materna fue de 27 casos no habiendo muerto ninguna paciente por placenta previa. En nuestra revisión⁵ sobre 86 casos de placenta previa no se registraron muertes maternas.

Los datos anteriores y muchos más que pueden ser obtenidos de la literatura médica de la especialidad, demuestran que mucho se ha logrado en el estudio y manejo de la placenta previa si comparamos los datos aquí expresados con los que previamente mencionamos de la década de los 20.

REFERENCIAS

1. Delee: *Principios y Práctica de Obstetricia*. Segunda edición.
2. Eastamn N. J. Williams: *Obstetrics*. Ila. Edición Nueva York Appleton Centring Crofts.
3. *Anuario de Residencia y Sub-residencia Universitarias en Gineco Obstetricia*, 1963 capítulo 15 sangrados del 3er. trimestre de embarazo.
4. López Llera Mario: IMSS. Feb. 1962. pág. 95.
5. Jorge López Villegas, José L. Pérez de Salazar, Jaime Rosas Arceo. *XIV Reunión de Ginecología y Obtetricia, León Gto. Oct. 1966.*

6. M. E. Davis and Alice Campbell: *Gynecology and Obstetrics*. 83-77-788. (1946).
7. Bryant R. D.: *Am. J. Obst and Gynec* 81/480-1961.
8. Reyes Ceja L.: *Gin. y Obst. de Méx.* XVIII 731, 1962.
9. Semmens S. P.: *Am. J. Obstetrics and Gynec.* 77: 63-1959.
10. Etevenson C. S.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 58: 15-1949.
11. Rrow W.: *New York State J. Med.* 39: 2050: 1939.
12. Snow W. Y. Powelle B.: *Am. J. Rentgenol* 31: 37, 1934.
13. Ude W. H. Weum T. W. y Urner, J. A. *Am. J. Roentgenol* 31: 230, 1934.
14. Bronwn W. H Dippel.: *Bull Johns Hopkins Hosp.* 66-90 feb.-1940.
15. Moir C.: *Am. J. Obst. 8 Gynec.* 47:198. Feb. 1944.
16. Benjamín Eguiluz López y Col.: *Memorias del IV Congreso Mexicano de Ginecología y Obtetricia*. Tomo II, Pág. 274-284.
17. Roberto Mass y Eduardo Lowenbey: *Memorias del IV Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia*. Tomo II Pág. 271-74.
18. A. Rodríguez y Col.: *Memorias del IV Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia*. Tomo II, Pág. 275-77.
19. Foote W. R. y Fraser W. D.: *The Am. J. Obstetrics and Gynecol.* 80: 10, 1960.
20. Herrera Llanos: *Memorias del IV Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia*. Pág. 269-276.
21. Héctor L. Mondragón Castro y Col.: *Memorias del IV Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia*. Pág. 303-306.
22. Macaffe G. H. G.: *The J. Obst. and Gynecol. Brit. Emp.* 52: 313, 1945.
23. Johnson H. W: *The Am. J. Obst. Gynecol.* 50: 248, 1945.
24. Stallworthy J.: *The Am. J. Obst. Gynecol.* 55: 169, 1948.
25. Karchmerk y Col.: *Jornada Médica Bienal, Memorias, Hospital Gineco Obstetricia N° Uno Tomo I*, Pág. 79. *cología y Obtetricia*.
26. Carlos Urzais Jiménez: *Memorias del IV Congreso Mexicano de Gine-*
27. Castelazo Ayala y Col.: *Memorias de las Jornadas Médicas Bienal del Hospital de Gineco Obstetricia N° 1, IMSS.* 1964, Pág. 577-595.
28. Rodríguez Velasco y Col.: *Memorias del IV Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia* Pág. 256-59.
29. Espinosa de los Reyes, *Memoria de la Jornada Médica Bienal Hospital de Gineco Obstetricia*. Pág. 409-414.