

# *Trafamiento de la placenta previa después del óbito fetal*

---

Por el doctor **Enrique Archila A.**  
Jefe de Clínica Obstétrica.

---

Las estadísticas de los últimos años demuestran que la placenta previa es aún una de las entidades obstétricas de más alto índice de mortalidad en gran parte debida a la tardía consulta que hacen las pacientes de su afección.

Felizmente hoy el especialista encuentra el arsenal terapéutico suficiente y poderoso para combatir el peor de los síntomas del cuadro nosológico a que me vengo refiriendo, cual es la hemorragia, sin discriminar el estado del producto de la concepción. Si bien es cierto que en caso de que éste dé claras muestras de actividad vital, la conducta debe orientarse en el sentido de favorecer equitativamente las dos vidas, no es menos cierto que en caso de que muerto ya el feto, se deben redoblar los esfuerzos por evitar a costa de cualquier sacrificio y por los medios más rápidos y menos traumatizantes lograr salvar la vida de la parturiente.

Por eso pienso que en estos casos los recursos quirúrgicos podrían ocupar un segundo plano para dejar

que métodos médicos de fácil maniobra y de peligros ínfimos entren en juego con el fin de no complicar más un caso de por sí grave con un nuevo trauma como es una operación con todos sus ad lateres. Y dentro de estos métodos quiero hacer mención exclusiva del **Desprendimiento Manual de la Placenta**, cuyos resultados hemos podido palpar y de los cuales estamos ampliamente satisfechos. Así es como no dudamos, en presentarlo, por creerlo de suma importancia para los colegas de provincia a quienes les será de gran utilidad como recurso en casos similares, y también para hacer justicia y honor a su autor, el Profesor José del Carmen Acosta, que es de quien lo hemos aprendido.

La maniobra es simple, de fácil ejecución y en buen número de casos, se puede practicar sin ninguna anestesia. Su objetivo fundamental es contener la hemorragia, el más grave y alarmante de los signos de la inserción viciosa de la placenta. Y aquí nos vamos a permitir enunciar someramente el mecanismo de dicha hemorragia.

mo de la inserción placentaria y la manera como la corriente hemática circula en dicho lugar. A priori se deduce que, ocurriendo el desprendimiento de uno o varios cotiledones, la pérdida sanguínea será muy difícil de contener porque por aquella superficie brotará sangre de manera permanente mientras el resto de la placenta mantenga sus conexiones con el útero, pues a través de éstas llegará la sangre a la zona desprendida.

Teniendo en cuenta lo anterior, fue como el autor se ingenió el desprendimiento total del órgano, para cohibir como en efecto sucede el derrame sanguíneo. La maniobra, lo repetimos, no se justifica sino en caso de que el feto haya muerto. De otra manera sería regresar al anacronismo de la embriotomía con feto vivo.

La técnica es como sigue: Obvia decir que las medidas de asepsia y antisepsia se redoblarán por tratarse de casos en que las defensas orgánicas se hallan exhaustas.

La mujer en posición ginecológica, el partero introduce una de sus manos en la vagina. A través del cuello inicia el desprendimiento por medio de movimientos suaves, mientras la otra, sobre el abdomen, fija el fondo uterino. Rotas ya las conexiones de manera total, debe terminarse la maniobra, abriendo el huevo, bien a través de la placenta, o si no rompiendo las membranas a nivel del borde. Hasta aquí la maniobra en sí. Esta puede continuarse con la extracción placentaria o dejando que el parto se verifique de manera espontánea.

ra hemos dicho presentamos algunos de los casos clínicos así tratados.

Tenemos en primer lugar el caso de la paciente Z. C., cuya historia (842) la podemos resumir así: Natural de Ubaque, de 26 años de edad, con residencia en Bogotá, desde hace ya largo tiempo; sin antecedentes patológicos dignos de especial mención, con menarquia a los 13 años y ciclo de 30 x 3. Desde el punto de vista obstétrico, cuenta haber tenido su primer parto a término espontáneamente, hace dos años. Su actual, 2ª gestación, dice haberse iniciado el 16 X/48, con accidentes vagosimpáticos leves (náuseas, vómitos, mareos, acedias), durante las primeras semanas. Todo entró en orden hasta el 8º mes en que presentó una hemorragia vaginal externa e indolora, sin antecedentes traumáticos, alguno importante y por lo cual no consultó a ningún facultativo.

A las 21 horas 40 minutos del 12 de mayo de 1949, se presentó al Hospital con un embarazo a término acompañado de hemorragia vaginal abundante que se inició a las 10 horas del 11. A las 12 horas se inicia el trabajo con abundante hemorragia.

Como se encontrara casualmente en el servicio a esa hora el Profesor Acosta, quien había sido llamado por el Jefe de Clínica para un caso de embarazo extrauterino roto con inundación peritoneal, se le presentó este nuevo caso mientras se ultimaban los detalles de la intervención.

Al examen encontró: Mujer de aspecto muy anémico con gran palidez de la piel y de las mucosas. Pulso 140. T. A. Mx. 65 Mm. 50, y desde el punto de vista obstétrico: Altura uterina 31 centímetros. Presentación: Vértice O. I. D., móvil. Auscultación fetal negativa. Al tacto vaginal: vulva y vagina normales, cuello borrado con una dilatación de 7 centímetros. A través de la abertura del orificio cervical, se tocaba la placenta que le obstruía completamente (central total).

En estas condiciones practicó el desprendimiento manual de la placenta y luego rompió las membranas, habiendo salido el líquido amniótico teñido de meconio. Se ordenó inmediatamente una transfusión de 500 cc., cardiotónicos y calor. A la 1 de la mañana del 13, ocurrió el parto de la placenta seguido del de un feto muerto de 2.780 gramos de peso.

Durante el puerperio hubo una reacción febril hasta 38 grados, los días quinto y sexto. Un cuadro hemático ordenado al séptimo día dió el resultado siguiente: Hematíes 2.650.000; Leucocitos 14.000; Hemoglobina 55%; valor globular 1,05.

Al día siguiente se le dió de alta por insistente exigencia de la paciente y sus familiares.

En segundo lugar tenemos el caso de la señora H. T. de G. Historia Clínica número 1.902. Multigestante IX a término. De 37 años de edad, natural de Cali, procedente del vecino Municipio de Sibaté y quien solicita los servicios de nuestra Institución el X- 20/49. No hay antecedentes

hereditarios y personales patológicos dignos de mención. Menstruación a los 14 años, ciclo 30 x 5 días. En su pasado obstétrico hallamos: Un aborto de 4 meses y 7 partos a término, uno de ellos con feto muerto y el resto con niños normales.

Respecto al actual embarazo obtuvimos los siguientes datos: Última regla el 7 de enero de 1949. Hasta la fecha de su hospitalización, solamente se encuentra como dato importante el de haber sufrido al 7º mes de una hemorragia genital abundante pero de corta duración que se vino a repetir la víspera de su ingreso.

Al examen se encuentra: Paciente en buen estado general. Pulso 84, T. A. Mx. 130, Mm. 90. Altura uterina 34 centímetros. Vértice O. I. I., móvil. Auscultación fetal negativa. Tacto vaginal: Vulva y vagina normales; cuello borrado, dilatación de 4 centímetros. A través de él se toca una placenta central total.

Como tratamiento se recurre al desprendimiento total de la placenta y del polo inferior del huevo, sin anestesia a las 8 horas del mismo día que se internó; abriendo a continuación ampliamente el huevo a través de la placenta lo que permitió la salida de bastante líquido amniótico de aspecto turbio. En seguida se aplican 5 unidades de Pitocin por vía intramuscular para reforzar las contracciones que eran muy débiles y espaciadas.

A las 12 horas, ya se había efectuado el encajamiento pero el trabajo continuaba poco intenso. Entonces, y por insinuación del Profesor Acosta, se le aplica una nueva dosis de Pitocin (5 U.). A las 14 horas 30 minu-

tos da a luz un enorme feto de 4.800 gramos de peso, muerto y con los primeros signos de maceración. Debido al tamaño del feto hubo alguna dificultad en el desprendimiento de los hombros.

Durante el puerperio subió la temperatura a 39,5 grados, el quinto y sexto día a causa de una endometritis benigna. Al octavo día se inició una psicosis y hubo necesidad de pedir su traslado para el Frenocomio.

---

## Conducta en el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada

---

Por el doctor Jaime Corral Maldonado  
Ex-Jefe de Clínica Obstétrica.

---

(Continuación de la pág. 48 del número anterior)

Historia número 1.429. Servicio Profesor V. Rodríguez Aponte. Año 1948. Edad: 38 años. Tercer embarazo. Edad del embarazo al entrar al servicio 7 meses. Cuenta la enferma que su embarazo evolucionó normalmente hasta el día 28 de agosto, fecha ésta en que notó hemorragia de sangre roja, que le duró según dice ella 15 minutos y se le suspendió espontáneamente. Que el 2 de septiembre a las 18 horas, sintió dolor muy intenso en el flanco derecho y a las 23, le sobrevino de nuevo la hemorragia de sangre roja. Examinada a las 18 horas del 3 de septiembre, hora en que llegó al Hospital, se aprecia: Pulso 100, Tensión arterial Mx. 11½ y Mm. 6. Altura uterina 26 centímetros, matriz en ligero estado de hipertonia, feto en presentación de vértice O. I. D., auscultación fetal positiva. Tacto vaginal: Gran

cantidad de coágulos en la vagina, cuello con 7 centímetros de dilatación, bolsa intacta, cabeza por encima del estrecho superior en O. D. T., no se palpa placenta, hemorragia vaginal discreta. Se hace el diagnóstico de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada y se decide terminar el parto mediante una versión por maniobras internas, la que se logra practicar fácilmente debido a que la matriz relaja muy bien a la anestesia profunda con éter, a que el cuello se logró llevar a la dilatación completa, y a que el feto era de pequeño tamaño. Niño vivo que pesa 1.600 gramos y respira espontáneamente, pero que muere a la ½ hora. Expulsada la placenta se comprueba el diagnóstico de desprendimiento prematuro. Puerperio normal. La paciente sale a los 12 días del Hospital por curación.