NOTAS SOBRE PLACENTA PREVIA

Comentarios a la técnica del desprendimiento manual después de la muerte del feto

Por el doctor EUGENIO PEREZ GOMEZ

(Continuación de la página 8 del número anterior)

Desprendida la placenta en su totalidad, por lo general la hemorragia cesa, ya que se produce la retracción del segmento inferior con oclusión de los lagos sanguíneos de la zona de inserción de la placenta. Caso que la hemorragia no se suspenda notoriamente será necesario revisar de nuevo la zona de inserción porque es posible que haya algún cotiledón que esté ocasionando la pérdida sanguínea. Por demás está recalcar en la suavidad de todas estas manipulaciones, ya que la menor brusquedad en los movimientos puede ocasionar amplios desgarros que dadas las circunstancias serían necesariamente mortales. Es una maniobra que se debe practicar con suavidad y destreza, al mismo tiempo que la rapidez es indispensable.

Naturalmente el desprendimiento de la placenta previa se usa en las variedades centrales, pues es muy raro que una placenta previa marginal requiera este procedimiento. Por lo menos, no lo hemos observado.

Una vez practicado el desprendimiento de la placenta, queda por considerar

la conducta con el feto. En primer lugar hay que tener presente las condiciones del cuello y a este respecto existen dos eventualidades: 1ª El cuello no es fácilmente dilatable. Es necesario entonces dejar que el trabajo continúe, empleando los medios usuales para favorecer la dilatación, siempre que la hemorragia se haya suspendido, porque de lo contrario, es preciso proceder a la cesárea. El síntoma hemorragia da la tónica en cuanto a conducta y en función de él se interviene o se aplaza la intervención. Si las membranas han quedado intactas, puede suceder que la hemorragia se contenga, ya que la placenta está totalmente desprendida y entonces la bolsa ayudaría a la dilatación. Si la hemorragia no cesa se deben romper las membranas, lo cual al disminuir el volumen del huevo favorece la retracción del segmento inferior. Si a pesar de esto, la enferma sigue sangrando, es necesario proceder a la cesárea. Pero ordinariamente las membranas quedan rotas y entonces en las presentaciones cefálicas es posible agarrar el cuero cabelludo fetal, con unas pinzas de gar-

de globo dilatador o si la presentación es de nalgas se puede descender un pie con el mismo objeto. El caso más difícil es cuando la presentación es de hombro, porque entonces casi todo hay que hacerlo manualmente. De todos modos, el cuello debe llegar a dilatación completa.

Segundo: El cuello es dilatable; en este caso se lleva manualmente hasta dilatación completa; esto se puede hacer al tiempo con el desprendimiento, ya que los dedos al insinuarse entre el cuello y la masa placentaria, giran en sentido circular, lo cual favorece la dilatación. Generalmente el cuello si es delgado se deja dilatar con una facilidad sorprendente. Al mismo tiempo la escasa anestesia que se ha dado a la enferma favorece la maniobra.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que en los casos de placenta previa, la dilatación del cuello es peligrosa, ya que se encuentran los tejidos adelgazados e infiltrados y podrían provocarse desgarros de consideración. Por eso se ha de evaluar con certeza el alcance de la medida, porque en caso de dificultad no se debe insistir.

Ya el cuello en dilatación completa permite varias conductas con el feto, las cuales varían de acuerdo con la presentación:

1º Cefálicas de vértice. a) Se puede esperar el parto espontáneo el cual se puede ayudar con pequeñas dosis —1 a 2 unidades— de pitocín. Si se trata de una gran multipara que no esté muy agotada y feto pequeño, todo terminará fácilmente.

b) La presentación está encajada, pero el parto no progresa rápidamente; en este caso el peligro está como siem-

pre en la hemorragia. Entonces se puede ayudar mediante la aplicación de un forceps o si existe la menor dificultad se prefiere la basiotripsia.

c) La presentación no está encajada; se puede dejar evolucionar el trabajo hasta que encaje si no hay ninguna urgencia; o en caso contrario —hemorragia— terminar todo de una vez, mediante versión interna y extracción podálica o si la actitud de la cabeza fetal es favorable con una aplicación de forceps o la misma basiotripsia.

Respecto de la versión hemos de decir lo siguiente: dadas las condiciones de fragilidad del segmento inferior en los casos de placenta previa, existe el gran peligro de ruptura uterina. Por eso, más que nunca, han de tenerse presentes las condiciones de la versión, descontando desde luego la aceptada de que el feto esté vivo.

Aclarados los inconvenientes anteriores, creemos que la versión en estas condiciones tiene a su favor muchas ventajas. En primer lugar libra a una mujer muy agotada, a causa de las copiosas hemorragias, del esfuerzo de un parto espontáneo el cual requiere gasto de energía considerable, que muy bien puede no tolerar la enferma.

Además, por el hecho de no vaciar rápidamente la matriz, la hemorragia no se cohibe del todo y es sabido que en estos casos más que nunca es cuando hay que "ahorrar sangre". A esto se añade el no poder emplear ocitócicos en dosis altas, porque se rompería la matriz, siendo peligrosas aún las más pequeñas dosis. No se puede desde luego, pensar en ergotrate, el cual es muy útil con la matriz vacía. Se nota además, cierto grado de inercia de la matriz en estos casos, lo cual ni favorece

el parto ni cohibe la hemorragia, precisando de todos modos la versión.

Sobre el forceps y la basiotripsia tiene la ventaja de la rapidez. Los primeros protegen al segmento del peligro de ruptura a que está expuesto con la versión, pero necesitan una anestesia más larga y mayor manipulación. Además, especialmente para el forceps, es necesario que la cabeza fetal esté en una actitud favorable para una buena toma que permita una extracción rápida. Desde luego dejamos claro, que cuando se encuentran buenas condiciones, son de preferir el basiotribo o el forceps, con mayor razón cuando no se esté absolutamente seguro que la versión se podrá practicar sin riesgo.

Cuenta la versión entre sus ventajas, la de proteger un poco más a la enferma de la infección, ya que la misma mano que ha desprendido la placenta, sin necesidad de ser sacada de la vagina, puede proceder a la versión y una vez que salga con el pie del feto, no tiene para qué volver a entrar reduciendo al mínimo los peligros de infección.

2º Presentaciones cefálicas, no de vértice: ya que en estos casos el parto es bastante laborioso si no distócico, creo que cuando haya condiciones favorables se debe practicar sin dilación la basiotripsia, o de lo contrario hacer versión, pues no es lógico correr serios peligros esperando o acudiendo a otros métodos.

Para estos casos no valdría la pena emplear el forceps, porque por ejemplo tratándose de una cara, la aplicación del forceps tiene el inconveniente que puede producir bastante traumatismo sobre los tejidos maternos, cuando no desgarros amplios y en el mejor de los casos, precisa una episiotomía amplia, lo cual se evita con el basiotribo.

Cuando la presentación es de frente, lógicamente se debe rechazar el forceps de hecho y recurrir sin más vacilación al basiotribo.

Otro tanto cuando se trata de una cabeza deflejada en "actitud militar", ya que no se justifica correr los riesgos de una aplicación de forceps laboriosa, siendo preferible de una vez hacer la basiotripsia.

Con ciertos tipos de clientela es fastidiosa la aplicación del basiotribo, porque los profanos no alcanzan a entender por qué queda la cabeza fetal, como queda después de una basiotripsia; por lo cual es prudente advertir a los familiares de antemano, las circunstancias del caso y la conducta que se piensa seguir, lo cual evita los numerosos comentarios desagradables y estúpidos tan frecuentes en estos casos.

3º Presentaciones de hombro: si la versión resulta *notoriamente fácil*, por las condiciones maternas y fetales, es una intervención ventajosa. No cabe anotar todas las circunstancias que facilitan una versión; basta decir que son los requisitos de cualquier versión interna, avaluados con recto criterio obstétrico.

b) Cuando del examen cuidadoso de la enferma se concluye que la versión es peligrosa por cualquier motivo, entonces se recurre a la embriotomía raquídea. Esta intervención tiene el inconveniente de ser algo demorada, lo cual hace que se prolongue la anestesia y que se demore en cohibir totalmente la hemorragia.

4º Presentaciones de pelvis: es el caso más favorable porque una vez desprendida la placenta es lógico y fácil terminar todo con una extracción podálica. Puede naturalmente dejarse evolucionar el parto de manera espontánea,

esfuerzo a la mujer y ahorra tiempo.

Una vez vaciada la matriz, se dispondrá lo necesario para repetir la transfusión si es preciso; se mantendrá abrigada la enferma, con oxígeno a permanencia, se administrarán analépticos, ocitócicos —pitocin, ergotrate—, los cuales es mejor emplearlos por vía intramuscular, ya que por la anemia son notoriamente peligrosos por vía venosa; se tomarán las medidas contra la infección a base de antibióticos especialmente penicilina, ya que las sulfas y estreptomycinina están contraindicadas por la anemia, y en fin las demás medidas generales que el caso requiera.

Volviendo a la historia número 1.529, vemos que esta enferma duró dos días con hemorragia, fuera del hospital, lo cual nos enseña que llegó en precarias condiciones. Dos horas después de llegada se practicó el desprendimiento de la placenta y se dejó que el parto evolucionara espontáneamente, puesto que se trataba de una presentación de vértice en múltipara.

Efectivamente el parto tuvo lugar tres horas después del desprendimiento de la placenta en una forma espontánea sin ninguna complicación.

Después del parto la enferma duró 45 minutos y murió por anemia aguda. Se aplicó plasma, etc.

En total la enferma duró en el hospital desde las 14 hasta las 19 y 45 en que falleció. Es decir cinco horas y 45 minutos.

En todo este tiempo no fue posible hacerle una transfusión de sangre total. Es muy probable que si la transfusión hubiera sido hecha se habría evitado la anemia aguda que fue la causa de la defunción, porque hubo tiempo sufi-

enferma dos días fuera del hospital con hemorragia, alcanzó a resistir la intervención y después el parto espontáneo.

Por esta razón anteriormente decíamos que estos casos en los cuales no se dispone de transfusión y que terminan fatalmente no se pueden incriminar al desprendimiento de la placenta, ya que es indispensable proveer al organismo por lo menos en parte, la gran cantidad de sangre perdida.

En este caso seguramente había además muy probablemente anemia parasitaria, ya que la infestación era lo bastante grande para haber arrojado la enferma áscaris por la boca. Era una razón de más para la transfusión, que no se hizo por carencia de banco de sangre.

Historia número 1.457. Servicio del Profesor Mojica. Agosto 15 de 1950.

S. F., de 45 años. Casada.

Natural de Duitama.

Embarazo actual número XII.

Diagnóstico: múltipara XII, a término. Placenta previa central total. Versión interna y extracción podálica. Feto muerto, femenino de 2.800 gramos de peso.

Menarquia a los 20 años. Ciclo: 8-10-12 días, Hipermenorrea.

Antecedentes obstétricos: once partos a término normales. Fetos vivos.

Embarazo actual:

Últimas reglas: diciembre de 1949.

Náuseas, vómitos, acedias, marcos.

Várices de la pierna derecha.

Astenia y malestar general.

Corazón: ruidos cardíacos débiles. Pulso imperceptible. Tensión arterial de 5 x 4.2. Aparato digestivo: anorexia. Aparato urinario: polaquiuria, nocturia. Disuria.

Examen obstétrico:

Altura uterina 30 centímetros. Feto número uno, tamaño normal. Presentación cefálica. Auscultación negativa. Movimientos negativos.

Pelvimetría externa: 22-27-31-19.

A las 9 y 40 p. m.: tacto vaginal. Cuello blando, dilatación de 7 centímetros. Placenta previa central total. Bajo anestesia general por mezcla, se desprende la placenta, se termina la dilatación del cuello, se rompen las membranas hacia el lado izquierdo y se hace versión interna y extracción podálica. Se extrae un feto de 2.800 gramos, muerto y en comienzo de maceración.

Se aplica suero rectal gota a gota, coramina y plasma.

Alumbramiento: no hubo hemorragia. Placenta 520 gramos. Cordón 35 centímetros. Inserción marginal.

Puerperio: Penicilina, cucharadas férricas. Ginergeno. Extracto hepático.

Temperatura el primer día del puerperio de 37.6°. Los días siguientes 36.5°.

Salí por restablecimiento el día 19 de agosto de 1950.

En la enferma de la historia 1.457, servicio del Profesor Mojica, considere lo siguiente: se trata de una enferma en pésimas condiciones, como lo enseña la tensión arterial —5 x 4.2— y el pulso que era imperceptible. Por estas circunstancias es de suponer que había tenido fuera del hospital fuertes hemorragias. Es lógico ya que se trataba de una placenta previa central,

total, en la cual el cuello había llegado a 7 centímetros de dilatación! Se hizo el desprendimiento placentario y en realidad se reunían muy buenas condiciones para terminar el parto de una sola vez por versión, ya que el cuello se pudo dilatar completamente, las membranas no se habían roto, era una multipara, feto pequeño —2.800 gramos— y el hecho de estar en comienzo de maceración indica que el cuerpo fetal era fácilmente moldeable circunstancia que facilita mucho la versión.

Como explicábamos antes, cuando se reúnen tan favorables requisitos para la versión creemos conveniente hacerla porque se evita a la enferma en tan malas condiciones el gasto enorme de energía que exige un parto espontáneo. Se hubiera podido pensar en terminar el parto con forceps o basiotribo, pero en realidad la versión parecía mucho más ventajosa y los resultados comprueban que la versión fue favorable.

El suero dextrosado fue necesario ponerlo gota a gota rectal, ya que en casos de anemia tan marcada se establece un bloqueo de la circulación periférica que hace imposible utilizar las venas teniendo que utilizar la absorción por la mucosa rectal que por fortuna es bastante satisfactoria. Más adelante ya se pudo aplicar plasma, pero no se hizo transfusión que estaba muy indicada, por carencia del banco de sangre.

Durante el puerperio se administró penicilina y medicación hemática, ya que las sulfas están contraindicadas. Se trata de un caso muy satisfactorio, ya que la enferma pudo abandonar el servicio cuatro días después en buenas condiciones. En realidad la salida fue prematura, pero hay que tener en cuenta que las enfermas insisten en dejar ligero el hospital.

Historia número 1524. Servicio del Profesor Mojica. Agosto 25 de 1950.

M. I. M., de 29 años de edad. Soltera. Natural de Bogotá.

Embarazo actual número III.

Diagnóstico: múltipara III, de 8 meses. Placenta previa central total. Desprendimiento de la placenta. Versión interna y extracción podálica, feto muerto. Fem. de 2210. Anemia aguda. Defunción.

Antecedes hereditarios: el padre murió de pulmonía.

Antecedentes personales: menarquia a los 14 años. Ciclo de 30 x 4.

Antecedentes obstétricos: dos partos a término normales.

Embarazo actual:

Últimas reglas: no hay dato.

Náuseas, vómitos, acedias, constipación, mareos.

Hemorragias hace un mes y 8 días.

Examen obstétrico:

Altura uterina 31 centímetros. Feto número uno. Tamaño normal. Presentación de vértice. Posición izquierda. Ascultación fetal negativa. Movimientos negativos.

Tacto vaginal el 25 de agosto a las 5 a. m.: cuello con 5 centímetros de dilatación. Placenta previa central total. Bajo anestesia por mezcla se desprende la placenta y se hace versión interna y extracción podálica. Se aplica suero, coramina, lobelina, etc.

Después de la extracción podálica no fue posible aplicar suero ni plasma por el bloqueo circulatorio periférico. Se aplicó suero intra-rectal, pero el estado general decayó progresivamente y la enferma falleció a las 9 y 45.

Feto muerto. Femenino de 2210 gramos. Placenta: 640 gramos. Cordon 40 centímetros. Inserción paracentral.

Tratamiento: oxígeno, lobelina, coramina. Dextrosa al 5%. Plasma. Penicilina.

La enferma de la historia 1524, servicio del Profesor Mojica; es otro caso de defunción por anemia aguda, en la cual no se hizo transfusión a pesar de haber transcurrido 4 horas y 45 minutos desde el momento en que se hizo el desprendimiento de la placenta y la defunción. Según quedó consignado en la historia, tan pronto como la paciente llegó y fue atendida, no fue posible ni siquiera ponerle suero, pero después si se administró dextrosa y plasma.

Se explica lo primero por lo antes anotado del bloqueo circulatorio periférico, estado que mejoró puesto que después si fue posible administrar suero y plasma.

Pero nuevamente debemos insistir que el plasma no sirve en casos de anemia tan profunda. Porque el plasma puede, como el suero, suplir el volumen de sangre perdida, pero no puede verificar el transporte de oxígeno tan indispensable, a los tejidos especialmente al sistema nervioso, ya que es bien conocida la susceptibilidad de los centros cerebrales a la anoxia.

En lugar de la administración de plasma y suero o mejor además de eso, habría estado indicada de manera categórica una transfusión, en este caso muy posiblemente hasta de 1000 c. c. Tampoco fue posible hacerla por carencia del banco de sangre.

En cuanto a la práctica de la versión, en realidad existían condiciones favorables: múltipara, feto pequeño, membranas intactas. Es natural que el

cuello al examen consignado en la historia con cinco centímetros de dilatación, se llevó a dilatación completa, antes de romper las membranas para la versión.

Se habría podido dejar el parto evolucionar espontáneamente, pero no podemos pensar que se hubiera mejorado el cuadro y es lo más probable que la defunción hubiera ocurrido de todos modos por la falta de la transfusión o aun a pesar de ella.

Historia número 2.088. Servicio del Profesor Mojica M. Noviembre 22 de 1950.

C. R. P., de 30 años. Soltera.

Natural de Bogotá.

Embarazo actual número III.

Diagnóstico: multipara III de 6½ meses. Placenta previa central total. Desprendimiento manual de la placenta. Versión interna y extracción podálica. Feto muerto, masculino de 1.560 gramos. Anemia aguda. Defunción.

Antecedentes personales: menarquia a los 15 años. Ciclo: 40-30-25, por 3 años. Reglas irregulares.

Antecedentes obstétricos: dos partos anteriores normales.

Embarazo actual:

Últimas reglas: no sabe.

Hemorragias: sí.

Corazón: taquicardia. Pulso filiforme.

Tensión arterial 5 x 3.

Examen obstétrico:

Altura uterina 25 centímetros. Feto número uno, desarrollo normal. Presentación de vértice. Posición derecha. Auscultación negativa. Movimientos negativos.

Con 6½ meses de amenorea, el día 19 de noviembre de 1950, apareció una hemorragia indolora, espontánea, de sangre roja y sin coágulos en cantidad abundante. Relata la paciente que como se terminó dicha hemorragia sin ningún tratamiento, no consultó y siguió dedicada a sus ocupaciones habituales.

El 20 de noviembre apareció nuevamente la hemorragia con los mismos caracteres del día anterior y se terminó espontáneamente. El día 21 nuevamente hemorragia como las anteriores. La enferma no consultó. El 22 de noviembre a las 12 horas se desencadenó nueva hemorragia más abundante que la de los días anteriores. Llegó al Hospital, a las 20 y 30 horas en estado de anemia aguda.

No se oyen ruidos fetales ni hay movimientos.

Tacto vaginal: vulva y vagina normales; sale sangre en abundancia. Cuello borrado con dilatación de 5 a 6 centímetros. Se aprecia claramente, la placenta insertada sobre el orificio interno y cubriéndolo totalmente. Se practica desprendimiento de la placenta. Versión interna y extracción podálica. Feto muerto, masculino de 1.560 gramos. Taponamiento uterino por inercia.

Transfusión de 500 c. c. sangre total.

Anestesia superficial con éter.

La paciente murió horas más tarde, por anemia aguda.

En la enferma de la historia 2.088. Servicio del Profesor Mojica, consideremos lo siguiente: Llega al hospital después de cuatro días de hemorragia, en estado de anemia aguda. (Tensión: 5 x 3, pulso filiforme). Del examen obstétrico, se deduce que había condiciones favorables para el tratamiento por desprendimiento de la placenta. En efecto,

el cuello tenía 5 a 6 centímetros de dilatación y el feto era de 1.560 gramos. En estas condiciones en realidad es muy fácil desprender la placenta y extraer el feto por versión, la cual desde luego no ofrece dificultad tratándose de una multipara con feto tan pequeño. Pero existe el dato de hemorragia post-partum siendo necesario taponar. Se le hizo transfusión de sangre total 500 c. c. A pesar de todo la enferma falleció por anemia aguda.

A primera vista y si se consideran las otras historias presentadas, de casos mucho más graves que salieron por restablecimiento, inclusive sin transfusión; se puede pensar que algo más pudo suceder. Decíamos atrás, que en esto del desprendimiento de la placenta es muy fácil la ruptura del segmento. Ha podido ser que en este caso se hubiera roto, corriendo la mala suerte de no apreciarse al examen la ruptura. Y el hecho de que hubiera seguido sangrando por "inercia", hasta el punto de necesitar taponamiento deja mucha duda al respecto. Es en realidad una lástima que no se acostumbrar la práctica sistemática de la autopsia, lo cual nos enseñaría muchas veces los errores cometidos que por su falta, quedan ignorados privándonos de muy valiosas enseñanzas. Además, los resultados de autopsia son una base fundamental para cimentar la bondad de un procedimiento, porque en el punto tratado, por ejemplo, si los resultados de enfermas fallecidas por esta técnica indican que es muy frecuente la ruptura del segmento, sería una razón en contra de la conducta; pero si las autopsias demuestran que la muerte se debe a otras causas no hay razón entonces para rechazar la forma de tratamiento. Y sobre todo, aclara muchas

misimo no estoy muy seguro de que se me haya escapado la ruptura del segmento y pudo suceder que la anemia aguda fuera por esta causa. Porque el segmento se puede romper y la enferma demorar bastante tiempo en morir. Además es claro que al taponar, lógicamente la sangre no salía al exterior, sino posiblemente a la cavidad peritoneal ocultando todavía más la realidad de los hechos.

Ahora, la revisión de la matriz para saber si hay o no ruptura adolece de algunas causas de error. En primer lugar en el ánimo del médico tratante, va el deseo imperioso de que no haya ruptura. Uno introduce la mano en una matriz, haciendo un esfuerzo enorme de no encontrar nada. Fuera de eso la revisión se hace con un cuidado exagerado, más en condiciones como las de estas enfermas, lo cual puede contribuir a que una ruptura escape al examen. Además como la matriz aunque esté rota, por el hecho de estar vacía siempre se retrae, algunas rupturas especialmente lineales, pueden ser imperceptibles.

De tal manera que por todo lo anterior, lo único que hubiera aclarado las cosas habría sido la autopsia. Cuando la autopsia sea una norma en todos nuestros servicios hospitalarios se logrará un gran avance en clínica y en cirugía. Mientras tanto, muchas veces tenemos que vivir de hipótesis engañosas.

Los lagos sanguíneos que quedan abiertos en el segmento inferior, después de desprendida la placenta, aunque el parto haya sido espontáneo y el alumbramiento también, son según los autores, dada su proximidad al exterior fuente de embolias venosas.

Pero naturalmente, esto no se puede precisar sino con la práctica de la autopsia, que definitivamente es indispensable por todos los aspectos enumerados.

Historia número 1.661. Servicio del Profesor Mojica. Septiembre 15 de 1950. O. C. de M., de 31 años de edad. Casada.

Natural de San Juan de Rioseco.

Embarazo actual número 1.

Diagnóstico: primípara de 5½ meses. Placenta previa central. Extracción podálica. Feto muerto, femenino. Extracción manual de la placenta. Taponamiento.

Menarquia a los 16 años. Ciclo: 28 y 3.

Embarazo actual:

Últimas reglas: abril 10 de 1950.

Constipación.

Cerviz normal.

Tratamiento obstétrico:

Altura uterina 18 centímetros. Feto número uno, tamaño pequeño. Presentación S.H. Auscultación negativa. Movimientos negativos.

Septiembre 15 a las 10 y 45 a. m.: cuello con 3 centímetros de dilatación, resistente y grueso. Placenta previa central. Hemorragia abundante.

Bajo anestesia, desprendimiento y extracción manual de la placenta. Extracción podálica del feto, femenino, muerto. Taponamiento.

Puerperio: ginergeno. Extracto hepático Sulfas. Penicilina.

Temperatura entre 36.5 y 37.2°. Los dos primeros días del puerperio. Los días siguientes normal.

Salí del Hospital por restablecimiento.

La enferma de la historia 1.661, Servicio del Profesor Mojica, es un caso fácil. En primer lugar, el embarazo era de 5½ meses, eso quiere decir que el feto era pequeño y la placenta también. Además se hallaba en presentación de pelvis, lo cual es muy favorable, ya que todo se reduce una vez desprendida la placenta a hacer la extracción podálica que en un feto pequeño no es problema.

El cuello había llegado a 3 centímetros de dilatación, lo cual indica que no había tenido hemorragia de consideración, por lo menos de una manera muy general. Siendo la placenta pequeña con un cuello en estas condiciones se pueden pasar dos dedos que son suficientes para desprender la masa placentaria como efectivamente se hizo. A continuación se localiza un pie del feto y se desciende traccionando con suavidad y utilizando el mismo cuerpo fetal como dilatador hasta que se produzca la expulsión total que fue lo que se hizo en el caso en mención.

Después de terminada la maniobra para mayor seguridad se taponó. El taponamiento es útil si la hemorragia no se contiene con oclóticos y en mira de ahorrar la mayor cantidad posible de sangre, cuando no se obtiene una acción inmediata del pitocin o ergotrate.

Hemos dicho que en el puerperio de estos casos, las sulfas están contraindicadas debido a la hemorragia que ha dejado un estado más o menos intenso de anemia. En la historia comentada figura que primero se dieron sulfas y luego penicilina. Ello pudo ser por alguna escasez de penicilina, como sucedió en varias ocasiones en el Servicio.

La enferma salió ocho días después del servicio, tiempo prudentemente suficiente para la recuperación.

Historia número 1.064. Servicio del Profesor Mojica. Junio 10 de 1950.

E. P.

Embarazo actual número VIII.

Diagnóstico: múltipara VIII, de 8 meses. Expulsión de la placenta fuera del hospital. Retención del feto en presentación de hombro: A. I. D. Versión interna y extracción podálica. Feto muerto, masculino de 2.440 gramos.

Antecedentes obstétricos: 7 partos normales con fetos vivos.

Llega al servicio después de haber expulsado la placenta; feto de 8 meses en AID-DA. Cuello en dilatación completa. Moderada hemorragia. Bajo anestesia general por mezcla, se hace versión interna y extracción podálica. Se revisa la matriz que está intacta. Se aplica ergotrate intramuscular.

Feto muerto, masculino de 2.440 gramos.

Puerperio: sulfas - Tintura de belladona. Vendaje de los senos.

Penicilina.

Temperatura entre 36.5 y 37.5°, durante los 3 primeros días. El cuarto día 38.5°. Los días siguientes normal.

Sale del hospital por restablecimiento el 19 de junio de 1950.

La enferma de la historia número 1.064, Servicio del Profesor Mojica, hizo fuera del hospital de una manera espontánea el desprendimiento y expulsión de la placenta previa. Muy posiblemente central total, porque de lo contrario es de suponer que no se hubiera expulsado la masa placentaria en su totalidad. Esto es lo que se ha denominado el "filius ante patrem". Llega al servicio con feto retenido en presentación de hombro. Hemorragia mode-

Se hizo versión interna y extracción podálica. En realidad es mucha confianza con la versión interna. La conducta lógica en estos casos es la embriotomía raquídea. El inconveniente que se anota en este caso para la práctica de la embriotomía es el de la hemorragia aunque "moderada", lo cual desde luego hace que se trate de vaciar lo más rápidamente posible la matriz, para poder administrar medicación ocltécica. Además la hemorragia dificulta mucho las diferentes manipulaciones de una embriotomía siendo mucho más cómoda la versión.

Por fortuna el feto era de tamaño pequeño lo cual facilita la maniobra y la enferma gran múltipara.

Es de admirar en este caso la resistencia de la paciente al mismo tiempo que la ausencia de una hemorragia mortal, ya que no fue preciso administrar plasma ni transfusión. Son casos que solo se ven en cierta clientela de hospital y excepcionalmente.

El puerperio evolucionó relativamente en buenas condiciones sufriendo la enferma por restablecimiento al cabo de nueve días de permanencia en el Servicio.

Historia número 1.984. Servicio del Profesor Mojica. Noviembre 4 de 1950.

A. M. P., de 38 años de edad. Casada. Natural de Chiquinquirá.

Embarazo actual número VI.

Diagnóstico: Múltipara VI, a término. Placenta previa central total. Desprendimiento manual de la placenta. Versión y extracción podálica, feto muerto, femenino de 2.950 gramos.

Menarquia a los 13 años. Ciclo: 30 y 2.

Antecedentes obstétricos: 5 partos a término, normales. Fetus vivos.

Embarazo actual:

No recuerda la fecha de las últimas reglas.

Náuseas, acedías, constipación.

Cefáleas. Hemorragias.

Exámenes serológicos negativos en julio de 1950.

Examen obstétrico:

Altura uterina, 32 centímetros. Feto número uno, tamaño normal. Presentación OH. Auscultación negativa. Movimientos negativos.

Tacto vaginal: cuello blando, borrado, dilatación de 6 centímetros. Tejido placentario que ocupa la superficie de dilatación.

Se da anestesia con mezcla, se practica el desprendimiento de la placenta con la mano. Se rompen las membranas y se toma el pie bueno para practicar la versión, maniobra que se realiza fácilmente. El feto estaba muerto. Fecha: noviembre 4 de 1950 a las 18 y 20.

La enferma pasa a la cama en buenas condiciones.

Peso de placenta 480 gramos. Longitud del cordón 60 centímetros, inserción paracentral.

Puerperio: Sulfas. Ginergeno. Folium. Tintura de belladona. Piramidon.

Temperatura de 38 grados, los dos primeros días del puerperio. Los días siguientes osciló entre 36 y 37 grados.

Salvo por restablecimiento el 11 de

La enferma de la historia número 1.984, del Servicio del Profesor Mojica, es otro caso de resultado favorable con la técnica del desprendimiento manual de la placenta previa.

Como las anteriormente comentadas se resolvió terminar de una vez todo con la versión y extracción podálica, dado que se reunían buenas condiciones para la intervención.

Hemos hecho comentarios respecto a las distintas precauciones que se han de tener en estos casos, y al tratar de esta enferma queremos decir algo respecto a la anestesia. Figura en la historia que a la enferma se le dio anestesia por mezcla. En esta enferma como en todas las demás presentadas, hay que reconocer que con la anestesia se corrió un albur. No sólo por la clase de anestesia dada —mezcla o éter— con máscara de Ombredan, sino por la forma como se administró, la mayoría de las veces al cuidado de una enfermera no experta y por así decirlo, por tanteo.

Hoy día con el progreso de la anestesiología, es indudable que se deben aprovechar sus mejores técnicas para casos tan delicados y seguramente ello contribuye a un margen mayor de seguridad que pudiéndose disponer no hay razón para omitir.

Desafortunadamente circunstancias de orden económico no han permitido dotar a los servicios de maternidad del Instituto, del tren de anestesiología que necesita de manera imperiosa.

Antes de pasar a otras conductas seguidas en placentas previas, presente la última historia de desprendimiento

ICSS, con resultados favorables tanto para la madre como para el feto, siendo la única observación en que por casualidad se obtuvo feto vivo, después de desprender manualmente la placenta central total, terminando todo con versión interna y extracción podálica. La historia es la siguiente:

Agosto 17 de 1950.

M. de H. A., 32 años, Casada. Natural de Nemocón.

Residencia: Bogotá. Hacienda Techo. Embarazo número IV.

Antecedentes hereditarios y personales: sin importancia.

Menarquia: 19 años. Ciclos 30x4-3.

Antecedentes obstétricos: 3 partos normales con fetos vivos. Hemorragia abundante en el tercer parto.

Embarazo actual: última regla: noviembre 19 a 25. A los seis meses, hemorragias, tratadas con medicación general. A los siete meses, nuevas hemorragias que cedieron al tratamiento general. El 17 de agosto a las 4 a. m., tuvo una pequeña hemorragia y del ICSS, enviaron personal a atenderla. A las 11½ la hemorragia se hizo abundante y fue trasladada a la Clínica Mantilla. Dolores de contracción uterina hubo desde las 5 a. m.

Al llegar a la clínica se encontró al examen, lo siguiente:

Enferma profundamente anémica, pulso 140 por minuto. Tensión arterial 4 de máxima, no se encuentra mínima. Abundante hemorragia genital. Tacto vaginal: vulva y vagina normales. Cuello delgado, blando, con dilatación de 6 centímetros, a través de su luz y en los fondos de saco se aprecia masa placentaria. Hemorragia abundante. Al

ron ruidos fetales. OUI no encajada. En vista de la urgencia del cuadro clínico se ordena administración de oxígeno en la misma mesa de operaciones mediante el aparato de anestesia e inmediatamente se hace el desprendimiento manual de la placenta en contorno del cuello, maniobra durante la cual se rompen las membranas y por lo tanto se extrae la placenta en su totalidad. Luego se termina la dilatación del cuello y se hace versión interna y extracción podálica lo cual se logra con gran rapidez. Se extrae un feto masculino de 3.000 gramos, que respira después de reanimarlo con oxígeno, coramina, lobelina y calor. La hemorragia de la enferma se contiene y se ordena 500 c. c. de suero dextrosado por vía venosa, al mismo tiempo 500 c. c., por vía rectal gota a gota, calor a permanencia, oxígeno y coramina 10 c. c. endovenosos y 5 c. c. intramuseculares. Momentos después 500 c. c. de sangre total. Las condiciones de la enferma mejoran y por la noche del mismo día se aplican 300 c. c. más de sangre total, nuevamente solución dextrosada, coramina, percoren, penicilina. Más tarde Coramina-Efedrina. La tensión arterial se vigiló cada hora y fue progresando paulatinamente lo mismo que el pulso. Al día siguiente tenía la enferma a las 7 a. m. 90 x 60 de tensión y 88 pulsaciones. En los días siguientes la enferma se fue recuperando. Al tercer día se produjo la expulsión de las membranas que se habían retenido fragmentariamente, sin hemorragia digna de mención.

El niño siguió disfrutando de buena salud y sale con la madre, de la clínica en muy buenas condiciones, a los

Durante el puerperio se administró penicilina, y medicación hemática.

Respecto a la historia anterior comentemos lo siguiente: en el examen clínico que se hizo desde luego con gran rapidez dada la urgencia del caso, no oí ruidos fetales. Posiblemente de haberlos oído habría seguido la misma conducta, ya que el estado de la enferma no permitía pensar en cesárea, porque eso equivaldría a perder ambas vidas. De tal modo, que en esas circunstancias hubiera sido preciso hacer caso omiso del feto. Pero por fortuna, para mayor tranquilidad de mi parte, se me escaparon al examen los ruidos fetales.

La enferma en estado de semi-inconsciencia no necesitó prácticamente anestesia para las manipulaciones, aunque con el oxígeno que se le administraba se le puso una pequesísima cantidad de ciclo al momento de la versión. El hecho de haberse logrado el niño vivo, se explica por la rapidez con que fue factible hacer la versión, ya que la placenta se extrajo primero. La urgencia de terminar todo tan rápidamente debía a la necesidad imperiosa de detener por completo la abundante hemorragia como sucedió en efecto. Una vez vaciada la matriz se revisó por si acaso hubiere ruptura y se aplicó pitocin. La oportuna transfusión de sangre total puede considerarse como el factor más importante para la salvación de la enferma ya que sin este requisito la muerte hubiera sobrevenido en lugar a duda.

Decíamos antes que la cesárea no habría sido factible aunque se hubieran oído los ruidos fetales. Evidentemente como se demostrará adelante con otras muchas historias, la conducta de la cesárea en placenta previa es la más ló-

gica, pero es necesario tener en cuenta que eso está bien cuando la placenta previa es convenientemente tratada y no abandonada como en los casos presentados.

Como desafortunadamente en nuestras clases hospitalarias, muchas veces los pacientes no concurren a tiempo, se encuentran con cierta frecuencia los casos de placentas previas abandonadas para los cuales el procedimiento tratado es de indiscutible valor.

De una vez debemos decir, que nunca se puede suplir la cesárea por el método consignado. Más aún, no se pueden parangonar los procedimientos, puesto que las indicaciones son fundamentalmente distintas: el procedimiento de desprender la placenta requiere como condición la muerte fetal; la cesárea en cambio se hace para salvar al feto. A más de esto es posible que la cesárea sea necesaria aun en ausencia de ruidos fetales, cuando la hemorragia es abundante y el cuello no permite el paso de los dedos que han de desprender la placenta. En resumen: el desprendimiento manual de la placenta previa no suple recursos conocidos sino que constituye un arma más para luchar en estos casos desesperados.

Volvemos a decir que cuando la práctica de la autopsia sea de rutina en nuestros servicios hospitalarios, se puede calificar definitivamente este procedimiento y tenemos la convicción, que los resultados obtenidos han de actualizar definitivamente la maniobra, que se halla respaldada por la grande autoridad del Profesor José del C. Acosta.

Queremos insistir sobre la utilidad del procedimiento, una vez más, en dos aspectos:

19 Diremos que el desprendimiento manual de la placenta, después de la muerte del feto, es un recurso de verdadera utilidad en los casos que han sido abandonados, porque es claro que si la paciente es atendida desde el principio de la hemorragia, cuando no hay dilatación del cuello, se debe *intervenir por cesárea*, ya que no se puede correr el riesgo de contemporizar con el síntoma hemorragia, el cual nunca se sabe cuando va a ser mortal.

20 Debemos hacer presente la utilidad del método en nuestro medio rural, en donde se carece de todos los recursos quirúrgicos y dada la urgencia de estos casos no hay tiempo para trasladar a la enferma a mejores condiciones. La práctica del desprendimiento manual de la placenta previa adquiere entonces un valor definitivo y en virtud de ello se podrán salvar muchas madres que de otro modo estarían casi fatalmente condenadas a desenlaces mortales.

El medio rural puede constituir la mejor fuente de estadística, sobre el desprendimiento manual de la placenta previa, ya que en un ambiente quirúrgico sólo es dable practicar el método en pacientes que han carecido de atención adecuada; porque en caso contrario la cesárea oportuna evita que las enfermas lleguen a las precarias condiciones en que se hace necesario practicar la maniobra.

b) *Grupo de historias de placenta previa, que terminaron por parto espontáneo, con feto muerto.*

La primera enferma, historia número 124, es posiblemente un caso de placenta previa marginal. En realidad la

hemorragia con la cual llegó la enferma al servicio, cedió con la medicación de urgencia, mientras se preparaba una conducta definitiva. Dos días después sucedió el parto de manera espontánea con feto muerto. Es indudable que cuando el feto muere rápidamente mejora el pronóstico para la madre, por el hecho de suprimirse la circulación materno-fetal, lo cual inactiva la placenta, sucediendo posiblemente una esclerosis del órgano que acaso facilite la oclusión aunque sea parcial de los senos uterinos, siendo menos temible la hemorragia.

Y efectivamente la placenta que se obtiene en un parto en el cual el feto lleve varios días de muerto, es una masa bien distinta que cuando el feto ha muerto recientemente. Se trata de una masa más bien fibrosa; que se desprende de la matriz con facilidad, ocasionando si acaso muy poca hemorragia. Ofrece un aspecto rosado pálido sin presentar la jugosidad de una placenta corriente. Y es indudable que el hecho de estar suspendida la circulación útero-placentaria por algún tiempo, tiene que favorecer de una manera mecánica la hemostasis a nivel de los lagos sanguíneos.

Por todo esto nos explicamos casos como el de la enferma, que pudo tener su parto espontáneo sin mayor alarma. También fue favorable en este caso la edad del embarazo, que era de seis meses. Porque se puede considerar que la placenta previa es más grave cuando sangra en más temprana época del embarazo, lo cual está indicando que se trata de una inserción posiblemente central; pero al mismo tiempo cabe pensar que muerto el feto se inactiva más rápidamente un órgano pequeño

como es una placenta a los seis meses que una placenta de embarazo a término.

Historia número 124. Servicio del Profesor Mojica. Enero 18 de 1951.

D. M. D., de 36 años. Soltera.

Natural de Suecia.

Embarazo actual número IV.

Diagnóstico: Multipara IV de seis meses. Placenta previa. Feto muerto, parto espontáneo, masculino de 1.100 gramos.

Antecedentes personales: neumonía, fiebre tifoidea.

Menarquia a los 15 años. Ciclo: 28 x 4.

Antecedentes obstétricos: dos partos normales. Un aborto de 1½ meses.

Embarazo actual:

Últimas reglas: julio 5 de 1950.

Náuseas, vómitos, acedias, constipación, mareos.

Hemorragias. Várices.

Examen obstétrico:

Altura uterina 20 centímetros. Feto número uno, desarrollo pequeño, situación obliqua. Auscultación negativa.

Cuello antreabierto. Hemorragia ruibante.

Se ordena enema calmante y vitamina K. Dextrosa al 5% en solución salina. Láudano y cuerpo amarillo.

Enero 20 de 1951 a las 12 y 40: Parto espontáneo, feto muerto.

Alumbamiento normal. Placenta 200 gramos. Cordón paracentral, longitud 50 centímetros.

Puerperio: Ergotrato, penicilina, atirinal, transfusión. Extracto hepático, calcio, cucharadas férricas. Expectorantes y antibixina.

Temperatura de 38 grados, el primer día del puerperio. Los 5 días siguientes entre 36,5 y 37,5 grados.

Cuadro hemático:

Enero 30 de 1951:

Hemáties: 4.530.000.

Leucocitos: 6.000.

Hemoglobina: 90%.

Valor globular: 1.

Neutrófilos: 56%.

Eosinófilos: 1%.

Linfocitos pequeños: 40%.

Grandes mononucleares: 1%.

Metamielocitos neutróf.: 2%.

La paciente sale por restablecimiento el 31 de enero de 1951.

Historia número 901. Servicio del Profesor Mojica. Mayo 17 de 1950.

B. G., de 16 años. Casada.

Embarazo actual número III.

Diagnóstico: Multipara III de seis meses. Placenta previa, parto espontáneo, feto muerto y macerado, femenino de 1.000 gramos.

Antecedentes personales: operada del apéndice.

Menarquia a los 12 años. Ciclo 28 x 15. Irregular.

Antecedentes obstétricos: no hay datos.

Embarazo actual:

Últimas reglas?

Náuseas, vómitos, acedias, mareos y hemorragias.

Examen obstétrico:

Altura uterina: 18 centímetros. Presentación OII. Feto número uno, tamaño pequeño. Auscultación positiva. Movimientos positivos.

La paciente se hospitaliza por dolores y hemorragia.

Cuerpo amarillo, amital y enema calmante.

Como no responde al tratamiento calmante y continúa sangrando, tres días después se pasa a la mesa. Tacto vaginal: cuello con tres centímetros de dilatación; blando; se toca placenta en parte y en otra membranas. Mientras se rompen las membranas se presenta gran hemorragia que se suspende luego de la ruptura.

Mayo 20 a las 19 y 35: Se efectuó el parto espontáneo saliendo adelante la placenta. Feto femenino, muerto.

Alumbramiento normal. Placenta de 420 gramos de peso. Longitud del cordón, 20 centímetros, central.

Puerperio: normal. Temperatura de 37.5 grados los tres primeros días; luego se hizo normal.

Tratamiento: Gínergeno-hielo-sulfas. Tintura de belladona.

Salí la paciente del servicio en buenas condiciones, el 28 de mayo.

La enferma de la historia número 201. Servicio del Profesor Mojica, es un caso interesante. En primer lugar, la enferma llega con feto vivo y hemorragia, con embarazo de seis meses. La conducta lógica es lo que se hizo: tratar de cohibir la hemorragia para esperar a que el feto sea viable a fin de inter-

gia continuó y el feto falleció. Comenzó el parto y al tacto practicado, tres días después de llegada, se encuentra ya el cuello con tres centímetros de dilatación y una placenta central parcial. La conducta seguida fue correcta; ruptura artificial de las membranas. Efectivamente la hemorragia se cohibe y el parto continúa. Pero el parto presentó la modalidad de suceder la expulsión de la placenta antes que la del feto.

Aquí como en una enferma comentada anteriormente se verificó el desprendimiento de la placenta previa de una manera espontánea. La hemorragia no puso en peligro la vida de la enferma, posiblemente por haber sucedido ya bastante antes de la muerte fetal, circunstancia favorable como decíamos al comentar la enferma anterior.

Otra cosa favorable, lo mismo que en el caso anterior, fue la edad del embarazo —6 meses— circunstancia que también explica la facilidad de la expulsión previa de la placenta, ya que el órgano no es de tamaño considerable y al suceder la dilatación del cuello, poco a poco a causa de la retracción de éste hacia arriba la placenta va perdiendo su sitio de implantación, hasta que por fin sale al exterior.

Posiblemente si la hemorragia no se hubiera contenido con la ruptura de las membranas, habría sido muy fácil y muy conveniente terminar simplemente haciendo de una manera artificial lo que la naturaleza hizo: desprender la placenta manualmente y dejar al parto seguir su curso.

El puerperio no ofrece nada digno

Historia número 1.508. Servicio del
 * Profesor Mojica. Agosto 22 de 1950.
 M. E. C. de R., de 30 años de edad.
 Casada.

Natural de Bogotá.

Embarazo actual número X.

Diagnóstico: Multipara X, a término. Placenta previa lateral, parto espontáneo, feto muerto, masculino de 3.520 gramos.

Antecedentes personales: apendicectomía.

Menarquia a los 12 años. Ciclo de 28 x 3.

Antecedentes obstétricos: 9 partos a término, normales, con fetos vivos.

Embarazo actual:

Últimas reglas: noviembre de 1949. Náuseas, vómitos, acedías, mareos, cefaleas, várices y edemas.

Estado general, regular. Enferma anémica.

Tensión arterial de 9 x 6.

Examen obstétrico:

Altura uterina 35 centímetros. Feto número uno, tamaño normal, presentación cefálica. Movimientos negativos. Auscultación negativa.

Llega al Hospital después de haber sangrado abundantemente en la casa, donde estaba siendo atendida por una comadrona. Ruidos fetales negativos.

Inició trabajo el 22 de agosto a las 5 horas.

Tacto vaginal a las 12: Vulva y vagina normales. Cuello borrado, blando, dilatación completa. Membranas intactas que se rompen artificialmente y cesa la hemorragia.

Placenta previa lateral.

Parto espontáneo a las 12 y 50. Feto muerto. Alumbramiento normal, espontáneo. Placenta 520 gramos. Cordón paracentral, longitud 50 centímetros.

Puerperio: Sulfas - piramidón - Cucharadas férricas.

Temperatura durante los tres primeros días: osciló entre 37 y 38 grados. Los días siguientes normal.

Salí por restablecimiento del Hospital, el día 28 de agosto de 1950.

En la historia número 1.508, Servicio del Profesor Mojica, anotamos lo siguiente: se trata de una placenta previa lateral. La conducta lógica al establecerse la hemorragia es la ruptura de las membranas, lo cual ha debido hacerse desde el comienzo del parto, circunstancia que no sucedió, puesto que era una comadrona quien estaba al lado de la enferma. Cuando la enferma llegó al servicio y se estableció el diagnóstico, se hizo inmediatamente volviéndose la hemorragia y terminando el parto de una manera fácil sin complicación alguna.

El feto había muerto, lo cual no es raro que se hubiera evitado con la ruptura prematura de las membranas, porque entonces es lo más factible que la hemorragia hubiera cesado y en caso de no haber sucedido habría podido hacerse una cesárea, ya que la enferma estaba en relativas buenas condiciones. Si el cuello había iniciado dilatación y tratándose de una gran multipara —embarazo X— se habría podido considerar la posibilidad de terminar la dilatación del cuello y acelerar el parto simplemente con ocitócicos o mediante la aplicación de un fórceps. En resumen es lo probable que la muerte fetal se debió al abandono de la enferma.

En la enferma de la historia número 2.121, Servicio del Profesor Acosta, no podemos comentar mayor cosa puesto que el caso no sucedió en el Servicio en su totalidad. Sin embargo hay en la historia un examen radiológico que respecto a la placenta, dice: "La placenta aparece al lado derecho". Lo cual en realidad no enseña nada. Esto nos pone de presente que las radiografías son muy relativas para el diagnóstico de placenta previa. O por lo menos que se necesita una técnica muy especializada para que puedan dar datos dignos de crédito.

Por eso como decíamos al principio de este trabajo, hoy por hoy, la radiografía sirve muy poco en estos casos siendo muy superiores los datos del examen clínico.

Historia número 2.121, Servicio del Profesor Acosta. Noviembre 30 de 1950.

C. M. de G., de 37 años de edad. Casada.

Natural de Anapoima.

Embarazo actual número III.

Diagnóstico: Multigestante III, de 7 meses. Placenta previa?

Menarquía a los 17 años. Ciclo: 28 x 3.

Antecedentes obstétricos: dos partos a término. El último hace 8 años, gemelar con fetos vivos.

Embarazo actual:

Últimas reglas: mayo 10 de 1950.

Náuseas, vómitos, mareos, cefáleas y hemorragias.

Peso 60. Tensión 11 x 7.

Examen obstétrico:

Altura uterina 27 centímetros. Feto número uno. Desarrollo normal. Presentación de vértice. Posición derecha. Auscultación positiva. Movimientos positivos.

Tacto vaginal (noviembre 30): Vulva y vagina normales; cuello incompletamente borrado, sin dilatación. Presentación muy alta. Entre el segmento y la presentación hay una superficie que parece corresponder a la placenta.

Conducta: Enema caluante. Dórico. (Vigilancia).

Examen radiológico (diciembre 1º de de 1950). Radiografía número 417.

"Se ve un embarazo con feto único, en posición longitudinal con el polo cefálico hacia abajo y dorso hacia la izquierda. La placenta aparece al lado derecho". (Firmado G. Sierra E.)

Temperatura normal.

La paciente pide se le firme la salida para hospitalizarse en la clínica del ICSS. Diciembre 7 de 1950.

el Grupo de historias de placenta previa que terminaron por parto espontáneo con feto vivo.

La primera historia de este grupo es la número 9, del Servicio del Profesor Acosta. Vemos que sucedió el parto prematuro, lo cual ya había sucedido a la enferma en dos veces anteriores, por lo cual es difícil decir que la inserción viciosa de la placenta fuera causa adyuvante como sucede ordinariamente.

Se trató de contener el parto con la terapéutica habitual sin obtenerse resultados satisfactorios, lo cual se obser-

va frecuentemente en casos de placenta previa. No hay dato de la variedad de inserción de la placenta, pero suponemos fuera una lateral o marginal, en las cuales todo se soluciona ordinariamente con la ruptura prematura de las membranas, siendo conveniente activar después el parto, por los medios mejores en cada caso.

La historia número 2.284, es un caso análogo al anterior, de una placenta previa central parcial, en la cual la conducta fue la ruptura prematura artificial de las membranas, habiéndose logrado ecobir la hemorragia y terminando el parto de una manera espontánea con feto vivo. Vemos que estos casos a diferencia de los del capítulo anterior, dieron buen resultado en cuanto se refiere al feto, lo cual nos indica que la ruptura de las membranas debe hacerse lo más pronto que sea posible una vez iniciado el trabajo con el fin de impedir la hemorragia, que desprende la masa placentaria ocasionando la asfixia fetal.

Los puerperios de ambas enfermas no tiene particularidad digna de mención.

Historia número 5. Servicio del Profesor Acosta. Enero 1º de 1951.

C. L. de M., de 30 años. Casada.

Natural de Bogotá.

Embarazo actual número X.

Diagnóstico: Multipara X de 8 meses. OIDA, placenta previa, parto espontáneo, feto vivo, femenino de 2.000 gramos.

Antecedentes personales: enfermedades de la infancia. Asma.

Menarquia a los 14 años. Ciclo: 30 x 5.

Antecedentes obstétricos: cuatro partos a término normales. Dos partos prematuros de 7 meses: fetos vivos. Tres abortos de dos meses.

Embarazo actual:

Últimas reglas: no retornaron.

Náuseas, acedias, mareos. Cefaleas y hemorragias.

Pulso 82. Tensión arterial 12 x 7.

Examen obstétrico:

Altura uterina: 25 centímetros. Feto número uno, tamaño pequeño. Situación longitudinal.

Enero 2-3: Cuerpo amarillo, vitamina E. Enema calmante.

Parto espontáneo el 3 de enero de 1951, a las 21 y 10. Feto vivo.

Alumbramiento normal. Placenta 440 gramos. Longitud del cordón 40 centímetros, inserción marginal.

Puerperio: ergotrato, hielo. Lavativa T. de bolíadoux.

Temperatura entre 36 y 37 grados.

Niño prematuro. Se pasa a la sala cuna en malas condiciones después de haber nacido en un parto laborioso por placenta previa. Mal estado general. Se ordena ponerlo en incubadora, penicilina. Extraer mucosidades. Muere a las 9 horas.

La paciente sale del Hospital por restablecimiento el 10 de enero de 1951.

Historia número 2.284. Servicio del Profesor Acosta. Diciembre 23 de 1950.

A. B. G., de 21 años. Soltera.

Natural de Bogotá. Embarazo actual número III.

Diagnóstico: Multipara III, de 8 meses. Placenta previa central parcial. OIDP, parto espontáneo, feto vivo, masculino de 2.140-gramos.

Antecedentes personales: gripas frecuentes.

Menarquia a los 14 años. Ciclo: 30 x 4.

Exámenes serológicos positivos hace 10 meses.

Antecedentes obstétricos: dos partos anteriores normales. Fetos vivos.

Embarazo actual:

Últimas reglas: no hay dato.

Náuseas, acedías, mareos.

Hace 8 días presentó una hemorragia vaginal indolora.

Desde ayer está con hemorragia vaginal con coágulos.

Iniciación del trabajo el 23 de diciembre a las 8 horas.

Altura uterina 28 centímetros. Feto número uno.

Examen obstétrico:

Presentación: OIDP. Auscultación positiva. Movimientos positivos.

Tacto vaginal: vulva y vagina normales, cuello blando, borrado, dilatación de 3 centímetros.

Placenta previa central parcial. Se rompen por la parte superior las membranas, artificialmente, sale abundante líquido amniótico de aspecto normal y cesa la hemorragia.

Parto espontáneo el 24 de diciembre a las 4 y 5 a. m. Feto vivo de 2.140 gramos. Alumbramiento espontáneo. Placenta 560 gramos. Cordón 40 centímetros, paracentral. Desgarro perineal de 2º grado suturado.

Puerperio: Penicilina —hielo— Toques en la sutura.

El primer día del puerperio, la temperatura subió a 39.2 grados, 2º y 3er. días normal, 4º, 5º y 6º, 38.3 grados. Los días siguientes normal.

Niño al nacer normal, pero murió a los 4 días con diagnóstico de Bronconeumonía, prematuraz.

La paciente sale por restablecimiento y exigencia propia, el día 30 de diciembre de 1950.

Historia número 1.362. Servicio del Profesor Mojica. Julio 31 de 1950.

A. M., de 24 años. Soltera.

Natural de Sogamoso.

Embarazo actual número I.

Diagnóstico: Primípara a término. Placenta previa, pelvis III, parto espontáneo, feto vivo, femenino de 2.480 gramos.

Antecedentes personales:

Menarquia a los 1 años. Ciclo: 30 x 3.

Embarazo actual:

Últimas reglas: no sabe.

Náuseas, vómitos, acedías. Mareos y cefaleas.

Estado general satisfactorio. Pulso 96. Tensión arterial 10 x 6.

Exámenes serológicos positivos.

Examen obstétrico:

Altura uterina 29 centímetros. Feto número uno, tamaño normal. Presentación de pelvis: III. Auscultación positiva izquierda. Movimientos sí.

Llega al servicio con hemorragia externa indolora, intermitente y espontánea.

Tacto vaginal: cuello cerrado. Sobre el fondo izquierdo y sobre el cuello se aprecia una masa de consistencia de placenta.

Diagnóstico: Placenta previa. SII.

Conducta: Enema laudanizado, vitamina K.

Iniciación del trabajo el 31 de julio a las 23 horas.

Tacto vaginal a las 24: vulva y vagina normales. Cuello central, blando, sin dilatación. Placenta previa central parcial.

Tacto vaginal el 1º de agosto a las 9 a. m.: Cuello borrado, espasmodico, da paso a dos dedos. Placenta previa central parcial, localizada en el fondo de saco lateral izquierdo. No hay hemorragia genital. Trabajo regular desde las 23 horas de anoche. Ruptura artificial de las membranas. Ruidos positivos. Se ordena una ampolla de atrinal.

Parto espontáneo: Agosto 1º a las 20 y 55. Niña viva en regular estado. Se le aplicó coramina, lobelina y vitamina K.

Peso de placenta: 560 gramos. Cordón marginal, 40 centímetros de largo. Alumbramiento espontáneo. No hubo hemorragia.

Desgarro perineal suturado.

Puerperio: Penicilina —lavados intestinales— gotas involutivas. Hielo. Sulfas. Toques en la sutura.

Temperatura de 37.5 grados los dos primeros días del puerperio. Los días siguientes, normal.

Niña prematura. Tratada con vitamina K, coramina, suero, insulina. Calor.

Al 4º día de nacida, mal estado general, decaimiento, llanto difícil.

Muere con diagnóstico de sífilis in-nata y prematuridad.

La paciente sale por restablecimiento el 9 de agosto de 1950.

La enferma de la historia número 1362, tiene como particularidad la presentación de pelvis. Se hizo la ruptura prematura de las membranas como a las anteriormente comentadas. Una vez hecho esto lo mismo que en los casos de presentación de vértice conviene activar el parto, primero por medio de anti-espasmodicos y ocitócicos y si el feto corre riesgo de una manera más activa mediante alguna intervención obstétrica. Para este caso simplemente se dejó evolucionar el parto puesto que no hubo urgencia. Caso de haberse presentado, es lógico que se habría procurado primero la dilatación total del cuello para hacer luego la extracción podálica que equivale en la presentación de pelvis, al fórceps en la presentación de vértice.

Se preconiza también el descenso de un pie para utilizar el cuerpo fetal como compresor de la placenta, a fin de cohibir la hemorragia; pero esta maniobra tiene el inconveniente que la compresión que se hace de la placenta con el cuerpo fetal perjudica al mismo feto, ya que dificulta la circulación placentaria en perjuicio del producto de la concepción, por lo cual creemos más conveniente ver la manera de terminar rápidamente el parto.

Igual inconveniente tiene el empleo de balones dilatadores que se usan para comprimir la placenta y para facilitar la dilatación del cuello.

Tiene el inconveniente la presentación de pelvis de hacer el parto más lento y además la ruptura de las mem-

branas que hay que hacer lo favorece menos que cuando la presentación es de vértice, lo cual **afortunadamente** disminuye de importancia cuando la enferma es múltipara, siendo un verdadero inconveniente en las primiparas, como la enferma comentada, porque lo más probable son los espasmos del cuello que vienen a complicar la situación.

Historia número 419. Servicio del Profesor Mojica. Marzo 3 de 1950.

R. M. S. de O., de 31 años de edad. Casada.

Natural de Facatativá.

Embarazo actual número VI.

Diagnóstico: Múltipara VI a término. OII. Placenta previa, parto espontáneo, feto vivo, masculino de 3.540 gramos.

Antecedentes personales: Menarquía a los 13 años. Cielo: 30 x 3.

Antecedentes obstétricos: 5 partos a término normales.

Embarazo actual:

Últimas reglas: no hay dato.

Tensión arterial: 13 x 9.

Examen obstétrico:

Altura uterina 32 centímetros. Feto número uno. Tamaño normal. **Presentación** OII. Auscultación positiva. Movimientos positivos.

A las 17 horas del 3 de marzo: Hemorragia externa indolora, espontánea, intermitente. Al examen (20 horas) hemorragia moderada.

Tacto vaginal: Placenta sobre el labio anterior del cuello. Hemorragia. Sangre mezclada con líquido amniótico.

Ruptura prematura de las membranas.

Parto espontáneo el 4 de marzo a las 6 a. m. Feto vivo, masculino de 3.540 gramos. Peso de la placenta 920 gramos. Longitud del cordón 45 centímetros, inserción marginal. Alumbramiento espontáneo.

Puerperio: Sulfatiazol - Hielo - Ergotrate - Suero.

Temperatura que osciló entre 36 y 37 grados.

Niño en buenas condiciones.

Madre e hijo salen del Hospital por restablecimiento, el 7 de marzo.

La enferma de la historia número 419, Servicio del Profesor Mojica, es un caso más de ruptura prematura de las membranas, en una placenta marginal, con parto espontáneo y niño vivo.

Es el último caso que presento dentro de este grupo de pacientes; demostrando lo eficiente de la ruptura prematura de las membranas, en las variedades central, parcial, marginal y lateral.

En realidad los otros procedimientos que figuran en los textos, son de empleo dispendioso y de eficacia dudosa.

Se rechaza de plano con toda razón el taponamiento, por razones tan conocidas que no vale la pena insistir en el asunto.

La metreurisis tiene los inconvenientes que antes se han anotado, de comprimir la placenta, dificultando la circulación y produciendo por este motivo la asfixia fetal, además que con las manipulaciones necesarias para colocar el balón en su sitio se corre el riesgo de desprender más la placenta complicando el cuadro que se quería favorecer.

El descenso del pie, inconveniente en las presentaciones de pelvis, como ya se vió, es todavía más dudoso en los de vértice en que se complica además con una versión de ordinario difícil.

De tal manera, en resumen creemos que lo mejor es romper las membranas y activar el parto, por métodos variables según las particularidades de cada caso.

d) Grupo de historias de placenta previa en las cuales se intervino por cesárea.

En las páginas siguientes presento siete historias clínicas de placentas centrales, parciales y totales en las cuales se intervino por cesárea.

No es necesario insistir mucho para explicar que el procedimiento mejor de tratamiento de las placentas previas graves, es la operación cesárea. A esta conclusión llegan los estudios de Meekenzie sobre la apreciable cantidad de 22.115 casos compilados de todo el mundo.

Siempre que se haga el diagnóstico de placenta previa, la enferma debe estar en reposo y estrictamente vigilada, mejor desde luego, internada en una clínica u hospital. Cuando el embarazo no ha llegado a término y las hemorragias no son muy abundantes, se puede probar la terapéutica usual a fin de hacer en cuanto sea posible que el embarazo complete los nueve meses. Pero si el tratamiento no responde siendo el feto viable, no se debe insistir demasiado para practicar la cesárea. En las variedades centrales no hay forma de discusión, con feto vivo. En las otras ya hemos visto anteriormente lo que se puede hacer. Las historias que vienen

a continuación, son solamente de variedades centrales de manera que sólo a ellas hacemos referencia.

Las estadísticas de todas partes dan cuenta que la mortalidad fetal desde que se usa la cesárea oportunamente, ha disminuído considerablemente y otro tanto sucede con la mortalidad materna.

Lo fundamental es la oportunidad de la intervención, para lograr éxito tanto para la madre como para el feto.

Las normas de la conducta que ha de conseguirse son sencillas: con feto no viable, tratamiento médico hasta obtener la viabilidad del feto, lo cual generalmente se consigue.

Con feto viable y hemorragia: tratamiento médico buscando que el embarazo llegue a término o casi a término. Si la hemorragia no cede al tratamiento, intervenir.

Con embarazo a término, se debe intervenir, pues no vale la pena esperar el accidente de la hemorragia que no se sabe qué proporciones pueda tener.

Hacemos la salvedad de algunos casos centrales parciales, en los que se puede practicar la ruptura de las membranas siendo conveniente tener todo listo para en caso de que la hemorragia no se contenga, se pueda intervenir inmediatamente.

Por lo antes expuesto en realidad no es difícil saber cuándo está indicada la cesárea. Pero lo que requiere fundamental cuidado es el momento en que la de practicarse, siendo preferible que se haga con cierta premura y no con retraso, cuando las condiciones de la enferma no den suficiente margen de seguridad. Este factor influye de manera notoria no sólo en cuanto hace a la mortalidad materna, sino especial-

mente a la fetal. Porque la cesárea puede ser oportuna e impedir que se pierda la vida de la madre y al mismo tiempo ser demasiado tardía para la vida del feto. Debe tenerse, pues, presente, la necesidad de proteger en igual forma ambas vidas, ya que hacer una cesárea para extraer un feto muerto, habiendo podido salvarse al intervenir más pronto, es un error de juicio lamentable.

Es natural que la intervención debe rodearse de todas las condiciones que favorezcan a la mujer y al feto; o sea, que se ha de disponer de una anestesia idónea, transfusión y todos los elementos técnicos para lograr los mejores resultados.

Muchas veces la intervención se hace en el momento oportuno, y sin embargo, los resultados no son los esperados precisamente por fallas técnicas en todo lo relacionado con la intervención para su completo éxito.

Ya que las historias de estos casos son similares, haremos un comentario sucinto de cada una de ellas:

Historia 904: Cesárea por placenta previa central parcial, a los ocho y medio meses de gestación. Hemorragias desde el 4º mes. Madre y niño, bien.

Este caso muestra que se puede, con paciencia y observación prudente conducir una placenta previa casi a término, cuando haya viabilidad para el feto y terminar mediante una cesárea, con madre y niño vivos.

Historia 1142: Cesárea por placenta previa central parcial, en multipara VII, de ocho meses de gestación, madre y niño salen en buenas condiciones.

La enferma llegó al servicio el 26 de junio e inmediatamente se hizo el diagnóstico. Sin embargo la operación se hizo el 3 de julio. Esto es factible en un medio quirúrgico, en donde la enferma está vigilada. Se esperaba mayor viabilidad para el feto, dentro de la expectativa armada. Tan pronto se consideró que no podía esperarse más, se intervino, con buenos resultados.

Historia 1209: Cesárea por placenta previa central parcial en multipara IV, con siete y medio meses de gestación. Madre bien, niño muere a los cuatro días.

Es un caso en que siendo viable el feto no se puede esperar más y es necesario intervenir aunque en realidad existan pocas esperanzas de una supervivencia fetal. Y es necesario hacerlo porque de lo contrario sería condenar, ya en una forma inexorable al feto y con gran peligro a la madre. Ahora bien, el peso del niño: 1.860 gramos, no es del todo bajo y tal vez con mejores dotaciones para los recién nacidos se pudieran obtener mejores resultados.

Historia 2159: Cesárea por placenta previa central total en multipara X, a término. Madre y niño bien.

A pesar de ser una central total, el cuello alcanzó a cuatro centímetros de dilatación. Sin embargo, la hemorragia no era abundante, ya que examinada la enferma a las 9 y 15, se pudo operar a las 13 y 5. El feto nació en asfixia pasajera. No obstante creemos que una demora de cuatro horas para intervenir en un caso así, es demasiado. Naturalmente ello no se debe a negligencia del personal del Servicio, sino simplemente porque con sobrada razón se quería

una transfusión de 500 c. c. de sangre, durante la intervención, una vez conseguido lo cual, se procedió inmediatamente. Por fortuna no ocurrió nada en ese tiempo!

Historia 172: Cesárea por placenta previa central total en múltipara VI, a término. Madre y niño bien.

Es otro caso similar al anterior en el cual, a pesar de ser una placenta central total, el cuello alcanzó a cuatro centímetros de dilatación. La intervención se hizo con oportunidad, lográndose buenos resultados tanto maternos como fetales. En cuanto al puerperio no hay nada especial.

Historia 1.644: Cesárea por placenta previa central total en múltipara XII, a término. Madre y niño bien.

Es un caso similar a los anteriores. Vemos que se operó usando anestesia general por gases. Y al mismo tiempo el dato de que hubo abundante hemorragia a la sutura del segmento. En realidad las anestias empleadas para la cesárea varían de acuerdo al gusto del cirujano. De todos los casos operados, no sólo por placenta previa, sino en general cesáreas por cualquier indicación, las estadísticas enseñan que en los servicios del Instituto de Protección Materna e Infantil, la raquianestesia ha dado muy buenos resultados. Entre sus ventajas se señala justamente la poca hemorragia que se presenta durante la disociación y sutura del segmento, lo cual no sucede con cualquier anestesia general, como en la enferma comentada a la cual se administró por gases.

Se usan dos tipos de anestésicos para la raquianestesia, casi por rutina: la senrocaina y la percaína. No vimos

usar ningún otro. Con los mencionados, los resultados siempre fueron satisfactorios y que recordemos no ha habido ningún accidente imputable a la raquianestesia, con estos productos. Sin embargo, son muy de tener en cuenta las posibles caídas de tensión arterial que pueden ocurrir no sólo por la raquianestesia, sino también por la hemorragia que haya tenido o tenga la enferma.

Historia 1.122. Cesárea por placenta previa central total en primípara con gestación de 8 meses. Madre y niño bien.

En esta enferma llama la atención el hecho de ser primípara. En realidad es muy rara la placenta previa en las primíparas, pero por fortuna el pronóstico parece más favorable, ya que la dilatación del cuello se hace más lentamente, lo cual les da tiempo de acudir al médico con mayor oportunidad. La conducta seguida lo mismo que en los casos anteriores, consultaba la viabilidad del feto y la intensidad de la hemorragia. Los resultados fueron favorables, ya que la madre y el niño salieron del hospital en buenas condiciones.

Historia número 904. Servicio del Profesor Mojica. Mayo 17 de 1950.

R. M., de 30 años. Viuda.

Natural de Zipaquirá.

Embarazo actual número XII.

Diagnóstico: Múltipara XII, a término. Cesárea por placenta previa central parcial, feto vivo, femenino, de 2.900 gramos.

Menarquía a los 15 años. Ciclo: 30 x 8. Reglas abundantes.

durante la intervención, una vez conseguido lo cual, se procedió inmediatamente. Por fortuna no ocurrió nada en ese tiempo!

Historia 172: Cesárea por placenta previa central total en múltipara VI, a término. Madre y niño bien.

Es otro caso similar al anterior en el cual, a pesar de ser una placenta central total, el cuello alcanzó a cuatro centímetros de dilatación. La intervención se hizo con oportunidad, lográndose buenos resultados tanto maternos como fetales. En cuanto al puerperio no hay nada especial.

Historia 1.644: Cesárea por placenta previa central total en múltipara XII, a término. Madre y niño bien.

Es un caso similar a los anteriores. Vemos que se operó usando anestesia general por gases. Y al mismo tiempo el dato de que hubo abundante hemorragia a la sutura del segmento. En realidad las anestесias empleadas para la cesárea varían de acuerdo al gusto del cirujano. De todos los casos operados, no sólo por placenta previa, sino en general cesáreas por cualquier indicación, las estadísticas enseñan que en los servicios del Instituto de Protección Materna e Infantil, la raquianestesia ha dado muy buenos resultados. Entre sus ventajas se señala justamente la poca hemorragia que se presenta durante la disociación y sutura del segmento, lo cual no sucede con cualquier anestesia general, como en la enferma comentada a la cual se administró por gases.

Se usan dos tipos de anestésicos para la raquianestesia, casi por rutina: la sintrocaína y la percaína. No vimos

ningún caso. Con los mencionados, los resultados siempre fueron satisfactorios y que recordemos no ha habido ningún accidente imputable a la raquianestesia, con estos productos. Sin embargo, son muy de tener en cuenta las posibles caídas de tensión arterial que pueden ocurrir no sólo por la raquianestesia, sino también por la hemorragia que haya tenido o tenga la enferma.

Historia 1.122. Cesárea por placenta previa central total en primípara con gestación de 8 meses. Madre y niño bien.

En esta enferma llama la atención el hecho de ser primípara. En realidad es muy rara la placenta previa en las primíparas, pero por fortuna el pronóstico parece más favorable, ya que la dilatación del cuello se hace más lentamente, lo cual les da tiempo de acudir al médico con mayor oportunidad. La conducta seguida lo mismo que en los casos anteriores, consultaba la viabilidad del feto y la intensidad de la hemorragia. Los resultados fueron favorables, ya que la madre y el niño salieron del hospital en buenas condiciones.

Historia número 904. Servicio del Profesor Mojica. Mayo 17 de 1950.

R. M., de 30 años. Viuda.

Natural de Zipaquirá.

Embarazo actual-número XII.

Diagnóstico: Múltipara XII, a término. Cesárea por placenta previa central parcial, feto vivo, femenino, de 2.900 gramos.

Menarquia a los 15 años. Ciclo: 30 x 8. Reglas abundantes.

Leucorrea.

Antecedentes obstétricos: 8 partos a término, normales, con fetos vivos. Dos abortos: de 3 y 4 meses respectivamente.

Embarazo actual:

Últimas reglas: la paciente no recuerda la fecha.

Acedias y cefaleas. Hemorragias.

Corazón normal. Pulso 92. Tensión arterial $13\frac{1}{2}$ por 9.

Examen obstétrico:

Altura uterina: 30 centímetros. Feto número uno. Tamaño normal. Presentación OII. Auscultación positiva. Movimientos positivos.

Dice la paciente que desde el 4º mes de embarazo, ha presentado hemorragias indoloras. Ayer, mayo 16, hemorragia profusa e indolora.

Tacto vaginal: vulva y vagina normales. Cuello blando, dilatación de dos centímetros. Membranas íntegras.

Al tacto se nota perfectamente la placenta en el fondo de saco anterior y sobre el cuello se toca placenta.

Cesárea por placenta previa central parcial. Mayo 17 a las 23 y 10. Feto vivo en buenas condiciones. No hubo hemorragia del alumbramiento. Placenta 860 gramos. Cordón 20 centímetros de largo, inserción marginal.

Post-operatorio: sueros, vitaminas, lavativas. Penicilina. Cucharadas férricas.

Niño normal de 2.900 gramos de peso.

Temperatura entre 37 y 38 grados, los cuatro primeros días del post-operatorio. Los días siguientes normal.

el 30 de mayo de 1950.

Historia número 1.142. Servicio del Profesor Mojica M. Junio 25 de 1950.

M. de J. R. de G., de 34 años de edad. Casada.

Natural de Bogotá.

Embarazo actual número VIII.

Diagnóstico: Múltipara VIII de 8 meses. Cesárea por placenta previa central parcial, feto vivo, femenino de 2.220 gramos.

Antecedentes personales: sarampión, paperas y gripa.

Menarquia a los 12 años. Ciclo: 30 x 3.

Antecedentes obstétricos: 7 partos a término normales con fetos vivos.

Embarazo actual:

Últimas reglas: octubre 25 de 1949.

Náuseas, vómitos, acedias, constipación, mareos, cefaleas. Edemas y várices.

Pulso 80. Tensión arterial: 12 x 6.

Examen obstétrico:

Altura uterina 26 centímetros. Feto número uno, tamaño normal. Presentación cefálica. Movimientos positivos. Auscultación positiva izquierda.

Exámenes serológicos negativos en marzo de 1950.

Llega el 26 de junio a las dos horas, con hemorragia vaginal externa, indolora, espontánea e intermitente. Se trata con enema laudanizado y cuerpo amarillo. Coagulantes.

Tacto vaginal el 27 de junio: vulva y vagina normales. Cuello desviado hacia atrás, parcialmente borrado, entreabierto.

Placenta previa central. Enema calmante.

Tacto vaginal el 30 de junio: cuello entreabierto a través del cual se toca tejido placentario. En el fondo de saco anterior se aprecia placenta central parcial.

Cesárea por placenta previa central parcial. Julio 3 a las 10 y 30. Como continuara la hemorragia abundante, se interviene por cesárea segmentaria. Técnica usual. Niño prematuro, femenino de 2,220 gramos, respiró bien. No hubo complicaciones. Anestesia raquídea.

Peso de placenta 520 gramos. Longitud del cordón 40 centímetros, inserción paracentral.

Post-operatoria: Penicilina, eibalgina, sulfas, vitamina C.

Curaciones en la herida.

Quemaduras en los pies con bolsas calientes.

Temperatura entre 36 y 37 grados los dos primeros días de operada. Luego fue normal.

Niño en buenas condiciones.

Madre e hijo salen en buenas condiciones el 21 de julio de 1950.

Nota: La paciente reingresa al Hospital el 22 de enero con ligera eventración suprapública, que se opera con anestesia local.

Exámenes de laboratorio:

Parcial de orina

Enero 25 de 1951.

Densidad 1.010. Albúmina: ligeras huellas.

Glucosa: no hay.

Hematíes +.

Leucocitos ++.

Bacterias ++.

Azohemia y glicemia

Enero 17 de 1951.

Azohemia: 0.30 gramos %.

Glicemia 0.63 gramos %.

Cuadro hemático

Enero 16 de 1951.

Hematíes: 5,180,000.

Hemoglobina: 100%.

Neutrófilos 69%.

Eosinófilos 3%.

Linfocitos pequeños 27%.

Grandes mononucleares 1%.

Leucocitos 7,000.

Valor globular 0.98.

(Continuará)