



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMAE HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 4  
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

**“RESULTADOS PERINATALES MATERNOS Y FETALES  
DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PLACENTA  
PREVIA EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA  
ESPECIALIDAD “LUIS CASTELAZO AYALA”**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
PRESENTADA POR**

**DRA. OLIVIA NATIVIDAD LÓPEZ ADAME**

**ASESORA:  
DRA. MARITZA GARCÍA ESPINOSA.**



**IMSS**

**México, D.F.**

**FEBRERO DE 2014**

---



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

---

Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez  
Director General  
UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"

---

---

---

Dr. Juan Carlos Martínez Chequer  
Director de educación e investigación en salud  
UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"

---

---

---

Dra. Maritza García Espinosa  
Asesora de tesis  
Jefa de Servicio de Complicaciones de la Segunda Mitad del Embarazo  
UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"

---

---

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios**

Por mostrarme el camino y no dejarme desistir en esta lucha hacia el éxito.

### **A mis padres**

Por darme siempre su apoyo y comprensión, gracias por creer firmemente en mi y por ser incondicionales.

### **A mis hermanos**

Por ser un ejemplo a seguir, por sus palabras de ánimo y su complicidad

### **A la Dra. Maritza García Espinoza**

Por ser una excelente guía, por compartir sus conocimientos conmigo y por dedicar tanto tiempo, salud y esfuerzo a este proyecto. La admiro mucho.

## ÍNDICE

RESUMEN	5
MARCO TEÓRICO	7
JUSTIFICACIÓN	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
OBJETIVOS	13
METODOLOGÍA	17
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	26
FIGURAS Y GRÁFICAS	27
BIBLIOGRAFÍA	39

## RESUMEN

### **“RESULTADOS PERINATALES MATERNOS Y FETALES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA ”**

Durante los últimos años, la incidencia de cesáreas e histerectomías obstétricas han aumentado significativamente, al igual que la necesidad de terapia transfusional. El riesgo perinatal también está aumentado y es dependiente de la prematuridad, la cual globalmente alcanza un 30%. En países como México las principales causas de mortalidad materna son: hemorragia e hipertensión, que en conjunto son responsables de la mitad de todas las muertes de embarazadas y madres primerizas. El diagnóstico de placenta previa implica una larga estancia hospitalaria para la paciente así como la vigilancia estrecha y uso de esteroides para buscar la maduración pulmonar fetal. La morbilidad y mortalidad neonatal está relacionada fundamentalmente con la prematuridad asociada a la resolución del embarazo en pacientes con sangrado excesivo antes del término de la gestación. Es difícil establecer la edad ideal para interrupción del embarazo en pacientes con placenta previa. A nivel mundial, existen diferentes planes de interrupción de acuerdo a la edad gestacional y el tipo de placenta. El mayor número de las publicaciones establece la edad gestacional entre 34 y 35 semanas en las que no se relaciona con el síndrome de distrés respiratorio no prevalece. La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud de la población femenina en edad reproductiva. En las últimas dos décadas la Organización Mundial de la Salud ha implementado acciones tendientes a reducir la mortalidad materna en todo el mundo, sobre todo en países en desarrollo como México. Uno de los ocho objetivos de la OMS del desarrollo del milenio para alcanzarse en 2015 es mejorar la salud materna estableciendo la reducción de la razón de mortalidad materna en 75% entre 1990 y 2015 y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para el 2015. En los países en vías de desarrollo como México las principales causas de mortalidad materna son hemorragia y preeclampsia.

Siendo la UMAE Luis Castelazo Ayala un hospital de tercer nivel que recibe, diagnostica y maneja a las pacientes con diagnóstico de placenta previa es importante el análisis de los resultados maternos y perinatales de estas pacientes con la finalidad de implementar estrategias de vigilancia y manejo que disminuyan la morbimortalidad materno fetal asociada. El objetivo de este estudio es conocer el resultado materno y perinatal que permite evaluar la morbimortalidad materno-neonatal en las pacientes ingresadas a la Unidad Médica de Alta Especialidad Luis Castelazo Ayala con diagnóstico de embarazo complicado con placenta previa, manejadas en el servicio de complicaciones de la segunda mitad del embarazo y sometidas a interrupción de la gestación por vía abdominal en el último año.

RESULTADOS. El periodo del 15 de marzo del 2012 al 31 de diciembre del 2013 se incluyeron 184 pacientes al presente estudio. De la población total se excluyeron 23 pacientes; 19 por haber tenido expedientes incompletos o extraviados y 4 por haber solicitado su alta voluntaria y no atenderse en nuestro

hospital. Veinte pacientes fueron eliminadas por haberse descartado el diagnóstico. El número total de pacientes incluidas fueron 141 con diagnóstico de placenta previa. La placenta central total se presentó en un 60% (85 casos), la placenta marginal en un 22.6%(24 casos) y la Inserción Baja de placenta en un 17.3% (24 casos). Dentro de las cirugías realizadas previamente al embarazo, fueron legrados en un 32 % (56) cesárea en un 30% (30), miomectomías en un 27% (15) y solo en 21% de las pacientes (38) no tenían ninguna cirugía uterina previamente. La mayoría de las complicaciones se presentaron en el grupo de las pacientes con placenta central total, tales como: amenaza de parto pre término en 42% (23 casos) infecciones de vías urinarias en un 16% (9 casos) , infecciones cervicovaginales y ruptura prematura de membranas 5% respectivamente (3 casos ), Preeclampsia en un 24% (13 casos ) y otras complicaciones como colestasis, diabetes mellitus, trombocitopenia en 2% (1 caso para cada complicación respectivamente. Hubo complicaciones fetales en 13% de los casos. La restricción del crecimiento intrauterino se presentó en 10 pacientes (7%), el sufrimiento fetal en 4 pacientes (3%), óbito fetal en 2 pacientes (1%) y oligohidramnios y restricción de crecimiento asociada en solo un caso respectivamente (1%). La interrupción de la gestación se llevó a cabo a las 37 semanas o más en 56 pacientes, 37 pacientes entre las 33 a 34 semanas, 28 pacientes a las 35-36 semanas de gestación, 12 pacientes a las 30-32 semanas, 7 a las 28-29 semanas y solo una paciente a las 26 semanas de gestación. En los tres grupos mencionados, predominaron la interrupción programada a las 37 semanas dándose en 52%, 60% y 54% de los casos en los grupos de placentas centrales totales, marginales e inserciones bajas de placenta respectivamente; seguido por el diagnóstico urgente de placenta sangrante en los tres grupos con una presentación del 32%, 18% y 25% de los casos respectivamente. De todas las pacientes intervenidas, en el grupo de las 85 pacientes con diagnóstico de placenta central total, 30 (35%) fueron sometidas a solo cesárea corporal y 40 (47%) fueron sometidas a cesárea corporal +ligadura de arterias hipogástricas previo al alumbramiento de la placenta, de las cuales 15 (17%) ameritaron histerectomía total abdominal por acretismo placentario, 3 pacientes (3.5%) fueron sometidas a cesárea + ligadura de arterias hipogástricas + empaquetamiento y 10 (11%) fueron sometidas a cesárea histerectomía sin realización de ligadura de arterias hipogástricas. El sangrado transoperatorio en general fue menor de 500 ml en 25% de la población (35 pacientes); de 500-750ml en 37% (52pacientes); 750-1500ml en 25% (35 pacientes); 1500-2000ml en 4% (6 pacientes) y más de 2000ml 9% (12 pacientes). Del total de la población solo 7 pacientes (5%) tuvieron que ser reintervenidas. En cuanto a los resultados neonatales, 68% de los recién nacidos (100) no ameritaron manejo en la unidad de cuidados intensivos neonatales y solo 31% amerito ingresar a la UCIN .Los días promedio de estancia fue de 3.5 días. Las principal complicaciones neonatal asociada presente en los recién nacidos fue el síndrome de distrés respiratorio, presente en 47 pacientes (32%). El 65% de nuestros recién nacidos no tuvo complicaciones neonatales. CONCLUSIONES. El manejo de pacientes con placenta previa de acuerdo a las normas internacionales, con interrupción a las 36-37 semanas cumple con los estándares de menores resultados adversos perinatales tanto maternos como fetales.

## MARCO TEÓRICO

En todas las sociedades del mundo se festeja el nacimiento de un niño y se espera una llegada feliz, sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, del producto o de ambos.<sup>1</sup>

Aunque un embarazo se considera fisiológico, cerca del 20% de las mujeres con gestación desarrollaran a lo largo del embarazo alguna patología obstétrica.<sup>2</sup>

Las tasas de mortalidad y morbilidad se ven reflejadas en las condiciones de vida de la mujer. También se ve reflejado la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política, la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud y las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado.<sup>3</sup>

A nivel mundial, cada año, medio millón de mujeres fallece durante el embarazo y parto por la patología obstétrica.<sup>2</sup>

Durante los últimos años, la incidencia de cesáreas e histerectomías obstétricas han aumentado significativamente, al igual que la necesidad de terapia Transfusional. El riesgo perinatal también está aumentado y es dependiente de la prematurez, la cual globalmente alcanza un 30%.<sup>1</sup>

En países como México las principales causas de mortalidad materna son: hemorragia e hipertensión, que en conjunto son responsables de la mitad de todas las muertes de embarazadas y madres primerizas.<sup>3</sup>

Para México, la mortalidad materna representa un problema de salud pública, comparada con la tasa observada en países como Estados Unidos o Canadá, dicha mortalidad en nuestro país supera por mucho y duplica la mortalidad registrada en otros países latinoamericanos.<sup>4</sup>

Del análisis de la información nacional destaca que 86% de las muertes ocurren en unidades hospitalarias, y que 82% tienen que ver con la mala calidad de la atención médica.<sup>3</sup>

El embarazo a edades más avanzadas y el aumento de nacimientos por cesáreas incrementan la incidencia de patologías asociadas a hemorragia obstétrica.<sup>5</sup>

En el segundo y tercer trimestre de la gestación, la hemorragia genital es menos frecuente que durante el primer trimestre. Las causas más frecuentes de sangrado en estos trimestres corresponde a: - Pérdida asociada a incompetencia cervical o trabajo de parto prematuro. - Placenta previa. - Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. - Rotura uterina.- Vasa previa.<sup>2</sup>

La etiología de la hemorragia en la placenta previa, se debe a su localización en el segmento uterino así como también la actividad uterina, se ha visto que no han aumentado al haberse administrado uteroinhibición con ritodrine vs ningún tratamiento encontrando prolongación del embarazo con tocólisis 10 mg cada 6 hrs IM por 7 días con prolongación del embarazo ( $25.33 \pm 17.7$  días en comparación con  $14.47 \pm 20.33$  días,  $P < 0.05$ ) . nivel de evidencia I.<sup>6</sup>

Como ya se conoce, la placenta previa es una complicación obstétrica en la que la placenta se inserta en la pared uterina cerca del cuello uterino o

cubriéndolo. Ocurre durante el segundo o tercer trimestre. Afecta aproximadamente al 0,5% de todos los embarazos.<sup>2</sup> Se suponen hipótesis fundamentadas en condiciones asociadas a mayor incidencia de placenta previa, cuyas causas pueden ser uterinas, Constituidas por todas aquellas causas que alteran al endometrio, o bien al miometrio perturbando la placentación normal en su nidación. Tales como: antecedentes de cesárea, legrado uterino, multiparidad, edad sobre 35 años, intervalo intergenésico corto, miomas uterinos (miomectomías tienen 4 veces mayor riesgo), endometritis, antecedente de placenta previa (12 veces mayor probabilidad de presentar nuevo episodio). Todas aquellas que favorezcan el aumento del tamaño de la placenta o bien su superficie de implantación como son el embarazo gemelar, eritroblastosis, feto de sexo masculino, tabaquismo y cocaína.<sup>7</sup>

Los diagnósticos o definiciones establecidos por ultrasonido transvaginal son:

Placenta previa total (completo) (placenta cubre el orificio cervical interno.)

Placenta previa marginal (incompleta) – placenta que viene dentro de borde 0.1-2.0 cm del orificio cervical interno, pero no lo cubre.

Placenta baja - placenta que se sitúa entre 2,1 y 3,5 cm del orificio cervical interno.

El uso de la expresión placenta previa parcial está discontinuado.

La Ultrasonografía permite el diagnóstico de la localización placentaria y a veces, infrecuentemente, la visualización de hematomas retroplacentarios compatibles con el diagnóstico de desprendimiento.<sup>2</sup>

El diagnóstico de placenta previa implica una larga estancia hospitalaria para la paciente así como la vigilancia estrecha y uso de esteroides para buscar la maduración pulmonar fetal.<sup>8</sup>

Existe la evidencia de que el ultrasonido transvaginal realizado en el 2do y 3er trimestre en mujeres con sospecha de placenta previa tiene una sensibilidad del 87.5% y especificidad del 98.8% con un valor predictivo positivo del 93.3% y valor predictivo negativo del 97.6%. El ultrasonido abdominal tienen un porcentaje de falsos positivos por arriba del 25%.<sup>9</sup>

Las exploraciones ecográficas trasvaginales mejoran la precisión de la localización de la placenta y son seguros (nivel de evidencia I), por lo que la sospecha diagnóstica de placenta previa a las 20 semanas de gestación por ecografía abdominal debe ser confirmado por exploración transvaginal con reclasificación de la misma en el 2º trimestre de un 26-60%.<sup>6</sup>

La morbilidad que acompaña a la placenta previa incluye: sangrado ante parto (RR 9,81 IC 95% de 8,92 a 10,79); necesidad de histerectomía (RR 33,26 IC 95% 18,18 a 60,89); hemorragia intraparto (RR 2,48 IC 95% 1,55 a 3,98); hemorragia posparto (RR 1,86 IC 95% 1,46 a 2,36); transfusión de hemoderivados (RR 10 IC 95% 7,45 a 13,55); septicemia (RR 5,5 IC 95% 1,31 a 23,54) y tromboflebitis (RR 4,85 IC 95% 1,50 a 15,69); igualmente posee gran impacto en el fruto de la concepción al estar vinculada con un incremento en el riesgo de parto pretérmino mala presentación fetal, anomalía fetal mayor, riesgo de muerte perinatal y bajo peso al nacer.<sup>4</sup>

Grillo-Ardila, M.D. concluye que el manejo conservador-agresivo incluye observación continua de las gestantes hemodinámicamente estables, para pretender culminar la gestación una vez comprobada la madurez pulmonar fetal;

conlleva la expectativa de recién nacidos saludables y se basa en que en la actualidad se dispone de: hemoderivados, técnicas quirúrgicas seguras, ultrasonido, un gran número de herramientas en la vigilancia del medio ambiente fetal, unidades de cuidados intensivos neonatales, uso antenatal de los corticoesteroides y tocólisis, brindando consigo una intervención segura, eficaz e integral, con gran impacto en la reducción de la morbimortalidad perinatal.<sup>4</sup>

Con respecto al parto con diagnóstico de inserción baja de placenta no se conoce la distancia exacta que se considere segura para permitir el parto vaginal así como también no existe claridad acerca de la seguridad y costo-efectividad en el manejo ambulatorio de este tipo de pacientes.

Grillo Ardila desarrolló una revisión sistemática para determinar el resultado de estos puntos. Basado en el estudio de Wings y colaboradores donde se hizo un análisis de 2 grupos similares uno ambulatorio y otro con manejo intrahospitalario no encontrando diferencias significativa entre en tiempo de prolongación del embarazo, edad gestacional al parto, episodios de sangrado, uso de hemoderivados, parto por sangrado recurrente, necesidad de histerectomía, peso al nacer, admisión y estancia en unidad de cuidados especiales, síndrome de dificultad respiratoria sepsis neonatal o hemorragia intraventricular.

Únicamente se encontraron diferencias entre el costo del manejo que fue mucho menor en el manejo ambulatorio.

Por otro lado, Neilson realizó un metaanálisis donde evalúa el impacto de las intervenciones clínicas sobre el manejo de las pacientes con placenta previa entre los puntos evaluados se toma en cuenta el manejo ambulatorio vs hospitalario concluyendo también que existen pocas diferencias en cuanto a los resultados, excepto el número de días de estancia intrahospitalaria.

En 1984, D'Ángelo e Irwin realizaron un estudio de costo-beneficio del manejo ambulatorio frente al hospitalario con hallazgo de reducción del 69% en el grupo ambulatorio pero con mayor uso de hemoderivados en este mismo grupo, además de peor resultado neonatal con aumento de la morbilidad, concluyendo que combinando la atención del binomio resulta en menor costo la atención hospitalaria.<sup>4</sup>

The Cochrane 2008 realizó un estudio donde se incluyeron tres ensayos, incluyendo un total de 114 mujeres. Encontrando pocas pruebas de que existiera alguna ventaja o desventaja notable en la atención en el domicilio versus la atención hospitalaria. Se concluye que existen datos insuficientes a partir de los ensayos como para recomendar cualquier cambio en la práctica clínica. Sin embargo, los datos disponibles deberían estimular la realización de trabajos adicionales dirigidos a estudiar la seguridad de políticas más conservadoras de hospitalización de las mujeres en las que se sospecha placenta previa, y el posible valor de realizar una sutura cervical.<sup>9</sup>

El acretismo placentario es un factor que ha demostrado una mayor necesidad de hemotransfusión, la pérdida de sangre promedio es de 3 a 5 litros, 90% de las pacientes requiere transfusión y cerca del 40% requiere más de 10 unidades de sangre. La mortalidad materna con acretismo placentario esta reportada en más del 7%. Se ha encontrado una asociación de la presencia de placenta previa con acretismo en la siguiente proporción: 3%, 11%, 40%, 61% y

67% para 1ª, segunda, tercera, cuarta y quinta repetición de cesárea respectivamente. La placenta previa sin antecedente de cirugía uterina es asociada en un 1-5%. Como ya es sabido el diagnóstico se realiza mediante ultrasonido y de manera poco usual por resonancia magnética.

La morbilidad y mortalidad neonatal está relacionada fundamentalmente con la prematuridad asociada a la resolución del embarazo en pacientes con sangrado excesivo antes del término de la gestación. El acretismo placentario complica al 1 a 5% de los embarazos con placenta previa y útero sin cicatriz previa. La presencia adicional de cesárea anterior aumenta el riesgo de acretismo y de histerectomía durante el parto. La recurrencia de placenta previa es 4 a 8%.<sup>2</sup> El acretismo placentario complica los resultados en la resolución de embarazo, por lo que se debe de analizar ultrasonográficamente y determinar la presencia de los datos clave para diagnosticar el acretismo.<sup>9</sup>

VERGARA SAGBINI en el 2009 concluye que en caso de Hemorragia Leve donde se observe Sangrado escaso, sin repercusión hemodinámica, en embarazos menores de 36 semanas se debe de tener una conducta expectante, sin embargo menciona que en casos seleccionados, con 72 horas de ausencia de sangrado, con la madre y el feto en buenas condiciones, se puede decidir el traslado de la embarazada a su hogar, con beneficios psicológicos, familiares y económicos. Debe tener un hematocrito estable sobre 35%, PBF satisfactorio, confirmar placenta a 3 cm o más del orificio cervical interno. Dicho manejo solo permitido para la paciente debe ser cooperadora, con posibilidades reales de reposo absoluto, compañía permanente y capacidad de transporte al Hospital en un tiempo prudente, las 24 horas del día. Se favorecerá suplementación con hierro, y se mantendrá con controles clínicos y ecográficos seriados. Las pacientes que son candidatas a hospitalizarse son aquellas en las que se repite el sangrado, con presencia de contracciones uterinas, en aquellas que cumplen las 37 semanas de embarazo.

En otros países los embarazos mayores de 36 semanas según tipo de Placenta Previa si es oclusiva se debe programar una interrupción por cesárea; y si se trata de una no oclusiva, esperar inicio espontáneo del trabajo de parto. En caso de Hemorragia Moderada con pérdida de 15-30% de la volemia materna, Hipotensión ortostática y sangrado genital de moderada cuantía. La toma de decisiones varía según edad gestacional y madurez pulmonar. Si tenemos un embarazo mayor de 36 semanas se programa la Interrupción por cesárea. Si se trata de embarazo menor de 36 semanas se deja una conducta expectante, hospitalizada, para estricta vigilancia materna y fetal. Si es menor de 35 semanas, inducción de madurez pulmonar con corticoides. Si tiene entre 35-36 semanas, se debe realizar amniocentesis para verificar madurez pulmonar fetal, y según este resultado se interrumpe.

En los casos de Hemorragia Severa con pérdida mayor o igual al 30% de la volemia., pacientes hipotensas, en shock, con sangrado genital profuso, la conducta se orientará al soporte vital y a la interrupción inmediata del embarazo por cesárea, independientemente de la edad gestacional, la condición fetal o el tipo de placenta previa.<sup>7</sup>

De acuerdo a la guía de práctica clínica del IMSS del manejo de la hemorragia obstétrica del 2do trimestre en paciente con miomectomía, dos

cesáreas previas, endometriosis o cesárea previa corporal, deberán ser programadas para cesárea a las semana 37 y 38 de gestación.<sup>9</sup>

La guía de práctica clínica del IMSS recomienda de acuerdo al consenso de la Encycl. Med. Chir Obstetrique Paris Fr 2003, que las pacientes con placenta previa con edad gestacional entre las 34 y 35 semanas de gestación se deberá de programara para interrupción del embarazo vía abdominal realizando histerectomía corporal anterior a o fúndica, nunca a nivel de la placenta, tipo kerr.<sup>9</sup> Es difícil establecer al edad ideal para interrupción del embarazo en pacientes con placenta previa, a nivel mundial, existen diferentes planes de interrupción de acuerdo a la edad gestacional y el tipo de placenta. La mayor parte de las bibliografías establece la edad gestacional entre 34 y 35 semanas en las que el síndrome de distrés respiratorio no prevalece.<sup>11</sup>

En este estudio se pretende valorar en retrospectiva que como consecuencia de los manejos establecidos en este hospital de 3er nivel, los resultados perinatales, maternos y fetales, así como las variables que llevaron a ese resultado.

## **JUSTIFICACIÓN**

La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud de la población femenina en edad reproductiva. En las últimas dos décadas la Organización Mundial de la Salud ha implementado acciones tendientes a reducir la mortalidad materna en todo el mundo, sobre todo en países en desarrollo como México. Uno de los ocho objetivos de la OMS del desarrollo del milenio para alcanzarse en 2015 es mejorar la salud materna estableciendo la reducción de la razón de mortalidad materna en 75% entre 1990 y 2015 y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para el 2015. En los países en vías de desarrollo como México las principales causas de mortalidad materna son hemorragia y preeclampsia. Siendo la UMAE Luis Castelazo Ayala un hospital de Tercer nivel que recibe, diagnostica y maneja a las pacientes con diagnóstico de placenta previa es importante el análisis de los resultados maternos y perinatales de estas pacientes con la finalidad de implementar estrategias de vigilancia y manejo que disminuyan la morbimortalidad materno fetal asociada.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Debido a los altos índices de morbilidad materno fetal asociados a la placenta previa es necesario conocer la incidencia de los mismos y analizar el resultado del tratamiento médico quirúrgico instaurado a las pacientes con esta complicación en nuestro hospital .

Por lo anterior es importante conocer: ¿Cuáles son los resultados perinatales maternos y fetales de la interrupción del embarazo en pacientes con placenta previa en la Unidad Médica de Alta Especialidad Luis Castelazo Ayala?

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

Conocer la morbimortalidad materno-neonatal en las pacientes con diagnóstico de embarazo complicado con placenta previa

### **ESPECIFICOS:**

1. Determinar la incidencia de la placenta previa con todas sus variantes
2. Analizar factores de riesgo asociados a la presencia de esta complicación en el embarazo en una población mexicana.
3. Conocer los resultados perinatales tales como edad gestacional, peso, talla, Apgar, sexo, días de estancia en unidad de cuidados intensivos y sus principales complicaciones asociadas tales como Síndrome de distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante, asfixia, broncodisplasia pulmonar, hemorragia intraventricular, anemia y o muerte de los embarazos complicados con placenta previa.
4. Conocer los resultados maternos: hemorragia antes, durante y después del parto, vía de interrupción, causa de interrupción, sangrado cuantificado durante la interrupción, tipo de histerotomía realizada, presencia o ausencia de choque hipovolémico y grado de choque hipovolémico, necesidad de realización de otra cirugía para el manejo de la hemorragia obstétrica (histerectomía obstétrica, ligadura de hipogástricas, desarterialización selectiva) presencia o ausencia de acretismo placentario, necesidad de hemotransfusión sanguínea y eventos troboembólicos.

## **HIPOTESIS**

La morbimortalidad materna y neonatal se asocia a la edad gestacional en que se interrumpe el embarazo en mujeres con placenta previa ya las características placentarias.

## **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Mujeres con embarazos complicados con diagnóstico de placenta previa corroborado por usg y resueltos en la UMAE Luis Castelazo Ayala, cuyos expedientes aporten la información necesaria para el análisis de éste trabajo.

## **CRITERIOS DE NO INCLUSION**

Pacientes en manejo ambulatorio.

Pacientes con hallazgo incidental de placenta previa .

## **CRITERIOS ELIMINACIÓN**

Pacientes con expedientes incompletos .

## **ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES**

### **Variables Independientes**

**Placenta previa.**- inserción de la placenta en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el orificio cervical interno o quedando muy cerca de él.

### **Variables Dependientes:**

Resultados perinatales maternos y fetales son todos los eventos que van apareciendo durante el periodo comprendido entre la semana 28 de la gestación y hasta los 28 días posteriores al nacimiento, del feto y que por tanto van a dar consecuencias a corto y/o largo plazo en la calidad de vida tanto de los fetos como repercusión en el estado materno que nos puede llevar a una discapacidad o incluso hasta la muerte.

## **FETALES :**

**Edad gestacional al momento del nacimiento(SDG).**- edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla. Es un sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo y comienza aproximadamente dos semanas antes de la fertilización.

**Peso al nacer.**- peso de un feto inmediatamente después de su nacimiento

**APGAR.**- prueba medida en 3 estándares sobre el recién nacido para obtener una primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. La puntuación al primer minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación

**Capurro.**- criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada.

**Sx. De distrés respiratorio.**- la patología respiratoria más frecuente en el recién nacido prematuro. Típicamente afecta a los recién nacidos de menos de 35 semanas de edad gestacional y es causada por déficit de surfactante, sustancia tensoactiva producida por los neumocitos tipo II que recubre los alvéolos. Su incidencia aumenta inversamente respecto a la edad de gestación de manera que afecta al 60% de los menores de 28 semanas

**Hemorragia ventricular.**- Es un sangrado dentro de las áreas llenas de líquido (ventrículos) en el cerebro. La afección se observa con más frecuencia en bebés prematuros.

**Sepsis neonatal.**- infección de la sangre que ocurre en un bebé de menos de 90 días de edad. La sepsis de aparición temprana se ve en la primera semana de vida, mientras que la sepsis de aparición tardía ocurre entre los días 8 y 89.

**Muerte neonatal.**- El fallecimiento de un bebé antes de cumplir 28 días de vida se denomina muerte del neonato

## **MATERNOS**

**Transfusión sanguínea.**- Es la transferencia de sangre o componentes sanguíneos de un sujeto (donante) a otro (receptor).

**Histerectomía obstétrica:** La histerectomía obstétrica se define como la extirpación del útero después de un evento obstétrico, último esfuerzo para cuando las medidas conservadoras fallan o no son aplicables

**ACRETISMO.**- acretismo placentario consiste en una adherencia anormal de la placenta a la pared uterina por la cual el alumbramiento puede conducir a una hemorragia masiva.

**Placenta acreta:** consiste en la penetración superficial de las vellosidades en el miometrio.

**Placenta increta:** invasión profunda del miometrio.

**Placenta percreta:** invasión de la serosa y órganos vecinos (por ejemplo: vejiga, parametrios, intestinos)

**ANEMIA.**- concentración baja de hemoglobina en la sangre. Se detecta mediante un análisis de laboratorio en el que se descubre un nivel de hemoglobina en sangre menor de lo normal.

**CHOQUE HIPOVOLEMICO.-** es una condición producida por una rápida y significativa pérdida de volumen intravascular provocando consecuentemente inestabilidad hemodinámica, disminución de la perfusión tisular, del intercambio gaseoso, hipoxia celular, daño a órganos y la muerte.

**INFECCIÓN DE HERIDA QUIRURGICA.-** Aquella que ocurre a partir de la contaminación bacteriana causada por un procedimiento quirúrgico. Aunque la definición se circunscribe solamente a la “herida” quirúrgica, se extiende también a la afectación de tejidos más profundos involucrados en el procedimiento operatorio, y que suelen estar libres de gérmenes en condiciones normales.

**INFECCION UTERINA.-** Infección que comienza en las capas más internas del útero y progresa hacia las más externas. Se presente después del alumbramiento, generalmente por una infección ascendente. Puede causar serias complicaciones, la muerte, requiriendo tratamiento antibiótico y en algunos casos quirúrgico.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, retrolectivo, descriptivo y comparativo en el cual se tomó un grupo de pacientes con el diagnóstico de placenta previa comprendidos entre los años 2012- 2013, hospitalizadas en la UMAE Luis Castelazo Ayala en el Servicio de Complicaciones de la Segunda Mitad del embarazo de la Unidad previa, que cumplieron con los criterios de selección, cuyo diagnóstico e interrupción de la gestación fue realizado en el hospital en el periodo 15 de marzo del 2012 al 31 de diciembre del 2013. Las pacientes fueron seleccionadas de acuerdo a los censos hospitalarios del servicio, quienes cumplieron con los diagnósticos requeridos, fueron identificado a través de su número de afiliación, mismo que sirvió para consultar sus expedientes en el servicio de Archivo del hospital. de cada archivo consultado se extrajo la información requerida y fué vaciado en una hoja diseñada ex profeso (ver hoja en recolección de datos). Posteriormente toda la información fue registrada en una hoja electrónica del programa Excel de la que se hicieron los análisis descriptivos pertinentes (estadística descriptiva) y se exportaron a un programa estadístico específico (SPSS v.16.0) con la finalidad de realizar los análisis comparativos pertinentes para cada uno de los subgrupos (diferentes tipos de implantación placentaria, grados de choque hipovolémico, edad gestacional, etc.). Se estableció un valor estadístico mínimo del 5%.

## PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION

NOMBRE DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_

FECHA DE CIRUGIA: \_\_\_\_\_

DESENLACE NEONATAL:	RESULTADO	ANOTACIONES
Edad gestacional al momento del nacimiento(SDG)		
Peso al nacer		
APGAR		
Capurro		
Ingreso a la UCIN		
Sx. De distrés respiratorio		
Hemorragia ventricular		
Sepsis neonatal		
Tiempo de estancia intrahospitalaria (días)		
Muerte neonatal		
DESENLACES MATERNOS:	RESULTADO	ANOTACIONES
Tiempo de estancia intrahospitalaria antes del parto(días)		
Tiempo de estancia posquirúrgico		
Transfusión sanguínea		
SDG al interrumpir gestación		
Cesárea programada		
Cesárea de urgencia		
Ingreso a UCIA		
Histerectomía obstétrica		
Desarterialización arterias uterinas		
Sangrado total		
Muerte		
Tipo de placenta		

## **CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

El presente estudio no ameritó cálculo de muestra por tratarse de un estudio descriptivo.

## **ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN**

El estudio se realizó en el servicio Complicaciones de la segunda mitad del embarazo de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia # 4 del IMSS “Luis Castelazo Ayala” en el periodo comprendido de 15 de marzo del 2012 al 31 de diciembre del 2013

## **RECURSOS HUMANOS**

Investigador principal médico de base  
Investigador asociado médico residente

## **RECURSOS MATERIALES**

Utilización de las áreas físicas y material existente en el hospital en el área de archivo clínico tales como el expediente clínico, el expediente electrónico y la bitácora correspondiente a las anotaciones de pacientes con diagnóstico de placenta previa.

## **RECURSOS FINANCIEROS**

Fue cubierto en su totalidad por los investigadores

## **DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO**

Los resultados obtenidos del presente estudio se presentaron en modalidad de tesis para obtener el título de Médico con Especialidad en Ginecología y Obstetricia.

## **ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION**

Los datos obtenidos se analizaron a través de pruebas estadísticas de tendencia central y las comparaciones entre las variables de interés se realizaron a través de pruebas estadísticas no paramétricas para comparación entre grupos independientes de acuerdo a la distribución de los datos y mediante pruebas de comparación para variables cualitativas a través de proporciones. Se estableció un valor probabilístico estadísticamente significativo, menor al 5%.

## **DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO**

Se identificó de los censos hospitalarios del servicio de Complicaciones de la Segunda Mitad del embarazo a las pacientes con diagnóstico de placenta previa atendidas en el periodo de interés, posteriormente se solicitaron al archivo clínico del hospital los mismos y se procedió a vaciar los datos de interés a la hoja de captación de datos , siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión para el estudio . Los datos obtenidos fueron vaciados en una hoja de Excel de captación de datos para su análisis estadístico . Se aplicaron pruebas estadísticas de tendencia central y pruebas estadísticas para comparación entre grupos independientes. Se concluyeron resultados y se presentó tesis de posgrado para obtener título de especialidad en Ginecología y Obstetricia.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Todos los datos de los pacientes fueron tomados de los expedientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4, por lo que no fue necesario realizar carta de consentimiento informado.

Sin embargo el presente proyecto fue sometido a la evaluación del CLIEIS 3606 de esta UMAE.

## RESULTADOS

Las pacientes incluidas fueron 141, con una incidencia de 8.2 por cada 1000 nacimientos y 13.6 por cada 1000 cesáreas durante el periodo de estudio .

La placenta central total se presentó en un 60% (85 casos), la placenta marginal en un 22.6%(24 casos) y la Inserción Baja de placenta en un 17.3% (24 casos).  
Figura 1.

Las características demográficas de la población en estudio fueron las siguientes: Mujeres con edades entre 21 y 42 años con un promedio de edades de 23 años , una moda de 29 años y una mediana de 32 años .

El 18% (26) de las pacientes eran primigestas, 28 % (40 pacientes) secundigestas, 23% (33pacientes) trigestas, 18% (25 pacientes) gestas IV, 9% (12pacientes) gestas V, 3% (4 pacientes) gestas VI y solo una paciente gesta VII.  
Figura 2

Dentro de sus antecedentes ginecoobstétricos 96 pacientes (68%) eran nulíparas, 26 (49%) habían tenido un parto, 15 (10%) habían tenido dos partos y 4 pacientes (2.8%) tres partos .En lo que se refiere al antecedente de abortos solo un 30% (43 pacientes) tenían el antecedente de un aborto, 11% (16 pacientes) 2 abortos y 2% (pacientes) 3 o más abortos. Sesenta y nueve pacientes (49%) tenían al menos el antecedente de una cesárea, 49 pacientes (34%) dos cesáreas, 14 pacientes (10%) tres cesáreas y solo 5 pacientes (3.5%) cuatro cesáreas previas .Solo el 2.8% (4 pacientes) de la población en estudio no tenían ninguna cesárea dentro de sus antecedentes. Figura 3

Los factores de riesgo asociados presentes fueron una cirugía uterina previa en 73 pacientes, 2 en 31 pacientes, y 3 en una paciente. Dentro de las cirugías realizadas previamente al embarazo, fueron legrados en un 32 % (56) cesárea en un 30% (30), miomectomías en un 27% (15) y solo en 21% de las pacientes (38) no tenían ninguna cirugía uterina previamente Figura 4

El momento en el cual se realizó el diagnóstico fue entre las 24 y 26 semanas en un 5% (8pacientes) y a las 27-28 semanas 30% (44 pacientes ); a las 29-30 semanas 15% (25 pacientes ); 31-32 semanas 20% (29 pacientes ); 33-34 semanas 9% (15 pacientes ); 35 a 36 semanas 6% (9 pacientes) y 37-38 semanas 1.4% (2 pacientes) Figura 5.

El diagnóstico ecográfico se realizó en un 91% por vía endovaginal y solo en 9% de los casos por vía abdominal .Figura 6

El 95 % de las pacientes recibió esquema de madurez pulmonar antes de las 34 semanas y solo 5% no lo ameritaron en virtud de que su diagnóstico se realizó después de la semana 34. En un91% de los casos recibieron solo un esquema de madurez pulmonar y solo en un 5% de los casos recibió dos esquemas de madurez pulmonar.

Durante la gestación de las pacientes incluidas en el estudio las principales complicaciones maternas presentadas fueron : amenaza de parto pre término en 42% (23 casos) infecciones de vías urinarias en un 16% (9 casos ) , infecciones cervicovaginales y ruptura prematura de membranas 5% respectivamente (3 casos ) , Preeclampsia en un 24% (13 casos ) y otras complicaciones como colestasis , diabetes mellitus , trombocitopenia en 2% (1 caso para cada complicación respectivamente . Fig. 7. Cuando analizamos las complicaciones maternas asociadas a los diferentes tipos de placenta previa, es posible observar

que la mayoría de las complicaciones se presentaron en el grupo de las pacientes con placenta central total cómo es posible observar en la figura 8.

Durante la gestación también fue posible identificar algunas complicaciones fetales en 13% de los casos. La restricción del crecimiento intrauterino se presentó en 10 pacientes (7%) el sufrimiento fetal en 4 pacientes (3%), óbito fetal en 2 pacientes (1%) y oligohidramnios y restricción de crecimiento asociada en solo un caso respectivamente (1%). Figura 9.

De las 141 pacientes el 54% de las pacientes (77) se interrumpieron en forma programada y 45 % (64) en forma urgente con los diagnósticos de placenta sangrante en 27% (39), parto pretérmino y trabajo de parto en 3.5% (5) respectivamente, Preeclampsia severa y ruptura prematura de membranas en 2.8% (4) respectivamente, parto pre término de embarazo gemelar en 1.4% (2) y por óbito, oligohidramnios, síndrome de Hellp, Hipertensión crónica severa e hipertensión gestacional severa en 0.7% (1) respectivamente. La interrupción de la gestación se llevó a cabo a las 37 semanas o más en 56 pacientes, 37 pacientes entre las 33 a 34 semanas, 28 pacientes a las 35-36 semanas de gestación, 12 pacientes a las 30-32 semanas, 7 a las 28-29 semanas y solo una paciente a las 26 semanas de gestación. Figura 10.

El análisis del diagnóstico de interrupción de la gestación por tipo de placentas previas nos permite observar que en los tres grupos predominaron la interrupción programada a las 37 semanas dándose en 52%, 60% y 54% de los casos en los grupos de placentas centrales totales, marginales e inserciones bajas de placenta respectivamente; seguido por el diagnóstico urgente de placenta sangrante en los tres grupos con una presentación del 32%, 18% y 25% de los casos respectivamente. La tercera principal causa en el grupo de las placentas previas fue el parto pretérmino presente en 5% de los casos. En la tabla de la figura 11 se presentan los principales diagnósticos asociados a los tipos de placenta previa.

El tipo de cesárea realizada a la población fue en general mayor de tipo Kerr en un 55% (78 pacientes) y en un 45% (63 pacientes) tipo corporal. En el grupo de placenta centrales totales fue mayor la realización de cesárea corporal en 64% de los casos y 36% tipo Kerr. Figura 12. En el grupo de placentas marginales y de inserción baja de placenta predominó la realización de cesárea Kerr con 81 y 87% respectivamente. Figura 12.

De todas las pacientes intervenidas, en el grupo de las 85 pacientes con diagnóstico de placenta central total 30 (35%) fueron sometidas a solo cesárea corporal y 40 (47%) fueron sometidas a cesárea corporal + ligadura de arterias hipogástricas previo al alumbramiento de la placenta, de las cuales 15 (17%) ameritaron histerectomía total abdominal por acretismo placentario, 3 (3.5%) fueron sometidas a cesárea + ligadura de arterias hipogástricas + empaquetamiento y 10 (11%) fueron sometidas a cesárea histerectomía sin realización de ligadura de arterias hipogástricas. De las 32 pacientes del grupo de placenta marginal 22 (68%) fueron solo sometidas a cesárea y solo en 5 (15%) pacientes se realizó cesárea + ligadura de arterias hipogástricas y en un caso (3%) cesárea + ligadura de hipogástricas + histerectomía total abdominal. De las 24 pacientes con inserción baja de placenta el 70% solo amerito realización de cesárea sin

ningún otro procedimiento agregado y solo una paciente amerito cesárea + ligadura de arterias hipogástricas + hysterectomía total abdominal .Fig. 13

El sangrado transoperatorio en general fue menor de 500 ml en 25% de la población (35 pacientes); de 500-750ml en 37% (52pacientes); 750-1500ml en 25% (35 pacientes); 1500-2000ml en 4% (6 pacientes) y más de 2000ml 9% (12 pacientes).

En el grupo de placentas centrales totales tuvimos que el 49% de las pacientes (41) presento un sangrado menor a 750ml; un 33% (28) un sangrado de 750-1500 ml; solo 7% (6) presento 1500-2000ml y 11% (9) más de 2000ml de sangrado.

Las placentas marginales en un 75% (25) muestran un sangrado menor a 750 ml y solo 19% (6) presentaron un sangrado de 750-1500 ml y 6% (2) más de 2000ml.

Las placentas de inserción baja presentaron sangrado menores a 750 ml en 95% de los casos y solo 2 pacientes presentaron sangrados de 750-1500 ml y más de 2000ml respectivamente. Figura 14

Del total de la población solo 7 pacientes (5%) tuvieron que ser reintervenidas y 95% no lo ameritaron .De las pacientes que ameritaron ser reintervenidas 6 fueron del grupo de placentas previas y 1 del grupo de inserción baja de placenta, ameritando ligadura de hipogástricas en 2 casos, ligadura de hipogástricas + hysterectomía total abdominal en dos casos, hysterectomía total abdominal en 2 casos y drenaje de hematoma de cúpula en 1 caso.

El 14 % (20) de las pacientes intervenidas en nuestro servicio ameritaron ingresar a la unidad de cuidados intensivos. De las cuales el 75% (15 pacientes) tenían placenta central total, 10% (2 pacientes) placenta marginal y 15% (3 pacientes) inserción baja de placenta. Figura 15

El 55 % (77 pacientes) de nuestras pacientes después de ser intervenidas no presentaron complicaciones posoperatorias; el 28% (40) presento anemia; 14% (20) choque hipovolémico + anemia, 2% (3) choque hipovolémico y solo 1 paciente (1%) anemia+ choque hipovolémico + infección de herida quirúrgica. Figura 16

Se obtuvo el nacimiento de 145 recién nacidos vivos , de los cuales 83 fueron de sexo masculino y 62 de sexo femenino .La edad promedio de nacimiento calificada por Capurro fue de 35 semanas con una mediana de 36 semanas con un rango entre 25-40 semanas así como una moda de 37 semanas. El peso promedio de nacimiento fue de 2289 gramos con una mediana de 2365 gramos, moda de 2890 gramos y rango de entre 1110 a 3455 gramos.

El 68% de los recién nacidos (100) no ameritaron manejo en la unidad de cuidados intensivos neonatales y solo 31% amerito ingresar a la UCIN. Los días promedio de estancia fue de 3.5 días.

Las principal complicaciones neonatal asociada presente en los recién nacidos fue el síndrome de distrés respiratorio, presente en 47 pacientes (32%) y muerte, enterocolitis + sepsis, craneosinostosis y síndrome de distrés respiratorio +sepsis se presentó en solo un caso respectivamente (0.6%). El 65% de nuestros recién nacidos no tuvo complicaciones neonatales. Figura 17.

## DISUSIÓN:

Del grupo total de 184 pacientes donde se excluyeron 23, por no cumplir con los criterios establecidos, trabajamos con una muestra de 141 pacientes.

El mayor número de casos son asociados a placenta central total, con una correlación superior con cirugías previas, realizadas en la primera gestación, sobre todo a legrados y cesáreas. Es importante mencionar los porcentajes de presentación de cada una de las cirugías: legrados en un 32 %, cesáreas 30%, miomectomías 27% y 21% de las pacientes sin ninguna cirugía, con una clara evidencia de que una vez realizado cualquier tipo de intervención uterina, quedara abierta la posibilidad de presentar este padecimiento.

El momento oportuno de realizar el diagnóstico es entre la semana 27 y 28 de gestación, con mayor porcentaje de certeza, que como ya hemos visto coincide con la literatura y con una mayor sensibilidad y especificidad del mismo al realizar el diagnóstico vía vaginal.

El 100 % de las pacientes con edad gestacional menor a 34 semanas de gestación cumplen con el protocolo establecido de aplicar maduración pulmonar fetal disminuyendo los datos de distrés respiratorio.

La mayor complicación que afecta a las embarazadas con el diagnóstico en estudio es la amenaza de parto pretérmino, así como los estados hipertensivos del embarazo, sobre todo las pacientes con placenta central total, lo que hace de este tipo de placenta aun más peligrosa para la vida.

Más de la mitad de las pacientes estudiadas completaron el protocolo hasta las 37 semanas en que se decidió interrupción del embarazo de forma programada, sin embargo, también existe un gran porcentaje de 45%, que es resuelto de forma urgente, presentándose en mayor grado en la placenta central total.

El abordaje de a nivel uterino en el momento de la interrupción del embarazo es de acuerdo al tipo de placenta, siendo mejor la cesárea corporal en los casos de placenta central total y cesárea kerr en inserción marginal e inserción baja.

La placenta central total asociada a ligadura de arterias hipogástricas lleva a una menor cantidad de sangrado, aun en pacientes en las cuales se requirió de un manejo de la hemorragia obstétrica de forma más agresiva con histerectomía secundaria a acretismo placentario, siendo estas medidas suficientes para el control hemorrágico, disminuyendo complicaciones como anemia, choque hipovolémico y secundario a esto disminución del uso de hemoderivados y de terapia intensiva; solo 3.5% fueron sometidas a cesárea + ligadura de arterias hipogástricas + empaquetamiento y 11% fueron sometidas a cesárea histerectomía sin realización de ligadura de arterias hipogástricas, de esto último, se tendría que analizar el motivo por el cual se decidió no hacer ligadura de hipogástricas ya que representa una gran herramienta en el protocolo de manejo de la hemorragia en obstetricia.

Aun en el grupo de placenta marginal, pero con mucho menor porcentaje se realiza un segundo procedimiento para el manejo de la hemorragia y solo 3% que culminan en histerectomía total abdominal, mientras que en las pacientes con inserción baja de placenta, solo 1 recibió ligadura de hipogástricas así como histerectomía total abdominal. Sin duda alguna, la situación de la placenta se correlaciona con mayor sangrado y necesidad de procedimientos de mayor invasión, siendo estos un factor determinante en la cantidad de sangrado.

Solo 5% de las pacientes tuvieron que ser reintervenidas, correspondientes a placentas centrales en su mayoría, así como en el uso de terapia intensiva, 75% también se asoció a placenta central total.

Más del 50% de las pacientes no presentaron complicaciones posoperatorias pero de las que si presentaron 28% fueron complicaciones de anemia.

De los 145 recién nacidos vivos, el promedio de Capurro fue de 36 semanas asociado a un mejor peso, en promedio de 2365 gramos que refleja mejores resultados neonatales, menor uso de UTIN, menos días de estancia intrahospitalaria, y menor mortalidad fetal. El síndrome de distrés respiratorio, fue la principal causa de ingreso a UTIN, asociado a prematurez.

### **CONCLUSIONES**

Las cirugías previas son uno de los factores predisponentes más importantes para el padecimiento de placenta previa, de éstas, la placenta central total es la causante de mayor morbimortalidad perinatal, en este seguimiento, se observa que es mejor el manejo conservador hasta la semana 37, ya que proporciona un mejor resultado perinatal tanto materno como fetal, ya que la madre tiene menor grado de sangrado, y menor uso de terapia intensiva, se ha asociado también a este mejor resultado el uso de procedimientos quirúrgico como la ligadura de arterias hipogástricas de manera rutinaria; en cuanto al resultado neonatal, todas las medidas anteriores llevan a disminución de la morbimortalidad fetal, ya que el momento de interrupción de la gestación es cercana a término. Por lo anterior se concluye que el manejo de pacientes con placenta previa de acuerdo a las normas internacionales, con interrupción a las 36-37 semanas cumple con los estándares de menores resultados adversos perinatales tanto maternos como fetales.

## FIGURAS Y GRÁFICAS

Figura 1. Representación gráfica de la presentación de los diferentes tipos de placenta central total en la UMAE Luis Castelazo Ayala. (PCT=placenta central total, IBP=placenta marginal)

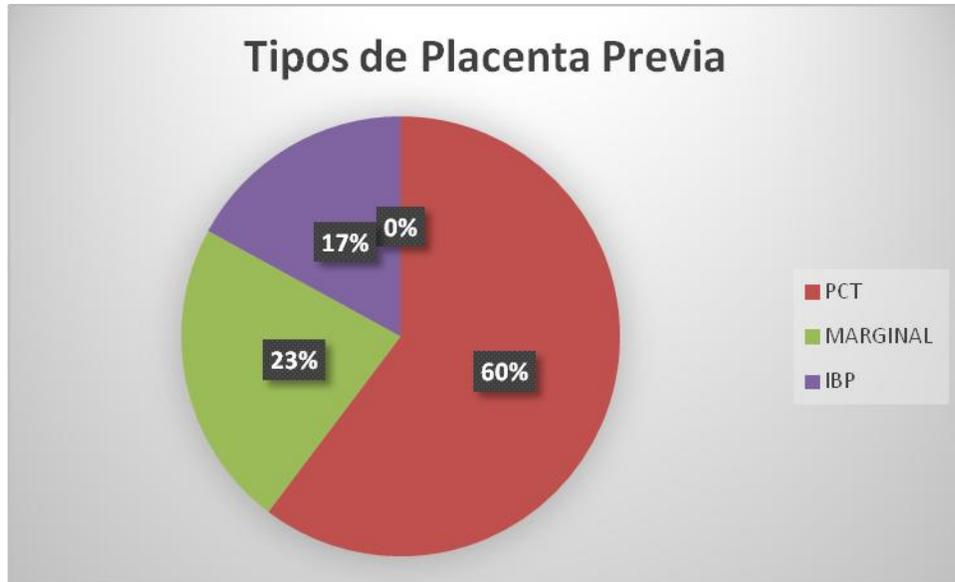


Figura 2. Paridad de las pacientes Incluidas en el grupo

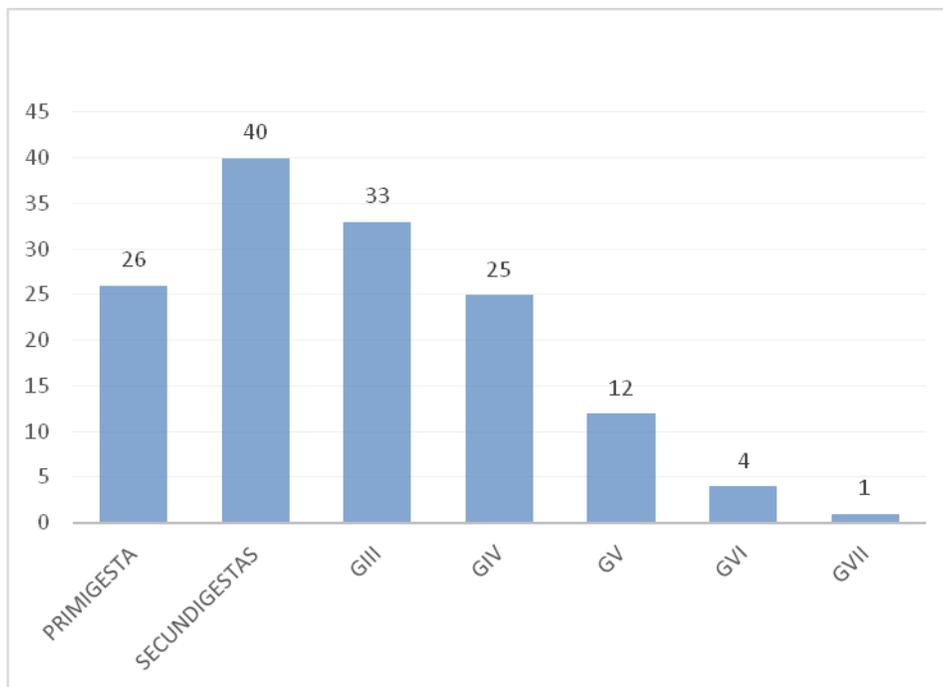


Figura 3. Antecedentes Ginecoobstétricos. Muestra el número de partos, abortos y cesáreas previas que tuvieron las pacientes con placenta previa.

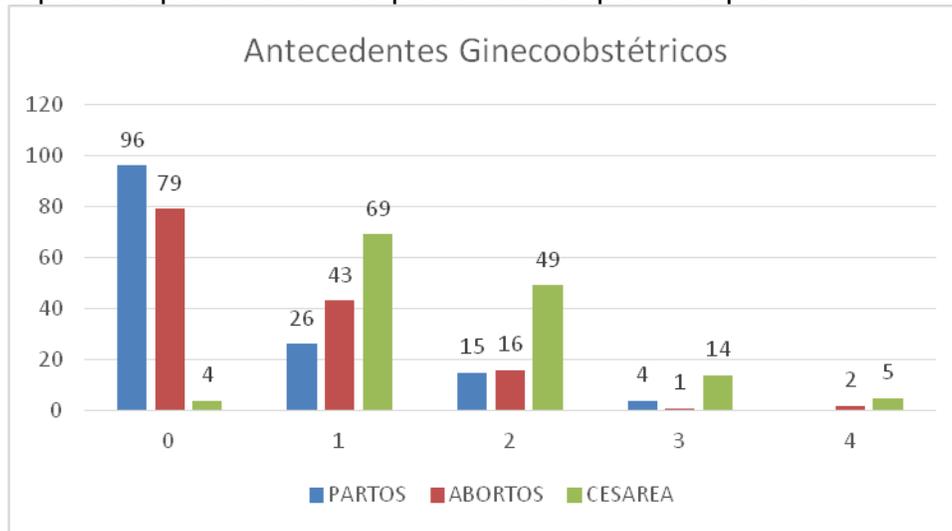


Figura 4. Cirugías uterinas previas en pacientes con Placenta previa.

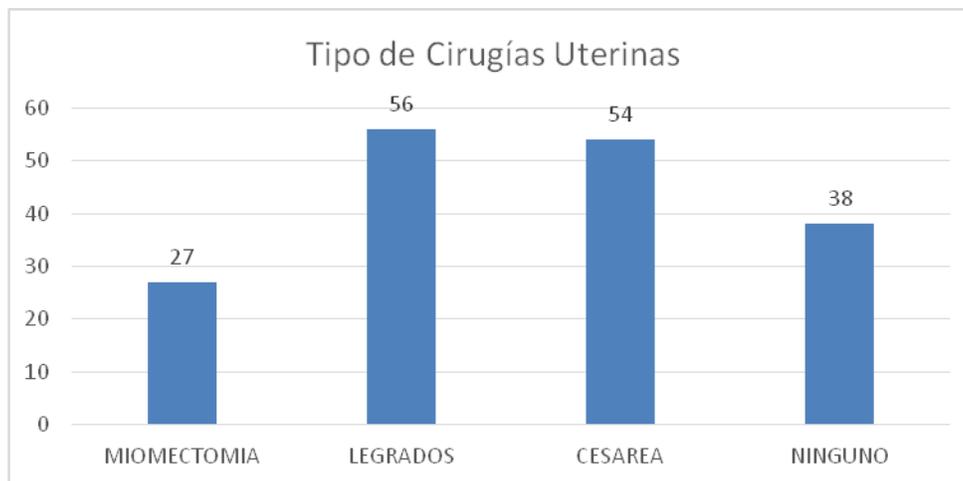


Figura 5. Momento de la gestación en que se realizó el ultrasonido



Figura 6: Diagnóstico Ecográfico de Placenta previa

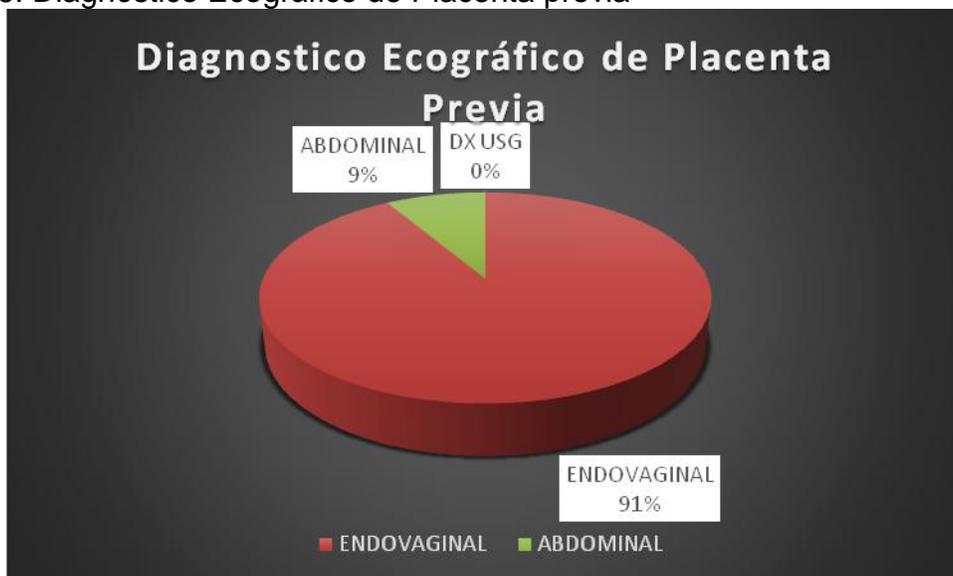


Figura 7. Complicaciones Maternas asociadas al diagnóstico de placenta previa

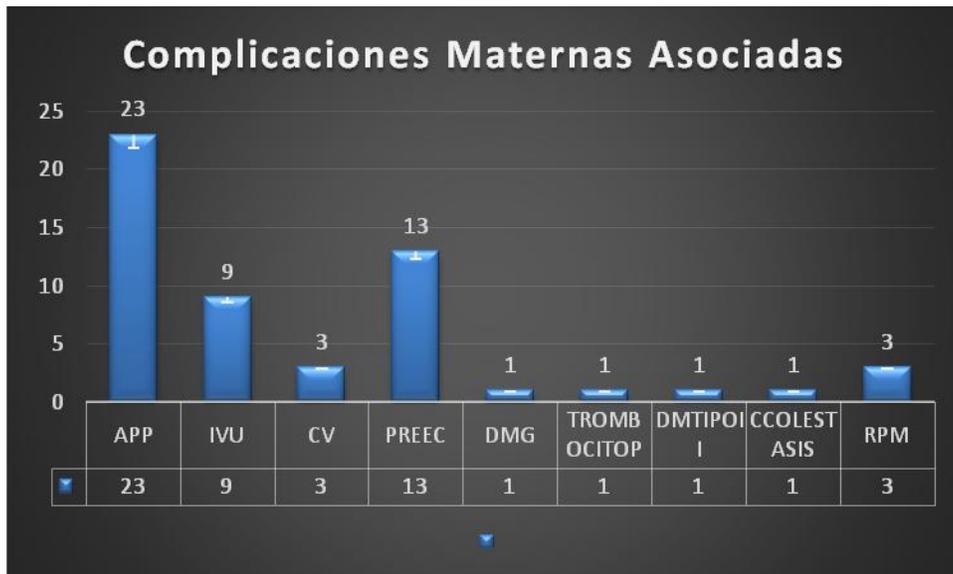


Fig. 8. Complicaciones Maternas Asociadas en los diferentes tipos de Placenta Previa

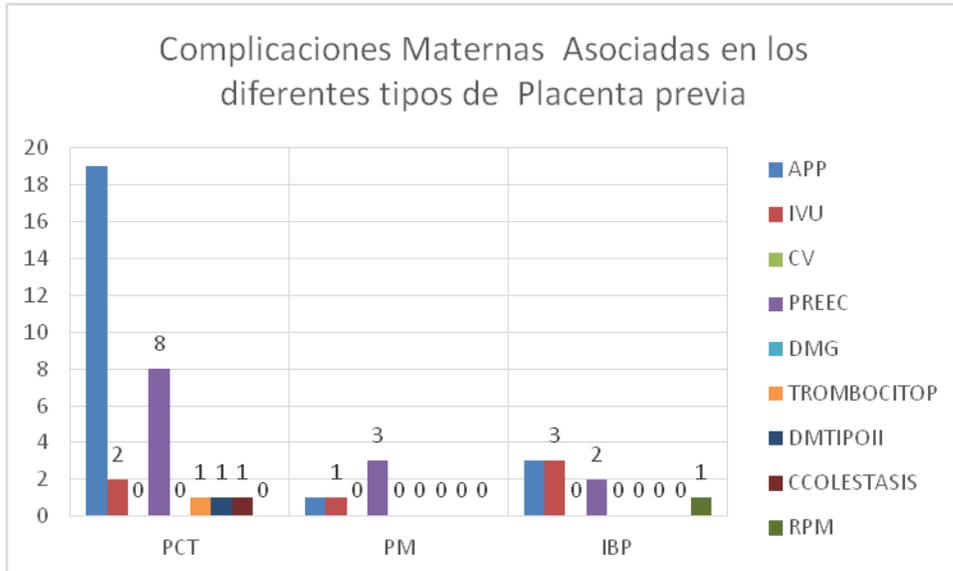


Fig. 9. Complicaciones Fetales asociadas a Placenta Previa

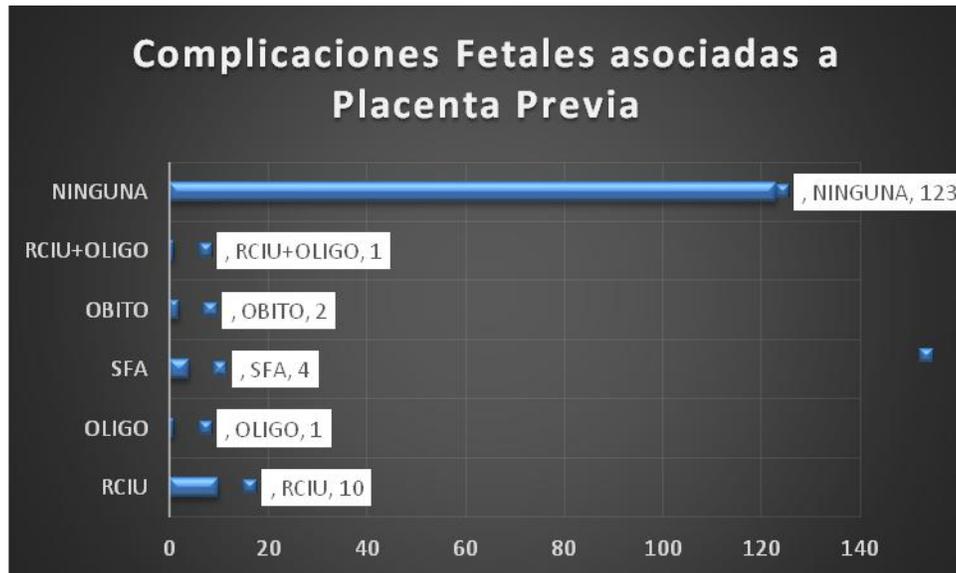


Fig. 10 Semanas de gestación a la Interrupción y causas de interrupción de la gestación



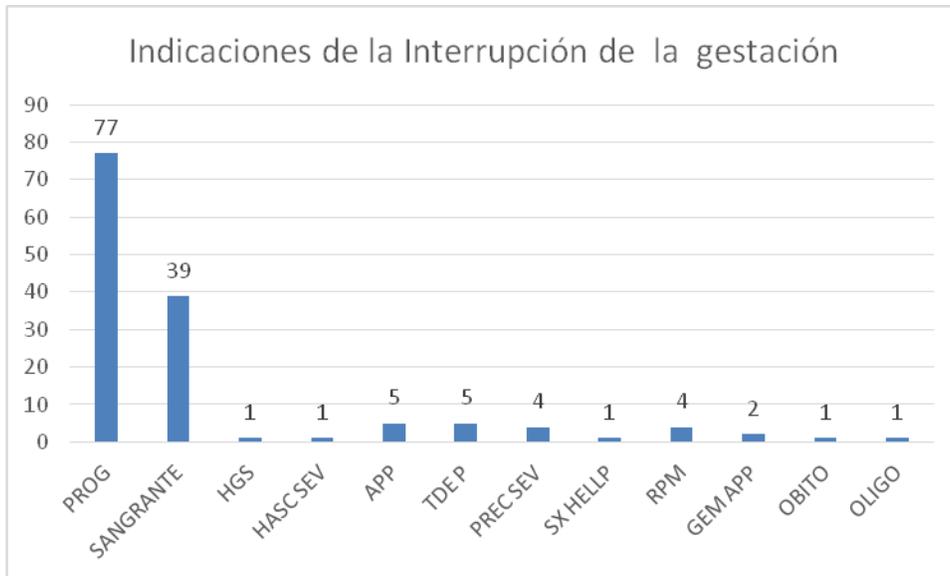


Figura 11. Principales Indicaciones de cesárea por tipo de Placenta previa

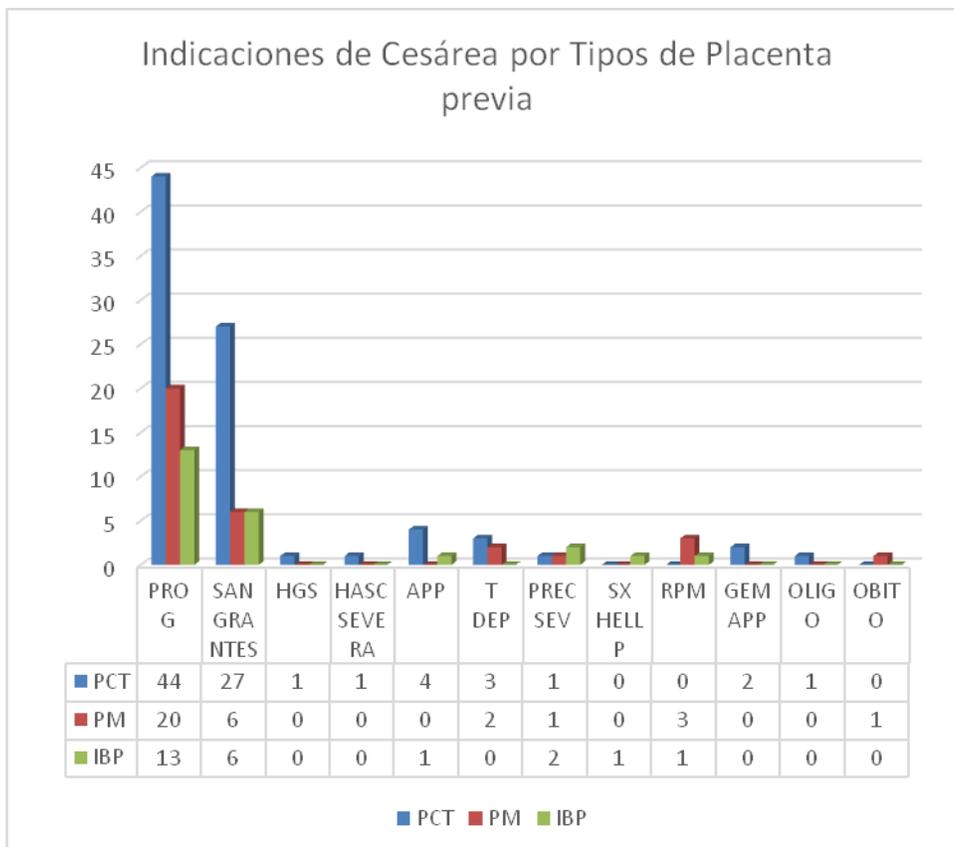
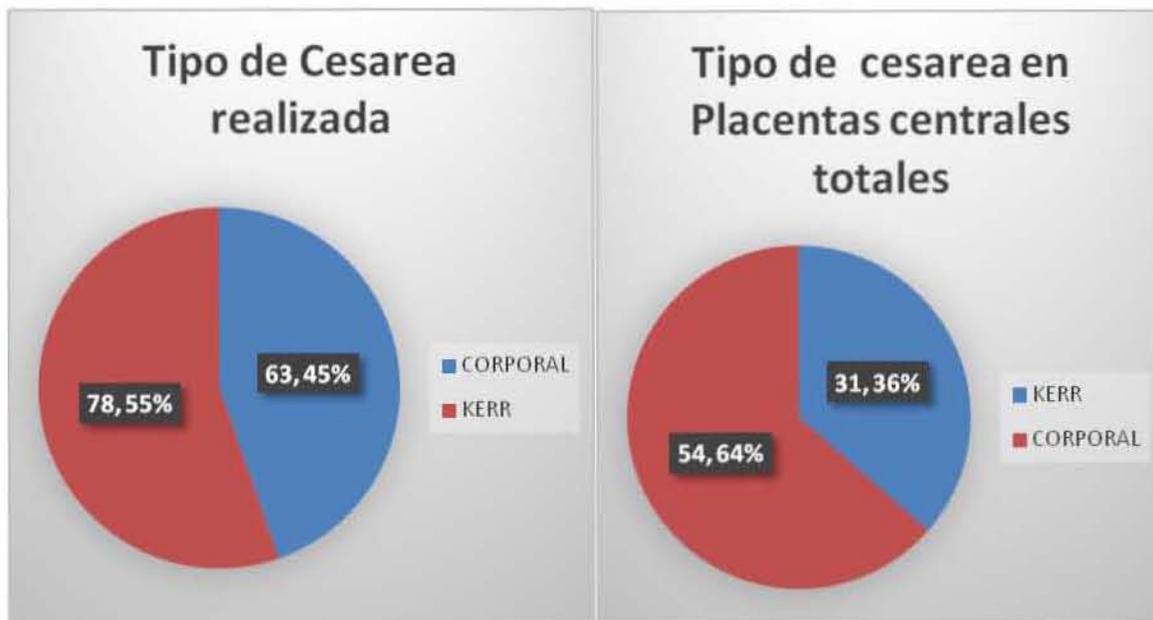
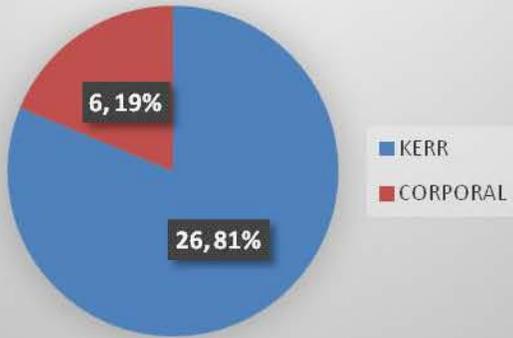


Figura 12. Tipo de Cesárea realizadas en el grupo de estudio y por tipo de placenta



### Tipo de cesarea en placentas Marginales



### Tipo de cesarea en Insercion baja de placenta

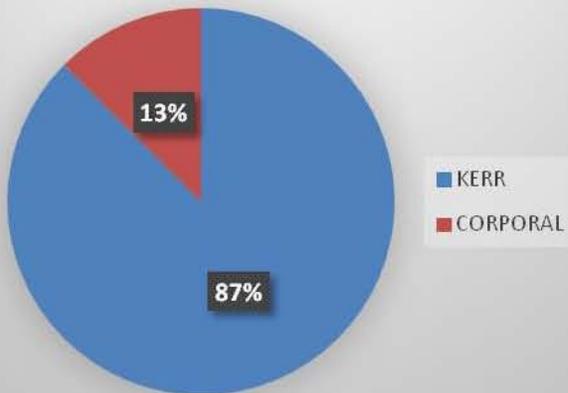


Figura 13. Procedimientos complementarios realizados a los diferentes tipos de placenta previa

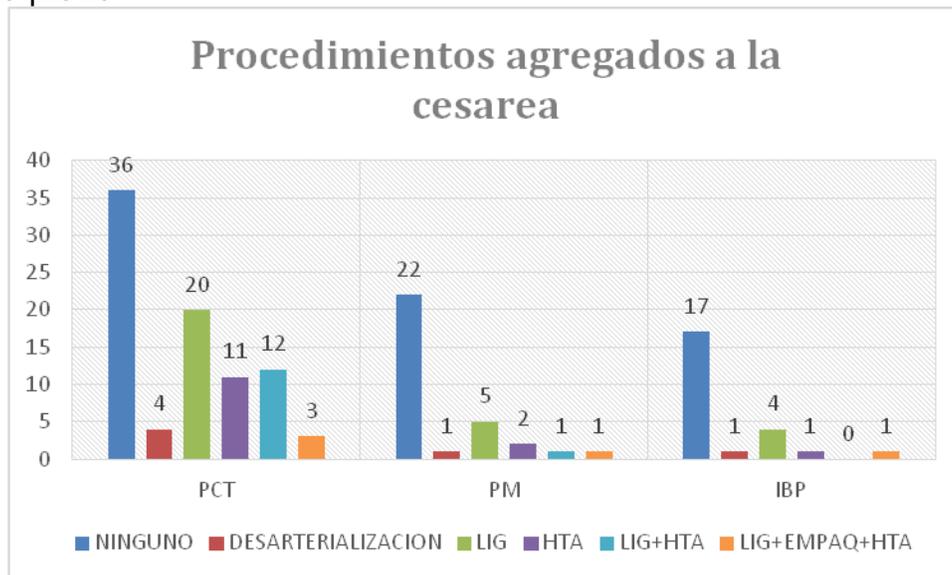
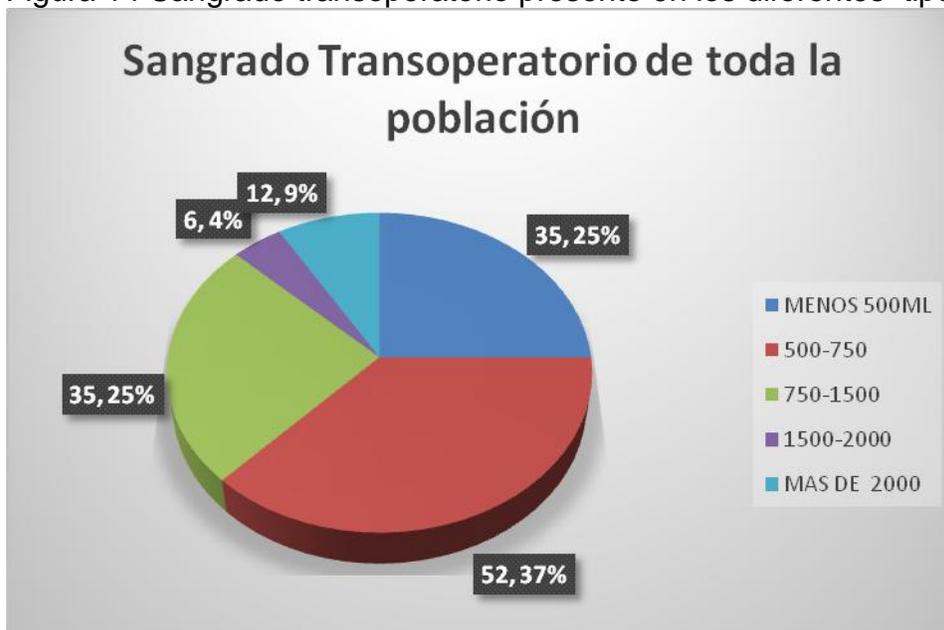
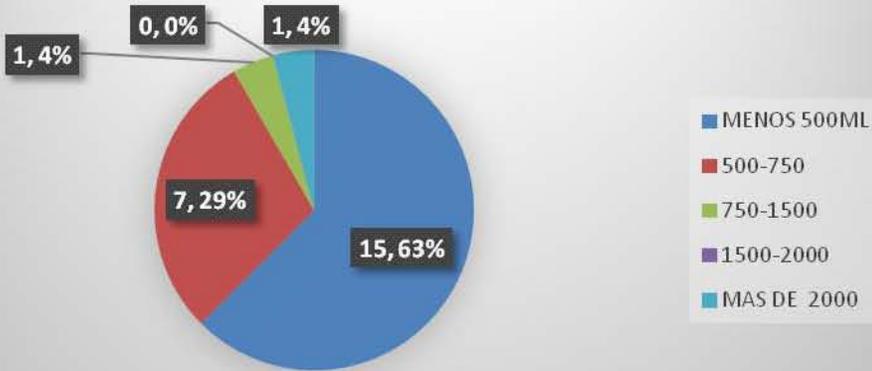


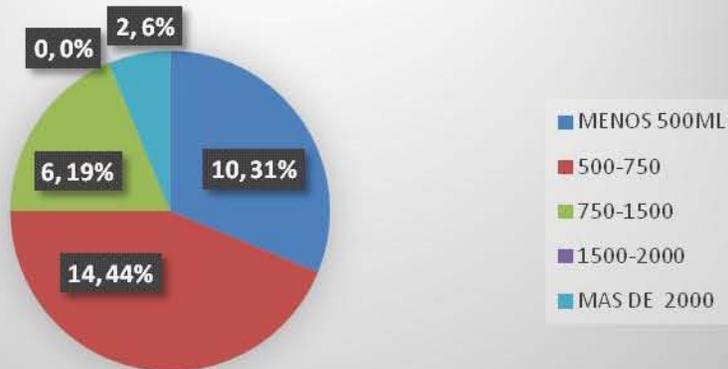
Figura 14 Sangrado transoperatorio presente en los diferentes tipos de placenta



### Sangrado transoperatorio en Placentas de Inserción baja



### Sangrado transoperatorio en placentas marginales



### Sangrado Transoperatorio en Placentas Centrales Totales

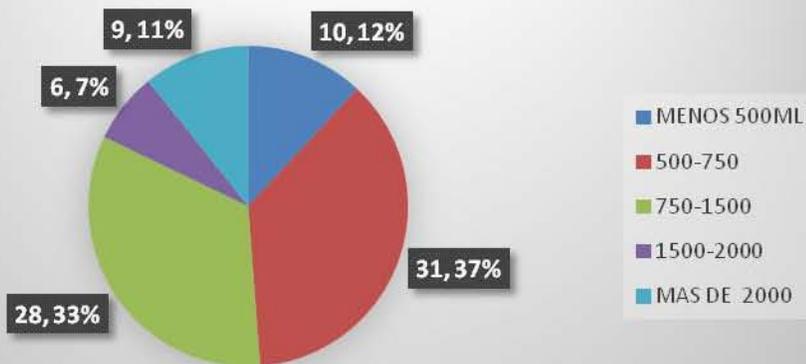


Figura 15. Pacientes que ingresaron a UCIA

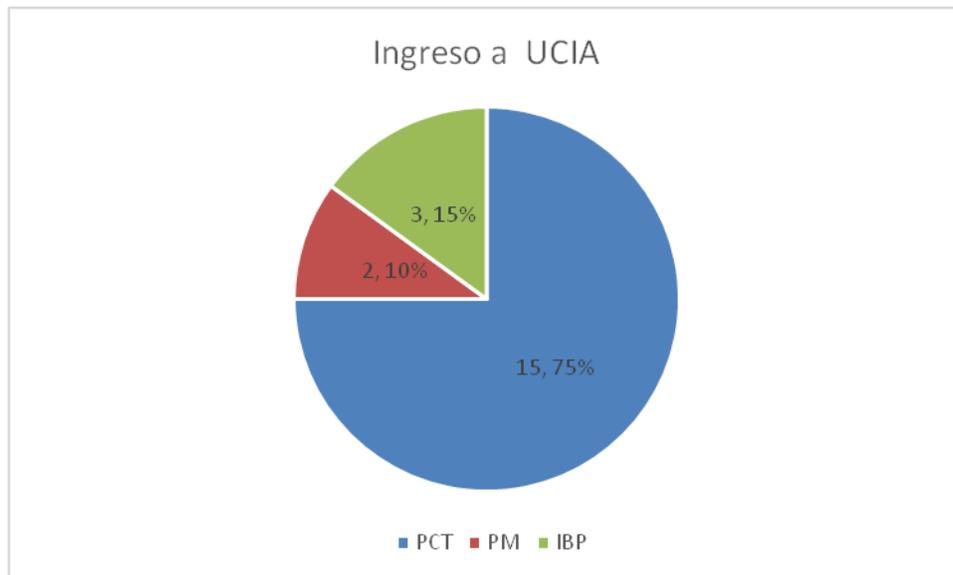


Figura 16 Principales Complicaciones Maternas Posoperatorias

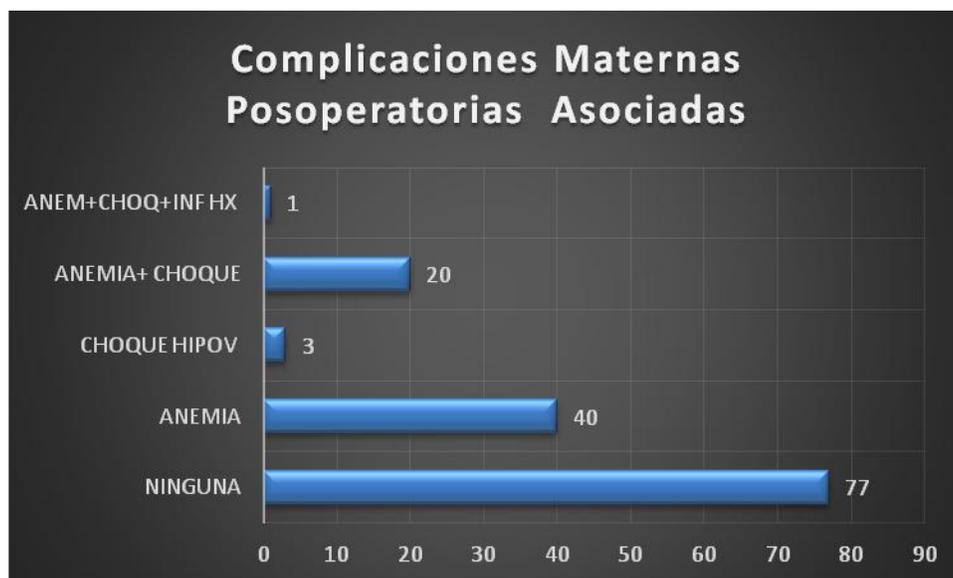
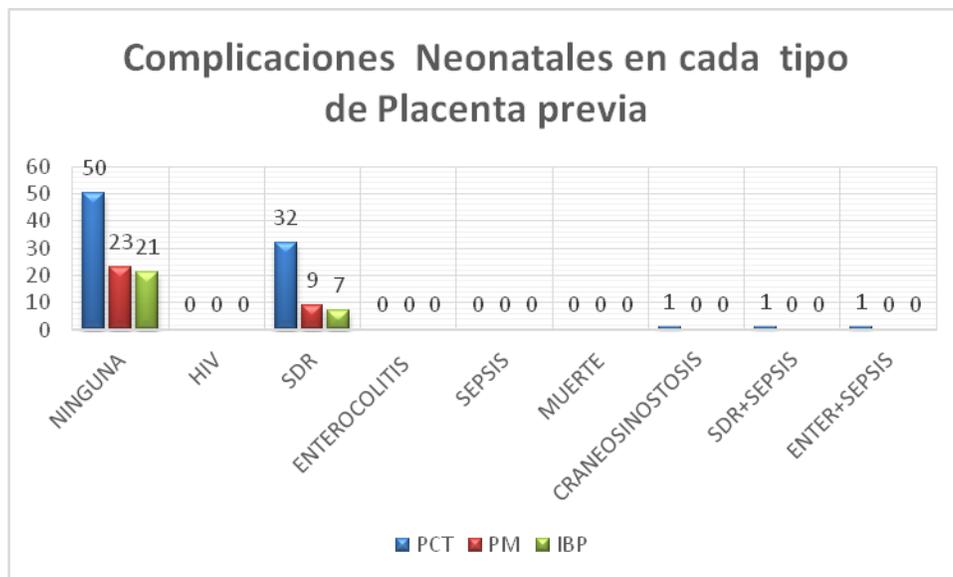
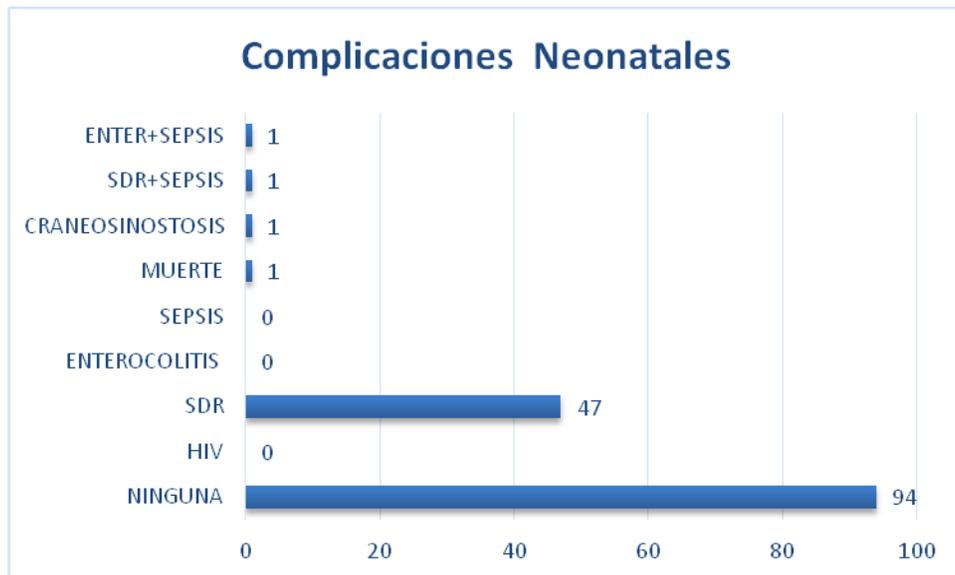


Figura 17 Complicaciones Neonatales



## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- El proceso de conocimiento de los factores epidemiológicos relacionados con placenta previa. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". 2007. Rivero Pérez Yuraicis, Gutiérrez Valdés Nelsa, Romero Díaz Carlos, Fragoso Rodríguez
- 2.- Oyarzún Enrique E. y Col. Urgencias en obstetricia - REV. MED. CLIN. CONDES - 2011; 22(3) 316-331]
- 3.-Yáñez Velazco Lucía Bertha, Bernal Alcántara, Demetrio Arturo, Características epidemiológicas de la mortalidad materna obstétrica directa en derechohabientes del ISSSTE en México Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011;16(2):89-96
- 4.-Grillo-Ardila Carlos Fernando, M.D. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Manejo ambulatorio de la paciente con placenta previa revisión sistemática, Vol. 58 No. 2 • 2007
- 5.- Diagnostico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la 2a mitad del embarazo y puerperio inmediato. Evidencias y recomendacion GPC IMSS162-09, 2005
- 6.- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIAN AND GYNAECOLOGISTS. Green top guideline no. 27. Placenta previa, placenta previa acreta y vasa previa. Diagnóstico y manejo. January 2007.
- 7.- Daskalakis George, Simou Maria, Zacharakis Dimitrios, Detorakis Stelios, Akrivos Nikolaos, Papantoniou Nikolaos, Fouskakis Dimitrios, Antsaklis Aris . Impact of placenta previa on obstetric outcome. International Journal of Gynecology and Obstetrics 114 (2011) 238–241
- 8.-Neilson JP. Intervenciones para la sospecha de placenta previa: Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2003, Número 2, Art. No.: CD001998. DOI: 10.1002/14651858.CD001998.
- 9.- Abehsera Daniel D., González Cristina B., López M Sara., Sancha N. Marta, Fernando Magdaleno D REV CHIL OBSTET GINECOL 2011; PLACENTA PERCRETA, experiencia en 20 años del hospital
- 10.- Neilson JP . Intervenciones para la sospecha de placenta previa, Biblioteca, Cochrane Plus, 2008, Número 2 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 11.- Murphy-Kaulbeck, Lynn MD, Annie Ouellet Allison, MD, Sherbrooke QC, International Journal of Gynecology and Obstetrics, SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, Guidelines for the Management of Vasa Previa, August 2009 108 (2010) 85–89