



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD.
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3.
"DR. VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SANCHEZ"

"COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS PERINATALES DE LA INSERCIÓN ANÓMALA DE LA PLACENTA RESUELTA ANTES VS DESPUÉS DE LA SEMANA 36 DE GESTACIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL GINECO OBSTETRICIA NUMERO 3 "DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ" DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. FRANCISCO ALEJANDRO SANDOVAL GARCIA TRAVESI

ASESOR :

DR. MAX VILLARPANDO ROSALES



Número de Registro: R-2015-3504-7

México D.F. Febrero 2015



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.

Alumno de tesis:

Dr. Francisco Alejandro Sandoval García Travesí

Residente de 4to año de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Domicilio: Avenida Vallejo esquina Antonio Valeriano s/n Colonia La Raza.

Delegación Azcapotzalco, Tel 57245900, Extensión 23707 y 23708, 5536542969

Correo electrónico: alejandro.travesi@gmail.com

Investigador Responsable:

Dr. Max Villalpando Rosales

Adscrito al Servicio de Perinatología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia Número 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” México, Distrito Federal.

Dirección: Avenida Vallejo esquina Antonio Valeriano s/n Colonia La Raza.

Delegación Azcapotzalco, Tel 57245900, Extensión 23707 y 23708

Correo electrónico: maxvir78@hotmail.com

Lugar de la investigación:

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Servicio de Perinatología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia Número 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” México, Distrito Federal.

Dirección: Avenida Vallejo esquina Antonio Valeriano s/n Colonia La Raza.

Delegación Azcapotzalco, Tel 572459

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

DR. JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN SALUD
CMN LA RAZA UMAE HGO 3
DR. VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ

DRA. GUADALUPE VELOZ MARTÍNEZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CMN LA RAZA UMAE HGO 3
DR. VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ

DRA. VERÓNICA QUINTANA ROMERO
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA EN SALUD
CMN LA RAZA UMAE HGO 3
DR. VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SANCHEZ

DR. MAX VILLALPANDO ROSALES
INVESTIGADOR RESPONSABLE
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE PERINATOLOGIA
CMN LA RAZA UMAE HGO 3
DR. VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar gracias a Dios por permitirme llegar hasta este camino, por permitirme seguir creciendo día con día como médico y como ser humano, por darme la oportunidad de ser partícipe del milagro de la vida, por guiar mis manos y mis pensamientos en el actuar de mi profesión.

A mis padres por apoyarme en todo momento, por ser mi guía y mi hombro, por darme las bases de responsabilidad y respeto que han guiado mi actuar hasta el día de hoy.

A la Dra. Guadalupe Veloz Martínez por la paciencia y dedicación que me brindo al realizar esta tesis.

A la Dra. Sara Morales Hernández por las enseñanzas y consejos que me ha dado a lo largo de mi estancia en este hospital.

A mi asesor de tesis el Dr. Max Villalpando Rosales por respaldarme desde un inicio con este proyecto.

A mi amigo el Dr. Manuel Ulises Reyes Hernández por impulsarme y apoyarme siempre en todos los proyectos que he emprendido.

A todos mis maestros que tuve a lo largo de mi formación ya que cada uno de ellos puso su granito de arena para forjarme en cada aspecto de mi especialidad.

INDICE

TEMA	PAGINA
Presentación	1
Resumen	6-8
Marco teórico	9-16
Justificación	16
Planteamiento del problema	17-18
Pregunta de investigación	18
Objetivos	18
Hipótesis	19
Material y métodos	19
Lugar	19
Diseño	20
Grupo de estudio	20
Criterios de selección	20
Tamaño de la muestra	21
Variables	21-28
Recursos	28
Aspectos éticos	29
Análisis estadístico	29-30
Resultados	31-44
Discusión	44-53
Conclusiones	53
Referencia bibliográfica	54-59
Cronograma de actividades	60
Anexos	61-63

RESUMEN

La inserción placentaria anormal es una de las principales causas de hemorragia obstétrica superando por mucho a los trastornos hipertensivos del embarazo como causa principal de mortalidad ya para el 2010 en nuestro país.

Nuestro hospital al ser un sitio de concentración para esta y otras patologías que ponen en riesgo la integridad del binomio, nos brinda la oportunidad de atender con mayor frecuencia a pacientes con este padecimiento. El objetivo del estudio es determinar la frecuencia, tipo de complicaciones maternas y los resultados perinatales en pacientes que cursaron con embarazo complicado con inserción anómala de la placenta. Asimismo, determinar la edad gestacional y las indicaciones de interrupción del embarazo antes vs después de la semana 36 de gestación.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes clínicos del archivo del Hospital de Ginecobstetricia 3 Centro Médico Nacional La Raza con diagnóstico de inserción anómala de la placenta después de las 34 semanas de gestación de enero 2012 a enero 2015. Se descartaron los expedientes incompletos o pacientes con resolución del embarazo fuera de la institución. Se tomaron como variables las características de las pacientes (Edad Materna, Gestas, Partos, Cesáreas, Abortos y Edad Gestacional al momento de la interrupción), la presencia y el tipo complicaciones obstétricas, indicaciones de cesárea y resultados perinatales. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central.

Resultados: Se incluyeron a 200 embarazadas con inserción anómala de la placenta. El diagnóstico se realizó por medio de ultrasonido endovaginal donde 52.5% (n= 105) correspondió a placenta central total, 19.5% (n= 39) placenta con inserción baja, 18.5% (n= 37) placenta marginal y 9.5% (n= 19) placenta con inserción parcial.

La media de la edad gestacional al momento de la interrupción por fecha de última regla (FUM) fue de 36.4 semanas. De las cirugías realizadas, el 76% (n = 152) se

encuentra por arriba de la semana 36 y el 24% (n= 48) por debajo de la semana 36. Los días de estancia intrahospitalaria de la madre tuvieron una media de 16 días.

Todas las pacientes fueron sometidas a Cesárea, el 77% (n= 154) de las pacientes fue cirugía programada y el 23% (n= 46) fue cirugía de urgencia. La frecuencia de cirugía programada fue mayor en pacientes con más de 36 semanas. El trabajo de parto y sangrado vaginal persistente con el 42.22 % (n=19) y el 28.39% (n= 13) respectivamente fueron las principales causas de cirugía de urgencia. En 30% (n= 60) pacientes se encontraron datos Sonográficos de acretismo placentario confirmándose el diagnóstico en 29% (n= 58). Los grados de invasión placentaria más comunes fueron la placenta ácreta e Increta con 12 % (n= 21) ambos, le sigue la placenta percreta con 9% (n= 16). La cirugía que más se realizó tanto en pacientes con menos de 36 semanas y más de 36 semanas fue la cesárea con 19 y 80 pacientes respectivamente, seguida de cesárea + histerectomía + ligadura bilateral de arterias hipogástricas . La Media del sangrado total para la cirugía programada fue de 1601 cc, en la cirugía de urgencia fue de 1186 cc, con un mínimo de 300 y un máximo de 7890 cc. Ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto (UCIA) 31 pacientes (15.5%) de las cuales 9 (4.5%) tenían menos de 36 semanas de gestación y 22 (11%) más de 36 semanas. No se registraron muertes maternas. La complicación que más se presentó en los neonatos fue la respiratoria, englobadas en el Síndrome de Distress Respiratorio con 18.5% (n= 37) y Taquipnea transitoria del Recién Nacido en 5% (n= 10). Estas complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de Más de 36 Semanas y las complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia en menores de 36 semanas fue la Hemorragia Interventricular 2.5% (n= 5) y la Enterocolitis Necrotizante 1.5% (n= 3).

Tuvo mayor frecuencia de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) los productos de más de 36 semanas 15% (n= 19) en comparación con los de menos de 36 semanas 10% (n= 6).

El promedio de días de estancia hospitalaria en el recién nacido fue de 6 días; en el grupo de menos de 36 semanas fue mayor (11 días) en comparación con el grupo de más de 36 semanas (4 días).

Se presentó una muerte neonatal la cual fue secundaria a hipertensión pulmonar primaria; este embarazo se resolvió a la semana 35 a través de una cirugía de urgencia por placenta central total y trabajo de parto pretérmino.

Conclusiones: Es posible el manejo expectante de la placenta previa en un hospital de tercer nivel de atención para llevar el embarazo con placenta previa hasta después de las 36 semanas de gestación con una vigilancia estrecha.

Las complicaciones más frecuentes de llevar a término un embarazo con placenta previa se asocian a parto pretérmino y sangrado transvaginal lo cual se deriva en una cirugía de urgencia.

Es muy recomendable la aplicación de esquema de madurez pulmonar en los embarazos con alto riesgo de parto pretérmino y con placenta previa pues en nuestro estudio de los 200 recién nacidos, 62 neonatos tuvieron alguna complicación, 59 de ellos recibieron esquema de Inductores de Madurez Pulmonar y en todos remitió el síndrome de diestress respiratorio y la taquipnea transitoria.

Es indispensable el adecuado inicio del control prenatal, el envío oportuno de estas pacientes a un tercer nivel de atención y el seguimiento estrecho.

1. MARCO TEORICO

El parto pretérmino se define como el trabajo de parto que ocurre después de las semanas 20.1 de gestación pero antes de las 36.6 semanas de gestación (SDG)^{1,2}. Son diversos los factores responsables que llevan a el aumento en su frecuencia, donde destacan como causas principales la infección, antecedente de parto pretérmino, cualquier procedimiento intraabdominal durante la gestación, antecedente de cono cervical o incisión previa en el útero por mencionar los algunos¹. De la restante asociación con nacimientos pretérmino, el 30% resultan de la ruptura prematura de membranas (RPM), del 20 al 25% son el resultado de infecciones intraamnióticas y el otro 25 a 30% son las formas espontáneas o sin causa aparente³. El parto pretérmino representa no solo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo, manifestada sobre todo por sus secuelas neurológicas que repercuten en la vida futura del neonato, de la madre, de las familias y de la sociedad⁴. Aproximadamente, 20% de los nacimientos pretérmino son indicados por razones maternas o fetales (restricción del crecimiento intrauterino, preeclampsia, placenta previa, registros cardiotocográficos anormales, etc.). Está demostrado que conforme la edad gestacional progresa, hay una disminución en la morbilidad neonatal a corto plazo. Entre las 24 y 28 SDG cada día ganado aumenta la sobrevida y reduce la morbilidad neonatal en 1 a 5%; ganar de 2 a 3 días es por lo tanto muy significativo. La ganancia diaria de sobrevida y la morbilidad también se reducen de forma altamente significativa entre las 29 y 32 SDG; una ganancia de 5 a 7 días tiene beneficios importantes en la reducción de resultados perinatales adversos.

Cuando una paciente presenta datos clínicos compatibles con amenaza de parto pretérmino se debe hospitalizar a la paciente y se puede intentar útero inhibición de la contractilidad uterina si cumple con los criterios propios para realizarse.

Existen casos en los cuales no se debe intentar suprimir el parto pretérmino, dentro de estos se encuentran aquellos que comprometan la vida del binomio como la hemorragia materna con sus diversas etiologías principalmente la relacionada con la inserción anómala de la placenta¹.

La inserción anómala de la placenta o placenta previa (PP) se implanta y desarrolla en el segmento inferior del útero, y antecede a la presentación a partir de la semana 20, ocluyendo en ocasiones el orificio cervical interno (OCI)⁵. Se ha escrito que la PP complica a 4 de cada 1.000 embarazos después de las 20 SDG^{1,6} y que su frecuencia es mayor en el embarazo temprano, antes del desarrollo del segmento uterino inferior. Sin embargo la frecuencia varía en diferentes países y centros hospitalarios, así, por ejemplo en el hospital Parkland, la incidencia de placenta previa es de 1 en 390 para más de 280,000 partos entre 1998 y 2006⁷. En México, la inserción placentaria anormal constituye un grupo de entidades clínicas que en los últimos años han tomado gran relevancia puesto que son una de las principales causas de hemorragia obstétrica superando por mucho a los trastornos hipertensivos del embarazo como causa principal de mortalidad ya para el 2010 en nuestro país⁸.

La placenta previa se clasifica en 4 tipos de acuerdo a hallazgos ultrasonográficos, siendo la vía vaginal el estándar de oro para su realización (basado en la localización relativa de la placenta en el orificio cervical) y se clasifica en: completa o total, cuando la placenta cubre enteramente el orificio cervical; parcial cuando la placenta cubre parte pero no todo el orificio cervical interno; marginal, cuando el borde de la placenta está en contacto con el orificio cervical interno, pero sin cubrirlo; y de inserción baja, cuando la placenta está localizada cerca (a 2 cm.), pero no está en contacto con el orificio cervical interno⁵. Al introducir la sonda de ultrasonido por vía vaginal se mide la distancia que existe entre el OCI y el margen placentario determinando de esta manera su clasificación de acuerdo a la medida⁹.

La PP tiene causas uterinas y placentarias. Las causas uterinas son todas aquellas que alteran al endometrio o bien al miometrio, perturbando la placentación normal en su nidación. Por citar algunos ejemplos de la misma se encuentran: Antecedentes de cesárea 1-4% y hasta 10% con 4 cesáreas previas, antecedente legrado uterino, edad mayor de 35 años, intervalo intergenésico corto, miomas uterinos y miomectomía que tienen 4 veces mayor riesgo, antecedente de endometritis, antecedente de placenta previa (12 veces mayor probabilidad de presentar nuevo episodio) y multiparidad 5% ^{1,10}. Dentro de las causas placentarias son aquellas que favorezcan el aumento del tamaño de la superficie de implantación. Una reducción en el oxígeno útero placentario promueve un aumento en la superficie placentaria asociado con el desarrollo del segmento uterino inferior. Embarazo gemelar, isoimmunización materno fetal, feto de sexo masculino, tabaquismo y consumo de cocaína¹⁰.

Antes de la llegada de la ecografía de rutina en el segundo trimestre, las pacientes con placenta previa se detectaban al momento de presentarse el sangrado. En la actualidad, la mayoría se diagnostica por medio de ultrasonido en el segundo trimestre, aunque casi todos estos casos se resuelven espontáneamente al final de la gestación. De 5 a 15% de las pacientes que tienen placenta previa a las 17 semanas, 90% de ellas no persiste para las 37. Esto ocurre porque, al desarrollarse el segmento uterino inferior, se crea mayor distancia entre la placenta y el cuello uterino. La placenta previa completa y marginal o la placenta previa parcial que se diagnostica en el segundo trimestre persisten en 26 y 2.5% de las pacientes respectivamente¹. Todas las pacientes que se diagnostican antes de las 24 SDG deben someterse a ecografía entre las semanas 28 y 32 de gestación para reevaluar la posición definitiva de la placenta. El estándar de oro para el diagnóstico de placenta previa continua siendo ultrasonográfico por su accesibilidad, inocuidad y bajo costo, de preferencia la vía vaginal. El ultrasonido transvaginal, realizado en el segundo y tercer trimestres, en mujeres con una sospecha de placenta previa, tiene una sensibilidad de 87.5% especificidad de 98.8%, valor predictivo positivo de 93.3% y valor predictivo

negativo de 97.6%¹¹. El ultrasonido abdominal tiene un porcentaje de falsos positivos por arriba del 25%⁸. El diagnóstico ultrasonográfico de la placenta y sus alteraciones tiene que ser forzosamente realizado por personal entrenado en ultrasonografía, pues continúa siendo operador dependiente y los falsos negativos aumentan con diagnósticos realizados por médicos o especialistas que no cuentan con adiestramiento, certificación y actualización en ultrasonido médico diagnóstico.

Es típico que la placenta previa se presente con hemorragia vaginal indolora, en general durante el tercer trimestre¹. La falta de dolor con sangrado es lo que distingue a la placenta previa del desprendimiento placentario. El sangrado ocurre junto con el desarrollo del segmento uterino inferior. A medida que el miometrio se adelgaza, se altera la superficie de contacto entre la placenta y la decidua, lo que provoca hemorragia. La delgadez del segmento uterino inferior impide que se contraiga para reducir el sangrado que proviene de la superficie uterina del sitio de implantación; no obstante en ocasiones el sangrado mismo puede irritar el miometrio y precipitar las contracciones. El médico debe tener un alto índice de sospecha de placenta previa en todas las pacientes que acuden a consulta con un sangrado después de las 24 semanas.

Un tercio de las pacientes con este trastorno acuden con sangrado antes de las 30 SDG, un tercio se presenta entre las 30 a 36 SDG y un tercio después se presenta después de las 36 SDG; 10% de todas las mujeres con placenta previa llegan a término sin ningún episodio de sangrado¹. El riesgo de morbilidad y mortalidad perinatales disminuye de manera lineal a medida que aumenta la edad gestacional, mejorando sustantivamente los resultados perinatales en productos después de las 34 SDG.

La opinión internacional coincide en recomendar que todas las mujeres con PP con riesgo de hemorragia ante parto, debieran ser motivadas a permanecer en un lugar cercano a la unidad hospitalaria en el cual se otorgara la atención del nacimiento¹². El manejo extra hospitalario de mujeres con placenta previa, puede ser apropiado para mujeres estables, que cuentan con apoyo en casa, tienen

forma de transportarse rápidamente al hospital y cuentan con comunicación telefónica⁹. Se realizó un estudio retrospectivo donde se estudió a 100 pacientes durante un período de 5 años (julio 2008-julio 2013) con la placenta previa diagnosticada a las 34 sdg por medio de ultrasonografía, donde concluyeron que no habían diferencias significativas en los resultados perinatales respecto al manejo intrahospitalario versus ambulatorio¹².

La guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en México recomienda en pacientes con placenta previa y/o acretismo placentario con sangrado activo y/o persistente interrumpir el embarazo a la brevedad posible utilizando todos los recursos existentes a cualquier edad gestacional. En pacientes con placenta previa con acretismo placentario entre 24 y 34 SDG se recomienda inductores de madurez pulmonar y posterior a la semana 32 de gestación realizar pruebas de bien estar fetal como perfil biofísico fetal y prueba sin estrés, al contar con edad gestacional entre las 34 y 35 semanas hospitalizar a la paciente para programar interrupción del embarazo vía abdominal a la semana 36 de gestación realizando histerotomía corporal anterior o fúndica, nunca a nivel de la placenta, no tratar de desprender la placenta e inmediatamente después de extraer al recién nacido realizar histerectomía total abdominal.

Se debe tener especial cuidado al diagnosticar la placenta acreta por medio de ultrasonido Doppler pues muchas de las veces el servicio de patología no coincide con los hallazgos ultrasonográficos y descarta el acretismo realizando por lo tanto histerectomías obstétricas inadecuadas, el grado de invasión a miometrio por la placenta se clasifica principalmente en 1) ácreta: que es un fallo en la decidua. Las vellosidades se insertan directamente en el miometrio. 2) Placenta increta: Las vellosidades penetran en el interior del miometrio sin invadir serosa visceral y 3) Placenta percreta: Las vellosidades alcanzan la serosa peritoneal e incluso penetran en la cavidad abdominal e invaden órganos vecinos. Su incidencia ha ido en aumento como consecuencia del incremento en la tasa de cesáreas, en EEUU oscila entre 1/533 partos en 1980 a 1/2500 partos¹³. El riesgo de placenta ácreta

en mujeres con placenta previa según su historia obstétrica es: -1-5% sin cirugía uterina previa -Una cesárea previa 11-25%. -Dos cesáreas previas 35-47%. -Tres cesáreas previas 40%. -Cuatro o más cesáreas 50-67%¹³. Respecto a esto se realizó un estudio retrospectivo en el hospital de ginecobstetricia la raza del 2010 al 2011 donde se llevaron a cabo 125 histerectomías obstétricas en pacientes diagnosticadas con acretismo placentario por ultrasonografía previa, donde confirmaron el diagnóstico por patología en 40 pacientes (32%) y el resto presentaba una adhesión placentaria normal 85 pacientes (68%)¹⁴. En particular en el Centro Médico Nacional La Raza (CMNLR) se solicita valoración por el servicio de urología para valoración por medio de cistoscopia para descartar percretismo a vejiga y valoración de colocación de catéter doble j previa a procedimiento quirúrgico cuando se interviene el embarazo de manera programada. En estas mismas pacientes se realiza interrupción del embarazo vía abdominal de forma programada a las 36 SDG en turno matutino, informando a otras especialidades especialmente a angiología y urología para manejo conjunto y posible intervención quirúrgica de los mismos durante el transoperatorio. El abordaje quirúrgico tanto de la placenta previa con datos de acretismo o sin el en el CMNLR siempre se realiza incisión media infra umbilical, histerotomía de acuerdo a topografía especificada en ultrasonido o de acuerdo a hallazgos transoperatorios, después al alumbramiento se realiza histerectomía total o subtotal, se valora ligadura de arterias hipogástricas previa a histerectomía o posterior a esta, se valora la indicación de empaquetamiento abdominal tipo Mickulicz, de realizarse se valora su retiro en las próximas 48 hrs y en caso de presentar hemorragia obstétrica se realiza hemotransfusión de los paquetes globulares que sean necesarios, al finalizar el evento obstétrico de acuerdo a las complicaciones quirúrgicas que se presenten, se valora el ingreso a terapia intensiva o a recuperación postquirúrgica para su vigilancia. La placenta previa como causa de hemorragia obstétrica es una de las complicaciones más comunes y problemas clínicos más controvertidos a los que se enfrenta el obstetra por las diversas opiniones internacionales de acuerdo a la manera de

abordaje diagnóstico o terapéutico. El manejo inicial de una paciente con sangrado por placenta previa es muy similar al que se utiliza para una paciente con desprendimiento placentario, es imperativo valorar de inmediato el estado hemodinámico de la madre y estabilizarla si es necesario.

Existen publicaciones que no indican que el embarazo se tenga que interrumpir forzosamente a las 36 semanas en el caso de acretismo placentario, inclusive en el caso de placenta de inserción baja o marginal algunos recomiendan el parto vaginal si la hemorragia uterina no es excesiva porque al descender la cabeza del feto detiene el sangrado, según la última edición 14 del libro de ginecología de William⁷. SEGÚN la editorial LANGE en su libro diagnóstico y tratamiento en ginecología editado el 2013 una paciente con diagnóstico de placenta previa si presenta sangrado vaginal escaso entre las 24 y 36 semanas, si se puede garantizar la estabilidad y bien estar tanto de la madre como del feto, se indica un manejo expectante. Cerca del 75% de las pacientes con placenta previa sintomática son candidatas para el manejo conservador y 50% pueden prolongar su embarazo cuando menos 4 semanas, 30% de las pacientes a las que se trata de este modo progresan hasta el término sin presentar de nuevo hemorragia vaginal, 70% tiene cuando menos un episodio hemorrágico adicional y 10% un tercer episodio. La mayoría de expertos coinciden en que en el caso de la paciente con placenta previa y en todos aquellos casos con placenta previa completa, sin complicaciones adicionales, el parto se recomienda a las 36-37 sdg¹⁵.

La placenta previa en el Centro Médico Nacional “La Raza” es una de las principales causas de interrupción del embarazo por vía abdominal en productos pretérmino, la cual puede ser de manera urgente o electiva, claro esta que de manera urgente se interviene el embarazo a cualquier edad gestacional y de manera programada, con previa implementación de maduradores pulmonares se programa intervención a las 36 semanas. De tal manera, basándonos en la evidencia de resultados adversos perinatales en productos pretérmino buscamos con esta investigación conocer y comparar el resultado perinatal de pacientes intervenidas por cesárea con productos a término versus las programadas

pretérmino, sea cual sea su tipo de inserción placentaria, claro está que será de manera programada mientras la paciente no presente urgencia para interrupción del mismo.

2. JUSTIFICACIÓN

En el HGO 3 CMN UMAE la raza una de las indicaciones de interrupción de la gestación entre las semanas 34 y 35 es la placenta previa con datos de acretismo placentario, esto apegándonos a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en México son las pacientes que presentan el diagnóstico de placenta previa con o sin datos de acretismo placentario, inclusive a las que no cuentan con datos ultrasonográficos de acretismo se intentan llevar hasta las 36 semanas siempre y cuando no exista alguna contraindicación cómo será el sangrado persistente o hemorragia profusa, esto con la finalidad de disminuir la morbi mortalidad materna secundaria a hemorragia obstétrica, sin embargo, sabemos que la prematurez es una de las principales causas de morbimortalidad neonatal, lo que en ocasiones nos dificulta tomar las mejores decisiones en beneficio del binomio, por lo que consideramos que es necesario conocer el resultado perinatal en todas las pacientes vistas en esta UMAE en las que se ha llevado el embarazo más allá de las 36 semanas aun contando con datos ultrasonográficos de acretismo placentario. La importancia de este documento, estriba en la atención de un problema muy frecuente en nuestro medio que ocasiona altos costos y saturación de las Unidades de Terapia Intensiva Neonatales, con un alto índice de morbilidad y mortalidad neonatal. Con este estudio deseamos identificar qué factores determinan que los embarazos de pacientes con placenta previa puedan llegar o no a término, de tal suerte que incluso pudiera replantearse la conducta en relación al momento de interrupción del embarazo y con ello disminuir los nacimientos pretérmino.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro hospital de ginecología y obstetricia Centro Médico Nacional “La Raza” por ser un lugar de concentración y referencia tiene la oportunidad de albergar en su seno gran cantidad de pacientes con diagnóstico de anomalías de inserción placentaria. Consideramos que la evaluación del binomio en pacientes con placenta previa realizado antes de la interrupción del embarazo es primordial para poder individualizar el manejo y tomar la decisión más pertinente, decisión que muchas veces se opone a los lineamientos establecidos por nuestra guía de práctica clínica de diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica donde se nos indica que tenemos que interrumpir embarazos pretérmino, sin tomar en consideración la alta morbi mortalidad de los neonatos.

En el hospital de Ginecología y Obstetricia de “La Raza” se realizó una tesis retrospectiva que va desde el 2011 al 2012 en donde se interrumpieron embarazos con diagnóstico de inserción anómala de placenta de manera urgente y programada después de la semana 34 de gestación teniendo resultados perinatales idénticos, de ahí que surge la inquietud de evaluar si se puede llevar a término cualquier tipo de inserción placentaria, mientras la evolución del binomio sea adecuada, la paciente no presente sangrado que indique la interrupción del embarazo y se pueda realizar una vigilancia obstétrica estrecha intra o extra hospitalaria de la paciente.

Por su parte, el parto pre término contribuye hasta en el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo, manifestada sobre todo por secuelas neurológicas que repercuten en la vida futura del neonato, de la madre, de las familias y de la sociedad.

Por lo que, el presente estudio también plantea determinar la diferencia entre los resultados perinatales de las pacientes con diagnóstico de placenta previa con o sin datos de acretismo placentario interrumpidas de forma programada según la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en

la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en México y aquellas llevadas por encima de la semana 36 de gestación aun contando con los diagnósticos mencionados anteriormente.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1. La morbilidad materna y fetal de pacientes que presentan inserción anómala de la placenta es igual en embarazos resueltos antes versus después de la semana 36 de gestación?

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

- Conocer y comparar los resultados perinatales de pacientes que cursaron embarazo complicado con inserción anómala de la placenta y fueron resueltos antes vs después de la semana 36 de gestación.

5.2 ESPECÍFICOS

- Identificar el número de embarazos llevados a término con placenta previa con o sin datos de acretismo placentario que se obtuvieron en esta unidad desde enero 2012 a enero 2015.
- Determinar la media de edad gestacional en que se resuelven los embarazos mayores de 36 semanas.
- Determinar la frecuencia de cesáreas programadas y urgentes en pacientes con inserción anómala de la placenta resueltos antes versus después de la semana 36 de gestación.

- Identificar tipo de morbilidad que se presenta con mayor frecuencia pacientes con inserción anómala de la placenta resueltos antes versus después de la semana 36 de gestación.

6. HIPÓTESIS

Hipótesis alterna

- La morbilidad materna y fetal es mayor en pacientes con inserción anómala de la placenta con interrupción del embarazo antes de la semana 36 de gestación.

Hipótesis Nula

- La morbilidad materna y fetal de pacientes inserción anómala de la placenta es igual en embarazos resueltos antes versus después de la semana 36 de gestación.

7. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio

Comparativo, retrospectivo, prolectivo y analítico.

7.2 Grupo de estudio

7.2.1 Universo: Pacientes de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social el cual pertenece al tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.

7.2.2 Muestra: Está integrada por la totalidad de pacientes atendidas que cumplan con los criterios de selección. Tipo de muestreo no probabilístico, serie de casos consecutivos.

7.2.3 *Grupo 1*: pacientes en puerperio postquirúrgico interrumpidas antes de las 36 semanas según la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato en México.

7.2.4 *Grupo 2*: pacientes en puerperio postquirúrgico con diagnóstico de placenta previa con o sin datos de acretismo placentario que fueron interrumpidas.

7.2.5 *Criterios de inclusión*:

1. Expedientes de mujeres de cualquier edad con diagnóstico de embarazo de alto riesgo debido a placenta previa con o sin morbilidad asociada.
2. Toda paciente postoperada de Cesárea con diagnóstico de placenta previa con o sin datos de acretismo.
3. Embarazos resueltos en esta unidad.
4. Diagnóstico de placenta previa confirmado por ultrasonido, clínica y estudio histopatológico
5. Pacientes con amenorrea confiable o ultrasonido del primer trimestre traspolado.

7.2.6 *Criterios de no inclusión*:

1. Cuando los datos en los expedientes clínicos revisados no sean concretos o se encuentren incompletos.

7.2.7 *Criterios de eliminación*: no existen criterios de eliminación para este protocolo

Tamaño de la muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia, integrado por la totalidad de pacientes que cumplan los criterios de selección durante el periodo de tiempo del estudio.

7.3 Determinación de variables

Variable: **Inserción anómala placentaria**

Definición conceptual: Es aquella implantación placentaria después de las 28 semanas de gestación que se encuentra a menos de 2 cm del orificio cervical interno y se divide en:

- Placenta previa marginal: Se caracteriza por una ubicación próxima al margen del orificio cervical interno, no cubriendo el orificio (a una distancia menor de 2 cm del orificio cervical interno).
- Placenta previa parcial: La placenta ocluye en parte el orificio cervical interno, pero no lo cubre por completo
- Placenta central total: La placenta cubre por completo el orificio cervical interno
- Placenta de inserción baja: La placenta se inserta a 2-6 cm del orificio cervical interno
-

De acuerdo al grado de invasión al miometrio se subdivide en

- **Ácreta:** La placenta invade zona endometrial y miometrial de manera mínima. No existe decidua basal y la capa de fibrinoide se desarrolla de manera incompleta
- **Increta:** Las vellosidades penetran en el interior del miometrio sin alcanzar la serosa visceral.
- **Percreta:** La placenta invade miometrio y puede invadir las vísceras cercanas.

Definición operacional: Se considerara el diagnóstico realizado por ultrasonido endovaginal. Durante la atención del nacimiento del producto por visualización directa del cirujano y/0 por estudio histopatológico en los casos que terminaron en histerectomía obstétrica.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: Inserción baja de placenta, Placenta previa marginal, Previa parcial, central total. Con o sin acretismo.

Variable: Complicación obstétrica

Definición conceptual: Disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, asociados directamente con la gestación

Definición operacional: Patología asociada al embarazo que es meritoria de intervención o interrupción de la gestación

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: Ninguna, Restricción del crecimiento intrauterino

Pre eclampsia, Ruptura prematura de membranas pre término, Trabajo de parto pre término, Amenaza de parto pre término, Muerte intrauterina, Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, Síndrome de HELLP, Hemorragia obstétrica, Complicación en el puerperio, Otros.

Variable: Indicación de nacimiento

Definición conceptual: Condición médica u obstétrica que amerita la finalización del embarazo

Definición operacional: Condición médica u obstétrica que amerita la finalización del embarazo

Tipo de variable: Nominal

Escala de medición: Pre eclampsia severa, Ruptura de membranas, Trabajo de parto pre término, Pérdida del bienestar fetal, Síndrome de HELLP, Muerte intrauterina, Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, Trabajo de parto a término, Distocia, Otras

Variable: Intervención quirúrgica

Definición conceptual: Parte de la medicina que tiene por objeto curar las enfermedades por medio de una operación.

Cirugía de urgencia- la que trata los accidentes o enfermedades quirúrgicas de gravedad vital que deben operarse inmediatamente o en un breve plazo.

Cirugía programada- operación que es necesaria practicar para continuar la calidad de vida. La cirugía programada no necesita practicarse inmediatamente como la cirugía de urgencia.

Definición operacional: Programada: realizada en turno matutino de acuerdo al protocolo de diagnóstico, vigilancia y tratamiento de la placenta previa y/o acreta de la UMAE HGO 3.

Urgencia: realizada en otros turnos, indicada por alteraciones detectadas en las que el bienestar materno y/o fetal esté comprometido.

Tipo de variable: Cualitativa independiente

Escala de medición: Nominal; Programada / urgencia

Variable: Cirugía primaria y procedimientos quirúrgicos realizados

Definición conceptual: Procedimiento quirúrgico realizado de primera instancia con fines diagnósticos y terapéuticos.

Definición operacional: Primer procedimiento quirúrgico realizado encaminado a la resolución del embarazo a controlar el evento hemorrágico y las complicaciones derivadas de la misma cirugía.

Tipo de variable: Cualitativa Dependiente

Escala de medición: Nominal; Cesárea, Cesárea - Histerectomía, Cesárea - histerectomía + empaquetamiento, Cesárea- histerectomía+ ligadura de arterias hipogástricas, Cesárea- histerectomía+ empaquetamiento + ligadura de arterias hipogástricas

Variable: Re intervención quirúrgica y procedimientos quirúrgicos realizados

Definición conceptual: Procedimiento quirúrgico realizado posterior a la primera cirugía con finalidad diagnóstica, terapéutica o completar procedimientos inconclusos.

Definición operacional: Procedimientos quirúrgicos realizados derivados de la primera cirugía que pudo haber sido no satisfactoria, , que se detectó un problema que no pudo ser resuelto por las condiciones hemodinámicas o ventilatorias del paciente, o por complicaciones postquirúrgicas derivadas de factores intrínsecos como infecciones, hemorragias, malnutrición, e incluso deficiencias en la propia técnica quirúrgica.

Tipo de variable: Cualitativa / Dependiente

Escala de medición: Nominal / Sin re intervención, Ligadura de arterias hipogástricas, Ligadura de arterias hipogástricas + empaquetamiento, Des empaquetamiento, Des empaquetamiento + re empaquetamiento.

Variable: Admisión a unidad de cuidados intensivos

Definición conceptual: Requerimiento de ingreso a unidad de cuidados intensivos

Definición operacional: Requerimiento de ingreso a cuidados intensivos por descompensación hemodinámica y por necesidad de apoyo mecánico ventilatorio.

Tipo de variable: Cualitativa / Dependiente

Escala de medición: Nominal/ Dicotómica; Si - No

Variable: Lesión a órganos adyacentes

Definición conceptual: Daño estructural de vías urinarias, intestinales y vasculares derivado de un procedimiento quirúrgico que puede ser de los siguientes tipos:

- Incidental: Cuando el cirujano lo considera necesario para completar la cirugía con su reparación posterior.
- Accidental: Cuando la lesión resulta de una maniobra operatoria no se tenía contemplada

Definición operacional: Lesión ureteral, vesical, intestinal o vascular incidental o accidental, advertida o no advertida en el momento de la cirugía.

Tipo de variable: Cualitativa / Dependiente

Escala de medición: Nominal, Ninguna, Lesión vesical y/o uretral, Lesión intestinal, Lesión vascular.

Variable: Días de estancia intrahospitalaria total

Definición conceptual: Tiempo transcurrido de un paciente a un hospital a una cama sensible hasta su egreso

Definición operacional: Tiempo transcurrido en días desde el ingreso de la paciente al servicio de urgencias/admisión hospitalaria hasta su egreso en cualquiera de sus modalidades.

Tipo de variable: Cuantitativa / Dependiente

Escala de medición: Discreta / Numero de días

Variable: Perdida estimada de sangre

Definición conceptual: Es el cálculo estimado de sangrado durante un evento quirúrgico.

Se calcula por medio del método gravimétrico:

- Gasa chica 10x10 cm completamente empapada menos de 50 cc
- Compresa grande de 30x30 cm completamente empapada 140 cc
- Sabanas embebidas en sangre 1000 gr contienen 1000 cc de sangre.
- Sangre derramada en suelo supera los 1500 cc

Definición operacional: Suma total de sangrado estimado en mililitros y reportado por anesesiólogo durante los eventos quirúrgicos.

Tipo de variable: Cuantitativa / Dependiente

Escala de medición: Discreta / Sangrado total en ml.

Variable: **Edad gestacional por Capurro**

Definición conceptual: La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas (por ejemplo los hechos que hayan ocurrido entre los 280 y 286 días completos después del comienzo del último período menstrual normal se consideran como que han ocurrido a las 40 semanas de gestación). 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:

1. Forma de la oreja (Pabellón)
2. Tamaño de la glándula mamaria
3. Formación del pezón
4. Textura de la piel
5. Pliegues plantares

Definición operacional: Citadas en el Anexo 1.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: La valoración puede determinar cinco intervalos básicos para la edad gestacional:

- Postmaduro: 42 semanas o más. (294 días o más).
- A término: entre 37 y 41 semanas. (259 a 293 días).
- Prematuro leve: entre 35 y 36 semanas. (menos de 259 días).
- Prematuro moderado: entre 32 y 34 semanas.
- Prematuro extremo: menos de 32 semanas.

Variable: **Apgar**

Definición conceptual: Examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto, en donde el pediatra, realiza una prueba en la que se valoran 5 parámetros para obtener una primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto.

El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisiológicos simples, que son:

- Tono muscular.
- Esfuerzo respiratorio.
- Frecuencia cardíaca.
- Reflejos.
- Color de la piel.

Definición operacional: Citadas en el Anexo 2

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Escala de medición: Si el bebé está en buenas condiciones obtendrá una puntuación de 7 a 10 puntos. Si obtiene de 4 a 6 puntos su condición fisiológica no está respondiendo adecuadamente y el neonato requiere una valoración clínica y recuperación inmediata. Si es igual o menor a 3, necesita atención de emergencia como medicamentos intravenosos, y respiración asistida. Si la puntuación es 0, es muy probable que bajo un perfecto estudio clínico se le dicte el estado resolutivo de muerte.

Variable: **Peso**

Definición conceptual: Al examen clínico que se realiza para determinar el peso fetal en gramos.

Definición operacional: Se pondrá al recién nacido sobre una balanza para hacer una medición estimada del peso fetal en gramos.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Escala de medición: *Peso bajo al nacer*, Menos de 2500 g (hasta 2499 g inclusive). *Peso muy bajo al nacer*. Menos de 1500 g (hasta 1499 g inclusive).

Peso extremadamente bajo al nacer Menos de 1000 g (hasta 999 g inclusive).

Variable: **Talla**

Definición conceptual: Examen clínico donde al nacer el recién nacido se medirá con cinta métrica en centímetros.

Definición operacional: Se medirá con cinta métrica desde la superficie craneal más superior hasta la planta de los pies.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: Con cinta métrica que va desde cero centímetros hasta 60 centímetros

Variable: **Complicaciones del recién nacido prematuro**

Definición conceptual: Aquellas repercusiones directas sobre el recién nacido.

Definición operacional: Sera evaluado por pediatra.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Escala de medición: Anemia, Sangrado en el cerebro o daño a la sustancia blanca de éste Infección o sepsis neonatal, Bajo nivel de azúcar en la sangre, Síndrome de dificultad respiratoria neonatal, aire extra en el tejido pulmonar (enfisema intersticial pulmonar) o sangrado en los pulmones (hemorragia pulmonar), Ictericia del recién nacido, Inflamación intestinal grave (enterocolitis necrosante)

Tipo de variables

a) *Dependientes*: Factores de riesgo asociados a placenta previa

b) *Independientes*: *Diagnostico definitivo de placenta previa y hemorragia obstétrica*

c) *Intervinientes*: Edad, paridad, tiempo de estancia intrahospitalaria, resultado perinatal al momento de la intervención

d) *De confusión*: Falsos-positivos en el diagnóstico de placenta previa en pacientes con embarazo menor a 28 sdg, diagnostico sonográfico de acretismo placentario no demostrado en el momento de la intervención quirúrgica o por patología.

7.4 Instrumentos de medición y recolección de información

Se evaluó el resultado perinatal en pacientes en nuestra unidad de manera retrospectiva buscando los resultados en los expedientes, vaciando la información

en una hoja de datos. Por último, la recolección de la información se vaciara en una base de datos tipo Excel (Office 2010).

7.5 Plan de análisis

Se aplicó estadística descriptiva: medidas de tendencia central (media y mediana), medidas de dispersión (rango, desviación estándar) y t de Student para variables numéricas Y χ^2 para variables nominales, se considerara significativo el valor $P \leq 0.05$.

7.6 Aspectos éticos

Se solicitó aprobación por el comité de Ética, Investigación y Bioseguridad del Instituto Mexicano del Seguro Social, con sede en UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 3 Centro Médico Nacional “La Raza”. El estudio se apegará a la normatividad establecida por el gobierno Mexicano en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación. Cumpliendo así el proyecto con las guías de investigación médica en seres humanos aprobadas en la declaración de Helsinki, revisada en el año 2008. No se requiere consentimiento informado dado que toda la información será obtenida del expediente clínico.

7.7. Descripción general del estudio

- Se identificaron en los registros de pacientes hospitalizadas en las áreas de obstetricia del hospital, a todas las pacientes puérperas con diagnóstico de placenta previa.
- Se adquirió la información requerida para esta investigación tanto del expediente clínico como del electrónico de cada paciente incluida en este estudio, desde enero 2012 a enero 2015.
- Toda paciente que haya cumplido con los criterios de inclusión fueron divididas en 2 grupos, aquellas en que su embarazo se interrumpió antes de la semana 36 de gestación y aquellas en las que su embarazo se interrumpió después de la semana 36 de gestación.

- Grupo de pacientes con menos de 36 semanas: Semanas de gestación confirmadas por ultrasonido traspolado del primer trimestre o amenorrea confiable. Fueron estudiadas todas las pacientes con embarazo y diagnóstico de placenta previa con o sin datos de acretismo placentario que fueron interrumpidas de manera programada o por urgencia entre las 34 a las 35.6 semanas de gestación en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia Nª 3 Centro Médico Nacional “La Raza”.
- Grupo de pacientes con más de 36 semanas: Semanas de gestación confirmadas por ultrasonido traspolado del primer trimestre o amenorrea confiable. Fueron estudiadas todas las pacientes con embarazo y diagnóstico de placenta previa con o sin datos de acretismo placentario que fueron interrumpidas de manera programada o por urgencia después de las 36 semanas de gestación en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia Nª 3 Centro Médico Nacional “La Raza”.
- Fueron capturadas las siguientes variables de la madre y del recién nacido para ambos grupos de pacientes: Las variables de la madre fueron inserción anómala placentaria, complicación obstétrica, tipo de cirugía de acuerdo a urgencia, cirugía programada y procedimientos quirúrgicos realizados, número de intervenciones quirúrgicas, re intervención quirúrgica y procedimientos quirúrgicos realizados, admisión a cuidados intensivos, lesión a órganos adyacentes, días de estancia hospitalaria total, perdida estimada de sangre. Las variables del recién nacido fueron peso, talla, semanas por Capurro y complicaciones del recién nacido.
- Todo lo anterior mencionado fue vaciado en una base de datos en una hoja preformada de Excel y posteriormente será analizada por el programa SPSS versión 20.
- El análisis se realizó al término de la recolección de datos.

8. RESULTADOS

Se obtuvieron en total 200 pacientes con diagnóstico de inserción anómala de la placenta diagnosticada por ultrasonido, el promedio de edad materna al momento de la intervención fue de 32 años. La paciente de menos edad tenía 17 años y la de más edad 44 años. Se encontró que el mayor número de pacientes se encuentra en el rango de edad de 30 a 34 años y mayor de 34 años con un 34% ambos grupos.

Los resultados de la edad materna, gestaciones, partos, cesáreas, abortos y edad gestacional al momento de la intervención y de acuerdo al tipo de cirugía, se pueden apreciar en la tabla 1.

Tabla 1 Comparación de edad materna y variables obstétricas

Variable	Cirugía programada		Cirugía de urgencia		<i>p</i>
	Mediana	Rango	Mediana	Rango	
Gestaciones	3	1-8	3	1-6	.125
Partos	1	1-4	1	1-5	1.00
Abortos	1	1-4	1	1-3	.537
Cesáreas	2	1-5	2	1-3	.101
Edad materna	32.1*	17-44	31.3*	17-43	.367
Edad gestacional	36.6*	34-40	35.6*	34-39	.000

*media

Los tipos de inserción anómala de placenta que se encontraron se describen en la tabla 2.

Tabla 2. Tipo de inserción anómala de placenta de acuerdo a semanas de gestación

Tipo de Inserción Anómala de Placenta	Semanas de Gestación por FUM		Total
	Menos de 36 Semanas	Más de 36 Semanas	
Parcial	7 (14.5)	12 (8%)	19
Central total	32(66.7%)	73 (48%)	105
Marginal	6 (12.5)	31(20%)	37
Inserción baja	3(6.3%)	36 (24%)	39
Total	48	152	200

Al realizar el análisis estadístico se encontró diferencia significativa en estos grupos $p < 0.011$.

Destaca que encontramos 11.5 % ($n = 23$) de primigestas, sin factores de riesgo aparentes para inserción baja de placenta, en ellas, predominó la inserción placentaria central total con 8 pacientes, 2 en el grupo de menos de 36 semanas de gestación y 6 en el de más de 36 semanas de gestación, seguida de la inserción marginal de la placenta con 7 pacientes, 2 con menos de 36 semanas de gestación y 5 con más de 36 semanas. Además encontramos 1.5 % ($n = 3$) embarazos gemelares 1 con inserción baja de placenta, 1 con placenta central total y otro con placenta marginal.

A todas las pacientes se les realizó ultrasonido endovaginal encontrando en 60 pacientes (30%) datos de acretismo, de estas, 18 pacientes se encontraban en el grupo de menos de 36 semanas y 42 pacientes en el grupo de más de 36

semanas; al realizar el análisis estadístico no se encontró diferencia significativa p 0.193.

Todas las pacientes fueron sometidas a Cesárea; en el transoperatorio se observaron datos de Acretismo por Clínica en 58 pacientes (29%), 54 de ellos contaban con el antecedente de datos de acretismo por ultrasonido y solo 4 no contaban con tal antecedente, de los cuales, 24 pacientes tenían menos de 36 semanas al momento de la interrupción del embarazo y 34 pacientes más de 36 semanas. En este grupo tampoco se encontró diferencia significativa p 0.09.

De las 200 pacientes incluidas en el estudio, 58 placentas se enviaron a estudio histopatológico, de las cuales 58 resultaron con diagnóstico anatomopatológico de invasión miometrial; de éstas, 21 pacientes tenían menos de 36 semanas al momento de la interrupción del embarazo y 37 más de 36 semanas; sin encontrar diferencia significativa p 0.548.

De las 58 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de invasión miometrial, se reportaron los siguientes porcentajes: 36.84% (n= 21) acreta, 36.84% (n= 21) increta y 26.32% (n= 16).

En ambos grupos de semanas de gestación, la invasión al miometrio más frecuente fue la acreta con 9 y 12 pacientes respectivamente, el resto se expone en la tabla 3.

Tabla 3. Reporte anatomopatológico del grado de invasión placentaria de acuerdo a semanas de gestación

Invasión Placentaria	Semanas de gestación por FUM		Total
	Menos de 36 semanas	Más de 36 semanas	
Ácreta	9	12	21
Increta	10	11	21
Percreta	6	10	16
Total			58

Como se muestra en la tabla 4, se diagnosticó algún tipo de invasión placentaria en las pacientes programadas en comparación a las pacientes que se les realizó cirugía de Urgencia. Sin embargo no se encontró diferencia significativa p 0.334.

Tabla 4. Grado de invasión placentaria de acuerdo al tipo de cirugía

Invasión Placentaria	Tipo de Cirugía		Total
	Programada	Urgencia	
Ácreta	20	1	21
Increta	19	2	21
Percreta	13	3	15
Total	52	6	58

Al comparar el número de pacientes en las que se encontraron datos de acretismo por ultrasonido (USG) que fueron 60, con el número de pacientes en las que se hizo el diagnóstico anatomopatológico de acretismo por clínica que fueron 58, se encontró que 54 pacientes tenían el antecedente de datos de acretismo por USG y resultaron con diagnóstico anatomopatológico de acretismo.

El 77% de las pacientes fue sometida a cirugía programada y el 23% restante a cirugía de urgencia; al comparar las semanas de gestación con el tipo de cirugía, se observa que la frecuencia de cirugía programada es mucho mayor en las pacientes con más de 36 semanas en comparación con las de menos de 36 semanas de gestación encontrándose diferencia significativa p 0.0001.

De las 46 pacientes en las que se realizó cirugía de urgencia la indicación principal fue trabajo de parto y sangrado vaginal persistente con el 42.22 % y el 28.39% respectivamente; estas y otras indicaciones se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Indicación de cirugía de urgencia

	Frecuencia	Porcentaje
Alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal	3	1.5
Desprendimiento de placenta	4	2.0
Alteraciones del líquido amniótico	3	1.5
Otros	3	1.5
Trabajo de parto	19	9.5
Sangrado vaginal persistente	14	6.5
Total	46	22.5

Las indicaciones de cirugía de urgencia en embarazos menores de 36 semanas se observan en la tabla 6.

Tabla 6. Indicación de cirugía de urgencia de acuerdo a semanas de gestación

Indicación de cirugía de urgencia	Semanas de gestación por FUM		Total
	Menos de 36 semanas	Más de 36 semanas	
Alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal	1	2	3
Desprendimiento de placenta	3	1	4
Alteraciones del líquido amniótico	0	3	3
Otros	3	0	3
Trabajo de parto	5	14	19
Sangrado vaginal persistente	9	4	13
Total	21	24	45

Ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto 31 pacientes (15.5%) de las cuales 9 (4.5%) tenían menos de 36 semanas de gestación y 22 (11%) más de

36 semanas. Sin encontrar diferencia en la necesidad de ingreso a cuidados intensivos entre las pacientes con embarazos menores o mayores de 36 semanas de gestación p 0.475.

La cirugía que más se realizó tanto en pacientes con menos de 36 semanas y más de 36 semanas fue la cesárea con 19 y 80 pacientes respectivamente; seguida de cesárea + histerectomía + ligadura bilateral de arterias hipogástricas con 14 pacientes y 27 pacientes; el resto de frecuencias se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Cirugía realizada de acuerdo a semanas de gestación

Cirugía Realizada	Semanas de gestación por FUM		Total
	Menos de 36 semanas	Más de 36 semanas	
Cesárea	19	80	99
Cesárea + LAU	0	9	9
Cesárea + LBAH	2	3	5
Cesárea + B-Lynch	2	8	10
Cesárea + HTA	9	16	25
Cesárea + LAU + HTA + LBAH	0	4	4
Cesárea + LAU + LBAH	0	1	1
Cesárea + HTA + LBAH	14	27	41
Cesárea + HTA + LBAH + Empaquetamiento	2	4	6
Total	48	152	200

No se encontró diferencia en la distribución de cirugía entre los grupos p 1.99

De las 200 pacientes, sólo 5 pacientes (2.5%) se re-intervinieron, de éstas 3 pacientes con menos de 36 semanas y 2 pacientes con más de 36 semanas, sin encontrar diferencia p 0.405.

Las cirugías realizadas en la reintervención de acuerdo a las semanas de gestación se expresan en la tabla 8.

Tabla 8. Reintervención quirúrgica de acuerdo a semanas de gestación

Reintervención quirúrgica	Semanas de gestación por FUM		Total
	Menos de 36 semanas	Más de 36 semanas	
Reforzamiento de pedículos + LAHB	1	0	1
Histerectomía	1	0	1
Empaquetamiento	1	1	2
Reforzamiento de pedículos	0	1	1
Total	3	2	5

Al comparar las cirugías programadas con las cirugías de urgencia, el 2% (4 pacientes) de las pacientes que se sometieron a cirugía programada fueron re intervenidas en comparación con el 0.5% (1 paciente) de las pacientes que se sometieron a cirugía de urgencia.

Sólo 13 pacientes (6.5%) tuvieron lesión a órgano adyacente, de estas 13 pacientes 4 tenían menos de 36 semanas y 9 más de 36 semanas p 0.555. La lesión que más se presentó fue la de vejiga en 3 pacientes con menos de 36 semanas y 4 pacientes con más de 36 semanas.

La media de sangrado que se presentó en las pacientes menores de 36 semanas fue de 1623.54 cc con un mínimo de 300 y un máximo de 7000 cc; en mayores de 36 semanas la media fue de 1468.75 cc con un mínimo de 300 cc y un máximo de 10 mil cc; al comparar ambos grupos no hubo diferencia estadística p 0.577.

La Media del sangrado total para la cirugía programada fue de 1601.43 cc, con un mínimo de 300 cc y un máximo de 10 mil cc; en la cirugía de urgencia fue de

1186.09 cc, con un mínimo de 300 y un máximo de 7890 cc, no hubo diferencia estadística p 0.140.

De acuerdo a las semanas de gestación, el grado de choque hipovolémico que se presentó con mayor frecuencia en pacientes cuyo embarazo se interrumpió antes de las 36 semanas fue grado ii con 20 pacientes; y en las pacientes con más de 36 semanas fue grado i con 70 pacientes, el resto de frecuencias se observa en la tabla 9. Al comparar ambos grupos no se encontró diferencia significativa p 0.259.

Tabla 9. Grado de choque de acuerdo a semanas de gestación por FUM

Grado de Choque	Semanas de gestación por FUM		Total
	Menos de 36 semanas	Más de 36 semanas	
Grado I	15	70	85
Grado II	20	43	63
Grado III	3	8	11
Grado IV	10	31	41
Total	48	152	200

El grado de choque hipovolémico en relación al tipo de cirugía, se muestra en la tabla 10; sin encontrar diferencia en la presentación del mismo. p 0.461.

Tabla 12. Grado de choque de acuerdo a tipo de cirugía

Grado de Choque	Tipo de Cirugía		Total
	Programada	Urgencia	
Grado I	62	23	85
Grado II	48	15	63
Grado III	9	2	11
Grado IV	35	6	41
Total	154	46	200

En total se transfundieron 64 pacientes (32%), 18 pacientes (23%) con menos de 36 semanas y 46 (53%) con más de 36 semanas, sin encontrar diferencia significativa con una Chi Cuadrada de 0.878 y $P = 0.349$.

En las siguientes tablas se observan las medias de productos sanguíneos transfundidos, así como el número de compresas usadas de acuerdo a tipo de cirugía y a edad gestacional. La media de plaquetas en cirugía programada es mayor que en la cirugía de urgencia, al igual que el uso de crio precipitados. En cuanto al uso de compresas, no se utilizó ninguna en las cirugías de urgencia. Sin embargo no se encontró diferencia significativa al realizar prueba de T como se muestra en la tabla 11 y 12:

Tabla 11. Comparación de medias de acuerdo a tipo de cirugía

	Tipo de Cirugía	N	Media
Paquetes globulares	Programada	50	4.00
	Urgencia	10	4.40
Plasma fresco congelado	Programada	41	4.02
	Urgencia	8	4.25
Crio precipitados	Programada	2	5.50
	Urgencia	1	4.00
Plaquetas	Programada	6	3.67
	Urgencia	2	2.50
Número de compresas	Programada	8	8.50
	Urgencia	0	.

Tabla 12. Prueba de T para tipo de cirugía

	t	Sig. (bilateral)
Paquetes globulares	-.514	.609
Plasma fresco congelado	-.291	.772
Crio precipitados	1.732	.333
Plaquetas	.445	.672

En cuanto al uso de compresas, estas se usaron en mayor cantidad en mayores de 36 semanas, sin encontrar diferencia significativa. El uso de Plasma Fresco Congelado, fue mayor en menores de 36 semanas en comparación con mayores de 36 semanas; el uso de crio precipitados fue mayor en más de 36 semanas, sin embargo no se encontró diferencia significativa al realizar comparación de medias, como se muestra en la tablas 13 y 14.

Tabla 13. Comparación de medias de acuerdo a semanas de gestación por FUM

Semanas de Gestación por FUM		N	Media
Paquetes Globulares	Menos de 36 Semanas	18	4.06
	Más de 36 Semanas	42	4.07
Plasma Fresco Congelado	Menos de 36 Semanas	12	4.75
	Más de 36 Semanas	37	3.84
Crio precipitados	Menos de 36 Semanas	1	4.00
	Más de 36 Semanas	2	5.50
Plaquetas	Menos de 36 Semanas	3	3.33
	Más de 36 Semanas	5	3.40
Número de Compresas	Menos de 36 Semanas	3	6.67
	Más de 36 Semanas	5	9.60

Tabla 14. Prueba de T para Semanas de Gestación por FUM

	t	Sig. (bilateral)
Paquetes Globulares	-.025	.980
Plasma Fresco Congelado	1.398	.169
Crio precipitados	-1.732	.333
Plaquetas	-.028	.979
Número de Compresas	-2.014	.091

Cabe mencionar que no se presentó ninguna muerte materna durante el periodo de nuestro estudio.

En cuanto a los Días de Estancia Intrahospitalaria de la madre la media fue de 16.07 días (min 2, máx. 52); al comparar ambos grupos no hubo diferencia significativa ($t = 1.644$ $p = 0.102$) obteniéndose en el grupo de Menos de 36 semanas una media de 18.81 y en el de Más de 36 Semanas una media de 15.20. Al comparar las medias de Días de Estancia Intrahospitalaria de la Madre en la Cirugía Programada Vs la de Urgencia, no se encontró diferencia significativa ($t = 1.606$, $p = 0.110$) obteniéndose una media de 16.89 días en la Cirugía Programada y 13.3 días en la Cirugía de Urgencia.

RESULTADOS PERINATALES

La tabla 15 muestra los hallazgos obtenidos en los recién nacidos de ambos grupos.

Tabla 15. Resultados de los recién nacidos de los grupos de estudio

Variable	Menos de 36 Semanas	Más de 36 Semanas	<i>p</i>
Semanas de Gestación por Capurro	\bar{X} 34.82 (32-37)	\bar{X} 37.04 (34-40)	.000
Apgar al minuto	\bar{X} 7.7 (3-8)	\bar{X} 7.8 (4-9)	.000
Apgar a los cinco minutos	\bar{X} 8.6 (5-9)	\bar{X} 8.9 (8-9)	.000
Peso del recién nacido	\bar{X} 2302 (1600-3200)	\bar{X} 2766 (1759-3850)	.000
Talla del recién nacido	\bar{X} 46 (40-53)	\bar{X} 48 (35-54)	.000
Días de estancia hospitalaria	\bar{X} 11.8	\bar{X} 4.3	0.00

De todos los recién nacidos, el 12.5% (25 pacientes) ingresaron a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN).

Al comparar ambos grupos, tuvo mayor frecuencia de ingreso a UCIN los productos de más de 36 semanas (15%) en comparación con los de menos de 36 semanas (10%), encontrándose diferencia significativa con una p 0.0000.

Los días de estancia los 25 recién nacidos que ingresaron a UCIN, aprecian en la tabla 16.

Tabla 16. Días de estancia en UCIN

	Media	Mínimo	Máximo	p
Menos de 36 Semanas	4.58	1	20	0.713
Más de 36 Semanas	3.83	1	8	
Total	4.40	1	20	

Sólo 62 (31%) de los recién nacidos tuvieron algún tipo de complicación, teniendo más complicaciones los recién nacidos antes de la semana 36 en comparación con los nacidos después de la semana 36. Teniendo diferencia significativa p 0.000. En tabla 17 se pueden apreciar las complicaciones que se encontraron de acuerdo a la semana de gestación.

Tabla 17. Complicaciones en el RN de acuerdo a semanas de gestación

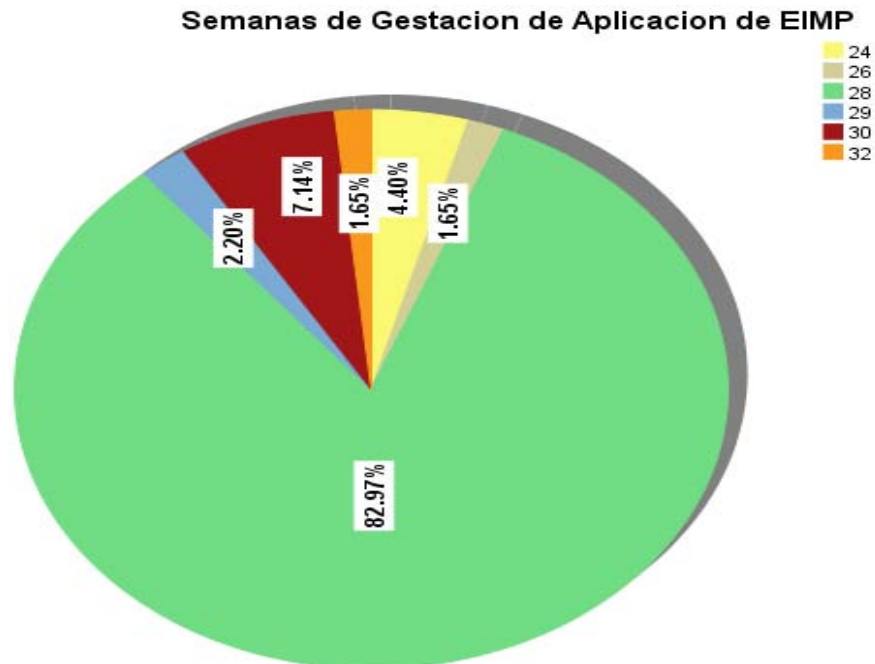
Complicaciones en el RN	Semanas de gestación por FUM		Total
	Menos de 36 semanas	Más de 36 semanas	
Síndrome diestress respiratorio	18	19	37
Taquipnea transitoria del recién nacido	4	6	10
Hemorragia interventricular	5	1	6
Otros	5	1	6
Enterocolitis necrotizante	3	0	3
Total	34	27	62

Englobado en Otras Complicaciones se encontraron 3 pacientes con Restricción en el Crecimiento Intrauterino, 2 de ellas en la semana 34 y 35 respectivamente y con Placenta Central Total; el otro caso de Restricción en el Crecimiento Intrauterino se presentó en paciente con Placenta Previa Parcial y con 36 semanas.

Cabe mencionar que solo se presentó una muerte neonatal la cual fue secundaria a hipertensión pulmonar primaria; este embarazo se resolvió a la semana 35 a través de una cirugía de urgencia por placenta central total y trabajo de parto pretérmino.

De las 200 pacientes, el 91% (182 pacientes) recibieron esquema de inductores de madurez pulmonar (EIMP); con una media de aplicación a la semana 28 (mín. 24, máx. 32); la frecuencia de aplicación se encuentra en la gráfica 1:

Gráfica 1. Semanas de aplicación del EIMP



De las 62 pacientes que tuvieron complicaciones, 59 recibieron esquema de Inductores de Madurez Pulmonar.

9. DISCUSION

El manejo de placenta previa y más aun las que cuentan con el diagnóstico de acretismo placentario requiere un manejo multidisciplinario que principalmente se realiza en centros de tercer nivel de salud¹⁶.

En esta serie de casos, se incluyeron 200 pacientes con diagnóstico de inserción anómala de la placenta diagnosticada por ultrasonido endovaginal como estándar de oro según la literatura⁹, el 52.5 % (n= 105) correspondió a embarazadas con diagnóstico de placenta central total, placenta marginal 18.5 % (n= 37), placenta inserción baja 19.5 % (n= 39), previa parcial 9.5% (n= 19), resultados muy similares con lo publicado por Oscanoa³¹ que al igual que nosotros encontró 40% de placenta previa con presentación central total como la más común.

Pritchard y col.³², señalan que la operación Cesárea es el método aceptado para el parto en prácticamente todos los casos de placenta previa, incluyendo la placenta de inserción baja. En la población estudiada por nosotros, la vía abdominal representó el 100% de los casos (n = 200). En los autores consultados hubo variaciones desde 52,4% hasta 100%^{33, 34, 35,36}.

El promedio de edad gestacional de nuestras pacientes al momento de la interrupción del embarazo fue de 36.4 semanas de gestación, mayor que 35 semanas dada por Rojas en su estudio publicado en 2006²⁶. Cotton y col.³¹ señalan una edad mayor de 36 semanas, lo cual coincide con nuestros hallazgos. Podemos inferir que este cambio en el tiempo se debe al manejo expectante de la placenta previa en la obstetricia moderna, lo que ha permitido la prolongación del crecimiento intrauterino y la disminución de los nacimientos pretérmino.

Uno de los factores predisponentes para placenta previa, mencionado por diversos autores es la multiparidad³⁷⁻⁴¹, en nuestra casuística el mayor porcentaje correspondió a multíparas con 56 % (n = 112) , lo cual difiere de lo señalado por Lira y col.⁴² , y Taylor y col.⁴⁰ , cuyo mayor porcentaje se reportó en las nulíparas con 55% y 53% respectivamente.

En nuestras pacientes con sospecha diagnóstica de acretismo 30.5% (n= 61) el 32.7 % (n= 20) tuvo antecedente de más de 2 cesáreas, información que coincide con lo reportado por Rosen en el año 2008, donde desde el 2006 en Estados Unidos la tasa de cesáreas aumentó al 31% de todos los nacimientos, respecto a lo reportado en el 2005²⁷. Nuestro estudio corrobora reportes donde hasta el 85 % (n= 52) de los embarazos complicados con placenta ácreta fueron precedidos por el antecedente de cesárea²⁸.

En nuestro estudio se sospechó en un 30% (n= 60) de acretismo placentario, de las cuales en 2% (n= 4) se sospechó de acretismo por clínica el cual se confirmó el diagnóstico en todos los casos. De las 60 pacientes en las que se sospechó de acretismo placentario por ultrasonido 29% (n= 58) fue confirmado por patología en 93% (n= 54) pacientes y el 6.8% (n= 4) restante no amerita histerectomía obstétrica por lo tanto no se confirmó diagnóstico, comparando nuestros resultados con los de Sánchez-García BF en el 2013²⁵ obtuvimos un mayor porcentaje de correlación ultrasonido-patología pues ellos identificaron 38 pacientes con sospecha ultrasonográfica de acretismo placentario , de estas confirmaron el diagnóstico por patología en tan solo 23 (60.5%) de ellas.

El grado de invasión placentaria más común que encontramos de las 58 placentas enviadas a patología, fue la placenta ácreta coincidiendo con lo reportado por Corona GAA en el 2010²⁹ y con Oscanoa³⁰ en un 36.84% (n=21), la placenta Increta en nuestro estudio ocupó un 36.84% (=21) mayor que el reportado por Boog G y cols en el 2003¹⁷ de un 15%. Por último en la forma percreta obtuvimos un 26.32% (n=16) mayor que lo reportado por Boog G y cols en el 2003¹⁷ de un 10%.

Oyelese Y y cols en el 2006¹⁸ mencionan que en Estados Unidos de Norteamérica se calcula que existen 3 muertes maternas por cada 1000 casos de pacientes con diagnóstico de placenta previa. Rivas M y cols en el 2001¹⁹ encontraron que en América Latina, a pesar de existir variedad según la región, se calcula que existe una muerte materna por cada 150 casos de placenta previa. En nuestro estudio de las 200 pacientes que incluimos no se registraron muertes maternas.

Llama la atención que en nuestro estudio encontramos 11.5 % (n= 23) de primigestas y 1.5 % (n= 3) de embarazo gemelar sin antecedentes obstétricos las cuales presentaron placenta previa, que de acuerdo a Flood KM y cols en el 2009²² estas tienen un riesgo menor de 0.03%.

El 77% (n= 154) de las pacientes de nuestro estudio fue sometida a cirugía programada y el 23% (n = 46) restante a cirugía de urgencia, con una media de edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo de 37 semanas, la mínima de 34 semanas y la máxima de 40.2 semanas, al comparar nuestra investigación con lo publicado por Sánchez-García BF en el 2013²⁵ incluimos más número de pacientes y al contrario que ellos nuestro mayor porcentaje de intervenciones fue en la cirugía electiva, ellos en relación al tipo de cirugía, 23 pacientes (60.5%) fueron sometidas a cirugía de urgencia y 15 (39.4%) a cirugía electiva . La media de interrupción del embarazo en nuestro estudio para la cirugía programada fue de 36.4 semanas con un mínimo de 34 semanas y un máximo de 40.2 semanas. La media de interrupción para la cirugía de urgencia fue de 36 semanas con un mínimo de 34 semanas y un máximo de 39 semanas. También observamos que la frecuencia de cirugía programada es mucho mayor en las pacientes con más de 36 semanas en comparación con las de menos de 36 semanas de gestación encontrándose diferencia significativa con una Chi Cuadrada de 15.355 y una $p = 0.0001$.

En nuestro estudio de las 45 pacientes en las que se realizó cirugía de urgencia la indicación principal fue trabajo de parto que no respondió a útero inhibidores en 42.22 % (n= 19) seguido del sangrado vaginal persistente 28.39% (n= 13), siendo

las causas más comunes según la literatura¹⁹. La indicación principal de cirugía de urgencia en menos de 36 semanas fue sangrado vaginal persistente con 9 pacientes, y en las pacientes con más de 36 semanas la principal indicación fue trabajo de parto con 14 pacientes.

En nuestro grupo de estudio, las cirugías primarias que predominaron fueron la Cesárea en 49.5% (n= 99), Cesárea + Histerectomía obstétrica + Ligadura Bilateral de Arterias Hipogástricas (LBAH) en 20.5% (n= 41) y en tercer lugar la Cesárea + Histerectomía Obstétrica en 12.5% (n= 25). De las 200 pacientes incluidas en nuestro estudio la cirugía que más se realizó tanto en pacientes con menos de 36 semanas y más de 36 semanas fue la Cesárea con 19 y 80 pacientes respectivamente; seguida de Cesárea + Histerectomía + Ligadura Bilateral de Arterias Hipogástricas con 14 pacientes y 27 pacientes. Comparando nuestro estudio con el publicado por Sánchez-García BF en el 2013²⁵ obtuvimos mayor porcentaje de manejo conservador 62% (n= 124) de la placenta previa pues ellos manejaron de manera conservadora solo tres pacientes (7.9%), pero en la mayoría de las pacientes (92.1%) realizaron cesárea + histerectomía obstétrica.

Encontramos que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto (UCIA) 31 pacientes (15.5%) de las cuales 9 (4.5%) tenían menos de 36 semanas de gestación y 22 (11%) más de 36 semanas. Siendo mayor el número de pacientes que no ingresaron a UCIA en las pacientes de más de 36 semanas en comparación con las de menos de 36 semanas. Comparando nuestro estudio con lo publicado por Sánchez-García BF en el 2013²⁵ encontramos que tuvimos menor ingreso a UCIA pues con ellos 12 pacientes (31.5%) de 50 que incluyeron en su estudio ingresaron a UCIA.

De las 61 pacientes que presentaron acretismo placentario confirmado por patología 42% (n= 26) requirieron ingreso a UCIA con una media de estancia de 2 días, con un mínimo de 1 día y un máximo de 8 días (que solo presentó 1 paciente), al comparar nuestros resultados con lo publicado por Angstmann T⁴³ y cols en el 2010 donde incluyeron solo pacientes con acretismo placentario

confirmado por patología obtuvimos mayor porcentaje de ingreso a UCIA, pues ellos ingresaron 26.9% (n= 7) de 26 pacientes que incluyeron en su estudio.

La necesidad de re intervención fue del 2.5 % (n= 5), menor que en la del estudio de Eller y cols²¹ del 4 %, en nuestro grupo de estudio encontramos que el 97.5 % (N= 195) no ameritaron reintervención quirúrgica y de las que se re intervinieron en 1.5 % (n= 3) de las pacientes antes de la 36 semanas y el 1 % (2) después de la 36 semanas. También obtuvimos menor porcentaje de reintervención Comparando nuestro estudio con el de Sánchez-García BF en el 2013²⁵ donde re intervinieron a 28% (n= 14) de las pacientes de 50 que incluyeron en su estudio. La reintervención más común fue el empaquetamiento con compresas de 2 pacientes 1 antes de las 36 semanas y la otra después de las 36 semanas. En base a estos datos consideramos que el tratamiento quirúrgico primario fue el adecuado en este tipo de pacientes.

En las pacientes incluidas en nuestro estudio encontramos que la lesión a órgano vecino que más se presentó fue la de vejiga en 3 pacientes con menos de 36 semanas y 4 pacientes con más de 36 semanas lo cual concuerda en frecuencia con lo publicado por Cunningham FG y Cols en el 2009²⁰.

Eller AG y cols²¹ reportaron una perdida sanguínea promedio de 2000 cc en los centros de atención multidisciplinaria y de 2500 cc en los centros de atención convencional. En nuestra revisión tuvimos una media de sangrado menor a la reportada por Eller AG y cols en el 2010²¹, la media de sangrado que se obtuvimos fue de 1505.9 cc con un mínimo de 300 cc y un máximo de 10 mil cc; la media en las pacientes Menores de 36 Semanas de gestación fue de 1623.54 cc con un mínimo de 300 cc y un máximo de 7000 cc; en Mayores de 36 Semanas la media de sangrado fue de 1468.75 cc con un mínimo de 300 cc y un máximo de 10 mil cc no encontramos diferencia estadísticamente significativa en nuestro estudio. Al comparar nuestros resultados con los de Sánchez-García BF en el 2013²⁵ obtuvimos la misma cantidad mínima de sangrado (300 cc), nos superan en su media (2547 cc) y los superamos con nuestra cantidad máxima de sangrado (8000

cc), tuvimos resultados similares a lo publicado por McShane P y cols 1985⁴⁵ con un máximo de sangrado de 10,000 cc en las 147 pacientes que incluyeron en su estudio.

Se transfundieron 64 pacientes (32%), menor que lo publicado por Sánchez-García BF en el 2013²⁵ donde se realizó transfusión en 30 pacientes (78.9%). 18 pacientes (23%) con menos de 36 semanas y 46 (53%) con más de 36 semanas sin encontrar diferencia significativa con una Chi Cuadrada de 0.878 y $P = 0.349$. Al comparar De las 200 pacientes incluidas en nuestro estudio de acuerdo a las semanas de gestación, el grado de Choque Hipovolémico que se presentó con mayor frecuencia en pacientes cuyo embarazo se interrumpió antes de las 36 semanas fue Grado II con 20 pacientes; y en las pacientes con más de 36 semanas fue Grado I con 70 pacientes. En nuestro estudio en 64 pacientes (32%) de las 200 que incluimos, fue necesaria una transfusión sanguínea requiriendo de 1 a 3 paquetes globulares (26 pacientes), 32 pacientes requirieron de 4 a 6 paquetes globulares, 4 requirieron de 7 a 9 paquetes globulares y 2 requirieron de 10 a 12 paquetes globulares. Nuestros resultados fueron similares con los publicados por Sánchez-García BF en el 2013²⁵ donde la mayoría requirió de uno a tres paquetes globulares (18 casos), 8 pacientes requirieron de 4 a 6 paquetes globulares y cuatro requirieron de 7 a 9 paquetes globulares.

Se realizaron 62% (n= 124) de procedimientos quirúrgicos conservadores de entre los cuales destacan la operación Cesárea 49.5 % (n= 99), seguida de Cesárea + B-Lynch 5 % (n= 10) y por ultimo Cesárea + ligadura bilateral de arterias uterinas 4.5% (n= 9). En nuestro estudio realizamos 10 Cesáreas + B-Lynch mayor que lo publicado por B-Lynch y cols en 1997 donde solo reportaron 5 casos²³ pero igual de efectivo en el control de la hemorragia obstétrica. Por otro lado al comparar nuestros resultados de la ligadura bilateral de arterias uterinas con lo publicado por k. Fahmy y cols en 1987²⁴ donde incluyeron 25 pacientes ellos tuvieron éxito en el 80% (n= 20) con falla del método en 20% (n= 5), nosotros obtuvimos respuesta al método en 100% (n= 9).

En los días estancia total de las pacientes tuvimos que 37.5% (n= 75) estuvieron hospitalizadas entre 1 a 10 días, 25.5% (n= 51) de pacientes entre 11 a 20 días, 18.5% (n= 37) de pacientes entre 21 a 30 días, 8% (n= 16) de pacientes entre 31 a 40 días, 8% (n= 16) de pacientes entre 41 a 50 días, 1% (n= 2) entre 51 a 60 días, 1% (n= 2) pacientes entre 61-70 días y solo 1 paciente estuvo 90 días hospitalizada, con un promedio de 19 días de estancia hospitalaria total. Comparando nuestros resultados con lo publicado por Sánchez-García BF en el 2013²⁵ obtuvimos que al igual que en nuestro estudio con ellos también tuvieron el mayor porcentaje de pacientes entre 1 a 10 días, ellos reportan que 29 pacientes (76.3%) estuvieron hospitalizadas entre 1 a 10 días, cinco pacientes entre 11 y 20 días y 4 pacientes con una estancia de más de 21 días con un promedio de 7 días.

En nuestra casuística se realizaron 57 ligaduras de arterias hipogástricas con sangrado transoperatorio de 1000 a 10,000 con promedio de 1500 cc sin complicaciones durante el procedimiento. Comparando nuestro estudio con el publicado por Serrano-Berrones MA y cols en el 2013⁴⁴ realizamos más la ligadura de hipogástricas sin embargo, obtuvimos mayor cantidad de sangrado, ellos incluyeron 60 pacientes en su estudio realizando ligadura de arterias hipogástricas a 30 pacientes, en su estudio el volumen de sangrado transoperatorio mediante la técnica de ligadura hipogástrica fue de 500 a 2,000 mL, con promedio de 1,000 mL.

La técnica de ligadura de hipogástricas es comúnmente utilizada en nuestro hospital en todos los turnos y consideramos que la experiencia quirúrgica de la realización de este procedimiento por el personal médico de nuestra institución lo ha mantenido en el tratamiento de elección en caso de hemorragia obstétrica grave, tanto como para el tratamiento de la misma como también para su prevención.

Con respecto a la aplicación del protocolo institucional de diagnóstico, vigilancia y tratamiento llevado a cabo en nuestro hospital se aplicó al 100% de las pacientes, previo y durante el tratamiento quirúrgico en ambos grupos de nuestro estudio se

realizó una notificación al banco de sangre para tener unidades disponibles, así como a otros servicios médicos como ginecología oncológica, urología, cirugía general y cirugía vascular ya que contamos con estas especialidades las 24 horas del día, por lo que no represento una desventaja para el tratamiento quirúrgico.

En relación a los resultados perinatales podemos decir que de los 200 neonatos todos alcanzaron la viabilidad fetal, la media para la edad gestacional fue de 36 semanas. Esto es similar a lo reportado por Sánchez-García BF²⁵ en su serie de casos, de 35 semanas.

La incidencia de un Apgar menor a 8 al minuto fue de un 16.5% (n= 33) y a los 5 minutos de 2.5% (n= 5), similar a lo reportado por McShane P y cols en 1985⁴⁵ donde tuvieron una incidencia de Apgar menor de 8 al minuto de 60% y de 22% a los 5 minutos.

Se presentó síndrome de diestress respiratorio en 18.5% (n= 37) de los neonatos, 18 de madres con interrupción del embarazo antes de las 36 semanas de gestación y 19 en las que se interrumpió el embarazo después de las 36 semanas, menor que el 21% (n= 30) de 147 neonatos reportado por McShane P y cols en 1985⁴⁵. Tuvimos .5% (n= 10) de neonatos con taquipnea transitoria del recién nacido, 4 en madres que se interrumpió el embarazo antes de las 36 semanas de gestación y 6 en las que se interrumpió el embarazo después de las 36 semanas, resultado similar a lo publicado por McShane P y cols en 1985⁴⁵ del .6% (n= 10).

De las 200 pacientes, el 91% (n = 182) recibieron esquema de inductores de madurez pulmonar, con una media de aplicación a la semana 28 (mínimo 24, máximo 32), esto de acuerdo a la literatura ^{47,48} que indica que los esteroides antenatales reducen significativamente la incidencia de síndrome de dificultad respiratoria pues solo el 18.5% (n= 37) de los neonatos presento síndrome de diestress respiratorio pero no hubo fallecimientos relacionados.

El impacto de la placenta previa que obtuvimos en pacientes con Restricción en el Crecimiento Intrauterino fue del 1.5% (n = 3), 2 de ellos con en la semana 34 y 35

respectivamente y con Placenta Central Total; el otro caso de Restricción en el Crecimiento Intrauterino se presentó en paciente con Placenta Previa Parcial y con 36 semanas. Comparando nuestro estudio con lo publicado por Neri A y cols en 1980⁴⁶ obtuvimos un porcentaje mucho menor pues ellos reportan en 10% (n= 12) en un estudio realizado durante 10 años en donde incluyeron a 129 pacientes con diagnóstico de placenta previa. También obtuvimos un menor porcentaje al compararlo con lo publicado por McShane P y cols en 1985⁴⁵ con 4.1% de neonatos con restricción del crecimiento intrauterino.

En nuestro estudio se presentó trabajo de parto pretérmino que no respondió a útero inhibidores en un 9.5% (n=19) de las pacientes con placenta previa, que de hecho fue la principal indicación de interrupción de embarazo en la cirugía de urgencia, que de acuerdo a otros estudios es una de las asociaciones que se encuentran con mayores efectos adversos perinatales asociados a placenta previa⁴⁹. Comparando nuestro estudio con el publicado por Wen SW y cols en el 2008⁵⁰ obtuvimos un menor porcentaje de parto pretérmino, ellos incluyeron 50 pacientes con diagnóstico de placenta previa en el cual se mostró parto prematuro en un 54% (n= 27), con un OR de 5 e IC al 95% de 2.15 a 13.29, y con $p < 0.000$. También obtuvimos un menor porcentaje que el reportado por la RCOG en el 2011⁵¹ donde ellos asocian la placenta previa con un porcentaje de 40% de nacimiento antes de las 38 semanas.

Respecto al riesgo de ingreso a unidad de cuidado intensivo neonatal, estudios revelan una proporción de 90% para partos de emergencia y 50% para partos programados⁵². El ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatal en nuestro estudio fue del 12.5% (n= 25) demostrando que el 36 % para partos de emergencia y 64% para partos programados distinto a lo descrito por Kent A y cols en el 2009⁵².

Cabe mencionar que solo se presentó una muerte neonatal (.5%) la cual fue secundaria a Hipertensión Pulmonar Primaria; este embarazo se resolvió a la semana 35 a través de una cirugía de Urgencia por placenta central total y trabajo

de parto pretérmino, al compararlo con la literatura obtuvimos un porcentaje menor pues en el estudio publicado por Wen SW y cols en el 2000⁵³ se observó en este estudio un 4% por 50 nacidos vivos , otros investigadores mencionaron que fue de 4 a 2 en los que no presentaron placenta previa⁵⁴.

10. CONCLUSIONES

Actualmente la mortalidad materna por placenta previa, ha descendido, debido al manejo expectante, al uso de cesárea como método de elección para la terminación del embarazo, control prenatal temprano y diagnóstico oportuno.

Al igual que McShane y cols⁵⁵ concluimos que el manejo expectante de la placenta previa, el diagnóstico por ultrasonido y el uso de la cesárea, han contribuido a disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

El tratamiento quirúrgico realizado ha dado resultados satisfactorios, reflejado en un número mínimo de re intervenciones.

Durante el periodo de estudio no se registraron muertes maternas relacionadas con el acretismo placentario por lo que evidenciamos que el manejo expectante del acretismo placentario con intervención quirúrgica después de la semana 36 mejora pronostico materno y fetal.

Las pacientes con placenta previa y datos de acretismo placentario deben ser manejadas en un centro hospitalario de tercer nivel para mejorar pronóstico materno fetal y disminuir la morbimortalidad de ambos.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lange y cols. Complicaciones tardías del embarazo pág. Ginecología y obstetricia 250-251, 2013.
2. Newton RE. Preterm Labor, Preterm Premature of Membrane and Chorioamnionitis. Clin Perinatol 2005;32: 571-600.
3. Lockwood Ch. Overview of preterm labor and delivery. UpToDate, April 2007. p. 1-9.
4. Guía de práctica clínica mexicana. Diagnostico y manejo de parto pre término.
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams' Obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
6. Becker RH, Vonk R, Mende BC, Ragosch V, Entezami M. The relevance of placental location at 20-23 gestational weeks for prediction of placenta previa at delivery: evaluation of 8650 cases. Ultrasound Obstet Gynecol 2001; 17: 496-501.
7. Williams' Obstetrics, hemorragias del tercer trimestre pág. 770;2012 14 edición.
8. Posadas Robledo Fj. Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna. Direccion de atención en salud materna y perinatal. Centro Nacional de Equidad de Genero y Salud Reproductiva. Secretaria de Salud 2012.
9. González R. Placenta previa: Clasificación ultrasonográfica. Rev Chil Ultrasonog. 2007; 10: 84-91.
10. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, et al. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

11. Placenta praevia and placenta praevia accreta: diagnosis and management. Guideline. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. 2005 (RCOG No 27): 1-12.
12. Protocolo para el tratamiento y prevención de las hemorragias obstétricas graves. Argentina 2007:1-98.
13. Resnik, R. Lockwood, C. Levine, D. Diagnosis and management of placenta accreta. 2010.
14. Tesis de tratamiento quirúrgico y morbilidad materna postoperatoria en pacientes con diagnóstico de placenta ácreta: cirugía programada versus cirugía de urgencia CMN la raza agosto 2010-agosto 2011 dra Zumano.
15. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato
16. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. México: Secretaría de Salud, 2013
17. Boo G, Merivel P. Placenta accreta. *Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS, Paris-France), Obstetrique*, E-5-069-A-30, 2003:1-12.
18. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006;107: 927-41
19. Rivas M, López JR, Capretta D, Colmenares B, Silva G, Alvarado S. Placenta previa. Estudio retrospectivo 1988-1992. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2001; 61:217-22.
20. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. (Normal labor and delivery) and 18 (Intrapartum assessment). *Williams Obstetrics*, 23rd Ed. New York: McGraw-Hill, 2009.

21. Eller AG, Bennett MA, Shashiner M, Masheter C, Soisson AP, Dodson M, Silver RM, Multidisciplinary care for placenta accrete. *Am J Obstet Gynecol* 2010;117:331-337
22. Flood KM, Said S, Geary M, Robson M, Fitzpatrick C, Malone FD. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:632.e1-6
23. B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five reported. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104(3): 372-5.
24. k. Fahmy y cols. Uterine artery ligation to control postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 1987, Vol. 25, Issue 5, p363–367
25. Sánchez-García BF, Corona-Gutiérrez AA, Sánchez-Peña R, Panduro-Barón JG, Barrios-Prieto E, González-Moreno J. Acretismo placentario en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. *REVISTA MÉDICA MD* 2013. Volumen 4, número 4 ;pág. 240-244
26. Rojas LF, Kuzmar DL, Ferreira ÑF, et al.. Diagnóstico y manejo quirúrgico de placenta acreta, presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2006; 57 (2): 123-8.
27. Rosen T. Placenta accreta and cesarean scar pregnancy: overlooked costs of the rising cesarean section rate. *Clin Perinatol* 2008; 35 (3): 519–29
28. Shrivastava B, Nageotte M, Major C, et al. Casecontrol comparison of cesarean hysterectomy with and without prophylactic placement of intravascular balloon catheters for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197 (4): 402e1-5.
29. Corona GAA, Sánchez PR. Guía práctica clínica placenta acreta. Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, 2010.

30. Oscanoa A. Placenta previa. Instituto especializado Materno Fetal. Rev Per Gineco Obstetr. Vol. 51, No. 4 Oct-Dic 2005
31. Cotton D, Read J, Paul R, Quilligan E. The conservative aggressive management of placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1980;137:687-690.
32. Pritchard J, McDonald P, Gant N. Hemorragia obstétrica. En: Williams Obstetricia. 3ª edición. Madrid: Salvat Editores; 1998.p.693-727.
33. Facchin De Boni J, Peña G. Hemorragia intra y posparto. Rev Obstet Ginecol Venez 1963;23:187-201.
34. Lira J, Cabral S, Argueta M, Karchmer S, Ibasguengoitia F. Placenta Previa. Repercusiones maternas y perinatales. Análisis de 170 casos. Ginecol Obstet Méx 1995; 63: 175-180.
35. Chesvenak F, Youngmee L, Hendler M, Monoson R, Berkowitz R. Role of attempted vaginal delivery in the management of placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1984;64:798-801.
36. Cotton D, Read J, Paul R, Quilligan E. The conservative aggressive management of placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1980;137:687-690.
37. McShane P, Heyl P, Epstein MD. Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1985;65:176-180.
38. Ananth CV, Smulian JE, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: Metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 1977; 177 (5):1071-1078.
39. Niswander K, Friedman E, Hooker D, Pietrowski H, Westphal M. Fetal morbidity following potentially anoxigenia obstetric conditions. II placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1966;95:846-852.

40. Taylor V, Kramer M, Vaughan TH, Peacock S. Placenta previa and prior cesarean delivery: How strong is the association? *Am J Obstet Gynecol* 1994;84:55-57.
41. McShane P, Heyl P, Epstein MD. Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta previa. *Am J Obstet Gynecol* 1985;65:176-180.
42. Lira J, Cabral S, Argueta M, Karchmer S, Ibasguengoitia F. Placenta Previa. Repercusiones maternas y perinatales. Análisis de 170 casos. *Ginecol Obstet Méx* 1995; 63: 175-180.
43. Angstmann T, Gard G, Harrington T, et al. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:38.e1-9.
44. Serrano-Berrones MA. Comparación de dos técnicas quirúrgicas conservadoras para el tratamiento de la hemorragia obstétrica. *Rev Esp Méd Quir* 2013;18:100-107.
45. McShane P, Heyl P, Epstein MD. Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta previa. *Am J Obstet Gynecol* 1985;65:176-180.
46. Neri A, Gorodesky I, Bahary C, et al: Impact of placenta praevia on intrauterine fetal growth. *J Med Sci* 16:429,1980
47. Royal College Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome. RCOG Guideline No 7 2004:February:1-9
48. The American College Of Obstetricians And Gynecologists. Fetal Lung Maturity. *Rev Obstetrics & Gynecology* Vol. 112, No. 3 p.117-126, September 2008
49. Cunningham, Gary et al. *Obstetricia de Williams*. 22º edición. Editorial McGraw Hill. México DF, México.

50. Wen SW, Zhou J, Yang Q, Fraser W, Olatunbosun O, Walker M. Maternal exposure to folic acid antagonists and placenta mediated adverse pregnancy outcomes. *Cann Med Assoc J*. 2008;179(12):1263-8.
51. Royal College Obstetricians and Gynaecologists. Placenta praevia and placenta praevia accreta: Diagnosis and management. RCOG Guideline No 27 2011; January:1-26.
52. Kent A. Management of placenta accreta. *Rev Obstet Gynecol*. 2009; 2 (2) : 127-128.
53. Wen SW, Demissie K, Liu S, Marcoux S, Kramer MS. Placenta previa and male sex at birth: results from a population-based study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:300-4.
54. Rabia Rahell, Rumina Tabassum, Ambreen Bhuito, Hariz Rias, Raheela Hanif. Fetal out come in cases of placenta previa-a retrospective study. *Obstet. Gynaecol. Medical Channel*. April-June 2010. Vol. 16 No 2. 256-259.
55. McShane P, Heyl P, Epstein MD. Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta previa. *Am J Obstet Gynecol* 1985;65:176-180.

Cronograma de actividades.

	MAR- SEPT 2014	NOV-DIC 2014	ENERO 2015	FEBRERO- JULIO 2015	AGOSTO 2015
Recolección de Bibliografía					
Elaboración del protocolo					
Sometimiento y Probable Aprobación					
Recolección de Datos Análisis de datos					
Presentación de Resultados y publicación del documento					

\

ANEXO 1

Sistema de Puntuaciones

Forma de la oreja (Pabellón)	Aplanada, sin incurvación (0 pts)	Borde sup. parcialmente incurvado (8 pts)	Todo el borde sup. incurvado (16 pts)	Pabellón totalmente incurvado (24 pts)	-
Tamaño de la glándula mamaria	No palpable (0 pts)	Palpable menor de 5mm (5 pts)	Palpable entre 5 y 10 mm (10 pts)	Palpable mayor de 10mm (15 pts)	-
Formación del pezón	Apenas visible sin areola (0 pts)	Diámetro menor de 7.5 mm, areola lisa y chata (5 pts)	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde no levantado (10 pts)	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde levantado (15 pts)	-
Textura de la piel	Muy fina, gelatinosa (0 pts)	Fina, lisa (5 pts)	Más gruesa, discreta, descamación superficial (10 pts)	Gruesa, grietas superficiales, descamación de manos y pies (15 pts)	Gruesa, grietas profundas apergamizadas (20 pts)
Pliegues plantares	Sin pliegues (0 pts)	Marcas mal definidas en la mitad anterior (5 pts)	Marcas bien definidas en la mitad anterior, surcos en mitad anterior (10 pts)	surcos en mitad anterior (15 pts)	surcos en más de la mitad anterior (20 pts)

ANEXO 2

Los cinco criterios del Apgar son:

	0 puntos	1 punto	2 puntos	Acrónimo
Color de la piel	todo azul	extremidades azules	normal	A pariencia
Frecuencia cardíaca	0	menos de 100	más de 100	P ulso
Reflejos e irritabilidad	sin respuesta a estimulación	mueca / llanto débil al ser estimulado	estornudos / tos / pataleo al ser estimulado	G esto
Tono muscular	ninguna	alguna flexión	movimiento activo	A ctividad
Respiración	ausente	débil o irregular	fuerte	R espiración

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NUMERO: _____

NOBRE: _____NSS _____

EDAD: _____ G _____ P _____ A _____ C _____

INSERION PLACENTARIA: INSERCIÓN BAJA () CENTRAL TOTAL () MARGINAL ()
PARCIAL () SOSPECHA DE ACRETISMO PLACENTARIO POR ULTRASONIDO: SI () NO ()
/ POR CLINICA SI () NO ()

SI ES ACRETA, FUE CONFIRMADA POR PATOLOGIA: SI () NO ()

INSERCIÓN A MIOMETRIO SI () NO () TIPO: ACRETA () INCRETA () PERCRETA ()

CIRUGIA PROGRAMADA: SI () NO (), SEMANAS DE GESTACION _____.

CIRUGIA DE URGENCIA: SI () NO (), SEMANAS DE GESTACION _____.

SI, CIRUGIA DE URGENCIA CUAL FUE LA COMPLICACION OBSTETRICA PARA INDICAR
INTERVENCION QUIRURGICA: RCIU () PREECLAMPSIA () ECLAMPSIA () SÍNDROME DE
HELLP () TRABAJO DE PARTO PRETERMINO () MUERTE INTRAUTERINA () RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO () MUERTE INTRAUTERINA ()
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA () HEMORRAGIA
OBSTÉTRICA () SANGRADO TRANSVAGINAL ESCASO PERSISTENTE () OTROS ()

MADRE: INTERNAMIENTO UCI SI () NO (), DIAS _____

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: CESÁREA () CESAREA + LIG DE ARTERIAS UTERINAS (),
CESAREA + LIGADURA DE HIPOGASTRICAS () CESAREA + BLYNCH (), CESÁREA -
HISTERECTOMÍA (), CESÁREA- LIG DE ARTERIAS UTERINAS + HISTERECTOMÍA +
LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGÁSTRICAS (), CESAREA + LIG. ARTERIAS UTERINAS +

LIG. ARTERIAS HIPOGASTRICAS (), CESÁREA- HISTERECTOMÍA + LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGÁSTRICAS (), CESÁREA + HISTERECTOMÍA – LIGADURA DE HIPOGÁSTRICAS + EMPAQUETAMIENTO () SANGRADO: _____ LESIÓN A ÓRGANOS ADYACENTES SI () NO () CUAL? _____

OTRAS INTERVENCIONES () _____

HEMOTRANSFUSION SI () NO () CANTIDAD PAQUETES GLOBULARES ____ PLASMA FRESCO CONGELADO ____ CRIOPRECIPITADO ____ PLAQUETAS _____

RE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: SI ()- NO ().

LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGASTRICAS (), LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGASTRICAS + EMPAQUETAMIENTO () DESEMPAQUETAMIENTO (): COMPRESAS LIBRES: _____ COMPRESAS CON BOLSA: _____ DESEMPAQUETAMIENTO + REEMPAQUETAMIENTO () HISTERECTOMIA () HISTERECTOMIA SUBTOTAL () REFORZAMIENTO DE PEDICULOS (). OTROS () _____

SANGRADO: _____ HEMOTRANSFUSION SI () NO () CANTIDAD PAQUETES GLOBULARES ____ PLASMA FRESCO CONGELADO ____ CRIOPRECIPITADO ____ PLAQUETAS _____

SE REALIZÓ DES EMPAQUETAMIENTO: SI () NO (), CANTIDAD DE COMPRESAS: _____

DESENLACE PERINATAL: INTERNAMIENTO UCIN SI () NO (), DIAS ____, SEMANAS POR CAPURRO () APGAR AL 1 Y 5 MINUTOS ()-(), PESO _____ GR, TALLA _____ CM, CONTABA CON ESQUEMA DE MADUREZ PULMONAR SI () NO () A LAS CUANTAS SEMANAS _____

COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO: SI () NO ()

CUAL? _____

DIAS ESTANCIA TOTAL MADRE: _____ **DIAS ESTANCIA TOTAL PRODUCTO:** _____