



11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

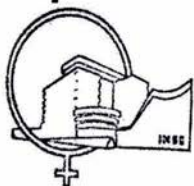
INCIDENCIA DE LA PLACENTA PREVIA Y FACTORES DE RIESGO MATERNOS EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA".

T E S I S PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

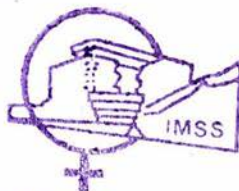
PRESENTADO POR :
DRA. ANA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

ASESORES: DR. MIGUEL VILLA GUERRERO
DR. GILBERTO TENA ALAVEZ

HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 4
"LUIS CASTELAZO AYALA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.



MÉXICO, D. F.



DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS

2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"

Incidencia de la placenta previa y factores de riesgo maternos en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".



Dr. Juan Carlos Izquierdo Puente
Director Médico del Hospital de Gineco-Obstetricia
"Luis Castelazo Ayala".



Dr. Gilberto Tena Alavez.
Jefe de División de Educación Médica e Investigación del
Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala".



Dr. Miguel Villa Guerrero
Jefe del 4° piso de Embarazo Complicado del
Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala".



Dra. Ana María Sánchez Martínez.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo el Dr. Adalí Zárate Santiago, a mis hijos: Adriana, Eduardo y Samantha y a mis padres Josefina y Patricio que con su colaboración y apoyo incondicional han hecho posible que termine la especialidad.

Al Dr. Miguel Villa Guerrero y Dr. Gilberto Tena Alavez por su asesoría y apoyo que me permitió la realización de la presente tesis.

A todos y cada uno del personal médico, enfermería, laboratorio, archivo y pacientes que de alguna manera colaboraron para formarme como especialista.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional

NOMBRE: Ana María Sánchez

Martínez

FECHA: 09/03/04

FIRMA: f

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de la placenta previa y factores de riesgo maternos y morbilidad materno fetal.

Material y Métodos: estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo se revisaron 81 expedientes de pacientes con diagnóstico de placenta previa y los nacimientos de 2000-2003.

Resultados: La incidencia placenta previa fue 3.6 por mil nacimientos. La edad materna predominante fue entre 26-35 años (51.9%), la mayoría fueron multíparas (43%), se identificaron factores de riesgo para placenta previa en (69.1%). El diagnóstico de placenta previa fue por ultrasonido en un (55.6%), la variedad de placenta previa más frecuente fue la inserción baja (49.4%). La interrupción del embarazo fue pretérmino en (51.9%), con peso adecuado arriba 2500 grs. (72.9%), los recién nacidos fueron del sexo masculino (56.8%). Las principales complicaciones fueron Prematurez, síndrome distres respiratorio, malformaciones y sólo se presentó un óbito. Las complicaciones maternas fueron la anemia, el shock hipovolémico, acretismo placentario e infección.

Conclusiones: La placenta previa continua siendo una patología clínica importante que contribuye con la mortalidad perinatal y la morbilidad materna elevada.

INDICE

INTRODUCCION	1
CONCEPTOS BÁSICOS	2
COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES	4
JUSTIFICACIÓN.....	5
HIPÓTESIS	6
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN	13
CONCLUSIONES	15
ANEXOS	16
BIBLIOGRAFÍA	30

I.- INTRODUCCIÓN.

Hoy en día la terapéutica médica ha evolucionado gracias a la medicina basada en evidencias, en la cual el rigor científico de la comunidad médica se aplica a los conocimientos actuales en busca de la verdad objetiva y nos permite opinar, recordar y discutir con propiedad una conducta terapéutica, procedimiento y/o medicamento en particular.

La prevalencia de la placenta previa varía en forma directamente proporcional a los factores de riesgo de una población ó grupo étnico dado. En los E.U.A. oscila entre 4.8–5 por cada 1000 nacidos vivos⁽²⁾ y una mortalidad materna de 0.3%⁽³⁾.

La placenta previa es una complicación obstétrica que se identifica en el 2º y 3er. trimestre del embarazo teniendo implicaciones serias en la morbilidad y mortalidad materno-fetal^(2,3,4) a consecuencia de sangrado transvaginal.

La etiología de la placenta previa aún es incierta, sin embargo existen diversos factores que se encuentran relacionados con la incidencia como: la multiparidad, edad materna avanzada, cesáreas previas, abortos, embarazo múltiple y el tabaquismo ^(2,5,6,7,8,9,10,11,12,13).

Las repercusiones en el neonato de una madre con placenta previa son: partos pretérmino, anomalías congénitas, anemia, restricción en el crecimiento intrauterino y síndrome de distres respiratorio ^(14,15).

II.- CONCEPTOS BÁSICOS.

En la placenta previa este órgano está situado sobre el orificio cervical interno ó muy cerca de éste. Se diferencian cuatro grados:

- ◆ Grado I ó baja: la placenta está implantada en el segmento uterino inferior a menos de 5 cm del orificio cervical interno.
- ◆ Grado II marginal: el borde de la placenta está en el margen del orificio interno.
- ◆ Grado III ó central parcial: El orificio cervical interno está cubierto por la placenta.
- ◆ Grado IV ó central total: el orificio cervical interno está completamente cubierto por la placenta. (2, 23,24)

El evento más característico en la placenta previa es la hemorragia transvaginal indolora, que habitualmente ocurre a finales del 2° trimestre. La causa es la formación del segmento uterino inferior y la dilatación del orificio interno que producen inevitablemente desgarro de anclajes placentarios. Además de la incapacidad de las fibras miometriales del segmento uterino inferior para contraerse y constriñir de esta forma los vasos desgarrados.(2,23,24) La hemorragía tiende a ser roja y brillante y el segundo evento de sangrado es por lo general más profuso que el primero.(2,24).

El ultrasonido tiene una precisión diagnóstica en la placenta previa en 95-98%(2,10,14,24). Los falsos positivos se deben a una distensión vesical, placenta grande implantada en el fondo uterino pero con extensión al orificio cervical interno ,obesidad materna(2,24,25,26) .El ultrasoni-

do vaginal ofrece una mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de placenta previa, sin incrementar el riesgo de sangrado (24,26,28).

El tratamiento tiene como objetivo: prolongar el período gestacional de los fetos pretérmino. La paciente hospitalizada se maneja con hemotransfusión a requerimientos, uso de inductores de madurez pulmonar, tocolíticos y/o amniocentesis, con la finalidad de corroborar maduración pulmonar y resolución del embarazo vía abdominal (2,6,7,27).

III.- COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES.

Dentro de las complicaciones maternas, el choque hipovolémico se presenta en el 10-25% de los casos asociado a placenta previa. La hemorragia posterior al parto se presenta frecuentemente debido a la escasa cantidad de fibras musculares en el segmento uterino, que realizan la hemostasia, requiriendo en ocasiones histerectomía y/o liga dura de arterias hipogástricas. Otras complicaciones asociadas son: infecciones, sepsis, trauma quirúrgico, accidentes anestésicos y los relacionados a la transfusión sanguínea como el VIH ó Hepatitis.

El acretismo placentario en placenta previa se encuentra en 5% en útero sin cicatriz, en caso de existir cicatriz el riesgo aumenta en un 24% y en 2 ó mas cicatrices previas y placenta previa el riesgo de acretismo se eleva hasta el 70% de acuerdo a los reportes de Clark ⁽²⁴⁾. Los factores predisponentes para acretismo similares a la placenta previa son: antecedente de legrado uterino instrumental, endometriosis, miomas submucosos, adenomiosis y multiparidad.

Dentro de las complicaciones fetales se encuentra: la Prematurez, asfixia intrauterina, hemorragia fetal, trauma obstétrico y retardo en el crecimiento intrauterino.^(24,25,28).

IV.- JUSTIFICACIÓN.

La patología obstétrica asociada a la placenta previa se ha convertido en un campo de estudio apasionante, pues allí se encuentra ocultos con frecuencia factores de morbimortalidad que explican muertes fetomaternas.

Es la placenta previa de las clásicamente referida; denominándose así a aquella que ocupa su inserción en el segmento uterino inferior y orificio cervical interno y que con las contracciones uterinas se crea una zona de separación, produciendo sangrado genital.

Hoy día la ecografía se ha convertido en el método más simple y conveniente para el diagnóstico de placenta previa. Con frecuencia sorprende al clínico con una hemorragia ante ó intra parto, obligando a tomar medidas de emergencia por la salud materno fetal.

A pesar de ser una renombrada entidad obstétrica, son pocas las publicaciones del tema en nuestro país, la revisión más reciente en hospital "Luis Castelazo Ayala". Es de 1992 considerando sólo factores de riesgo. Con frecuencia los libros describen sus características y aspectos clínicos, pero estos datos pudieran no estar totalmente de acorde con la realidad local donde laboramos.

Todo lo anterior nos motivó a estudiar la placenta previa, esto permite conocer la incidencia actual de la placenta previa, determinar factores de riesgo maternos y resultados perinatales y hacer sugerencias pertinentes.

V.- HIPOTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA

La incidencia de la placenta previa es igual ó mayor en nuestra población de estudio y está relacionada proporcionalmente con los factores de riesgo maternos.

HIPÓTESIS NULA

La incidencia de la placenta previa no es igual en nuestra población de estudio y no está relacionada proporcionalmente con los factores de riesgo maternos.

VI.- OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la incidencia de la placenta previa en mujeres atendidas en el hospital de Gineco-Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala" de Enero de 2000 a Noviembre 2003.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Conocer los principales factores de riesgo en la población de estudio, correlacionar los mismos de acuerdo a las investigaciones previas.

Determinar la morbilidad y mortalidad materno-perinatal relacionada con la placenta previa.

VII.- MATERIAL Y METODOS.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Eventos obstétricos con embarazos por arriba de 28 semanas de gestación ocurridos en el Hospital Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" del 2000 al 2003.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Todas las pacientes a las cuales se les diagnóstico placenta previa y se resolvió el evento obstétrico en el Hospital Gineco-Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala".

Que el diagnóstico de placenta previa se realice por ultrasonido y se confirme el mismo durante el transoperatorio.

Embarazo único ó múltiple con feto vivo ó muerto.

Embarazo con placenta previa asociado ó no a otra patología materna.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes con inserción normal de placenta.

Pacientes con embarazos resueltos antes semana 28 de gestación.

Pacientes las cuales la resolución del embarazo no se llevó a cabo en el Hospital Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA.

Se revisarán los registros de la unidad de Quirófano, obteniendo la información como: nombre, diagnóstico y cédula, posteriormente se sacará la información directamente de los expedientes clínicos.

SISTEMA DE CAPTACIÓN.

Se realizará la captura de información directamente del expediente clínico por medio de un formato previamente establecido, el cual se anexa al protocolo.

METODOLOGÍA.

La información será obtenida de los expedientes clínicos del archivo, la misma se verterá en una hoja de recolección de datos y posteriormente en un equipo de cómputo para realizar las análisis correspondientes.

VIII.- RESULTADOS

El total de casos estudiados fueron 81. La edad materna predominante en que se presentó la placenta previa fue entre 26 y 35 años de edad, que representa el 51.9% de las pacientes, mientras que en las pacientes mayores de 35 años se presentó en un 22.2%. (tabla I)

En las pacientes multíparas con tres gestaciones ó más se presentó en un 43% la placenta previa, seguido por las pacientes gestas II en un 35.8% y en sólo en 20.9% en las gestas I. (Tabla II).

En referencia a la paridad y placenta previa el mayor número de casos: 46 pacientes (56.8%) se presentó en mujeres nulíparas, en 23 pacientes (28.4%) en el primer parto, en las de segundo parto 9 pacientes (11.1%) y sólo en 3 pacientes (3.7%) en con tres partos ó más. (Tabla III).

Se encontraron factores de riesgo para placenta previa en 56 pacientes (69.1%) y las 25 restantes (30.9%) sin factores de riesgo alguno. (Tabla IV).

El factor de riesgo predominante fue el evento obstétrico previo en 46 pacientes (56.8%), de las cuales 22 pacientes (27.1%) tenían cesárea, 15 pacientes (18.5%) legrado y en 9 pacientes (11.1%) ambos. El 2º factor de riesgo fue la multiparidad con 6 pacientes (7.5%) y en 4 pacientes (4.9%) el factor de riesgo fue la edad materna.

En un (25.9%) se identificó un sólo factor de riesgo; en el 28.3%, dos factores de riesgo y en 14.9% tres factores de riesgo. (Tabla V).

La interrupción del embarazo en su mayoría 39 pacientes (48.1%) fué a término, en 35 pacientes (43.2%) pretérmino y en 7 pacientes (8.7%) fueron prematuros. (Tabla VI).

La variedad de placenta previa fue la siguiente en 40 pacientes (49.4%) de inserción baja, en 36 pacientes (44.4%) placenta central total, en 3 pacientes (3.7%) placenta marginal y sólo en 2 pacientes (2.5%) se diagnosticó como placenta central parcial. (Gráfica I).

El diagnóstico se hizo en 45 pacientes (55.6%) a través de ultrasonido, en 35 pacientes (40.7%) se realizó por clínica teniendo las pa-cientes sangrado como signo principal y éste diagnóstico se confirmó por ultrasonido y sólo 3 pacientes (3.7%) se llevó a cabo el diagnósti-co en el transoperatorio. (Tabla VII).

Con referencia al peso de los recién nacidos: 59 niños (72.9%) fué igual ó mayor a los 2,500 grs. y en 22 niños (27.1%) fue menor a 2,500 grs. (Tabla VIII).

En la mayoría de los productos la valoración de Apgar fue 6, 7 y 8 al minuto y 9 a los 5 minutos en 48 pacientes (60%); seguido con 29 recién nacidos (36.3%) que tuvieron 6, 7 y 8 al minuto y 8 a los 5 minu-tos; y sólo 3 recién nacidos (3.7%) tuvieron Apgar de 6 y 5 al minuto, recuperada a los 5 minutos con valor de 7. Se excluyó un óbito que ocurrió en la población de estudio. (tabla IX)

Como podemos observar la mayoría de los recién nacidos fueron del sexo masculino: 46 (56.8%) y del sexo femenino sólo 35 (43.2%). (Gráfica II).

En las 81 pacientes estudiadas, la interrupción del embarazo fue por cesárea, de las cuales 62 pacientes (75.4%) se les practicó tipo Kerr, en 10 pacientes (12.3%) corporal y las 10 pacientes restantes (12.3%) terminaron en cesárea-histerectomía secundaria a acretismo placentario en 7 de ellas, 2 pacientes por hipotonía uterina no rever-

sible con tratamiento médico y 1 paciente por infección, además se realizaron 26 oclusiones tubarias bilaterales transoperatorias. (Tabla X).

Dentro de las complicaciones maternas: 17 tuvieron anemia; 13 pacientes presentaron shock hipovolémico, de las cuales 4 tuvieron grado II, 5 grado III y 4 tuvieron grado IV; existió acretismo en 7 pacientes. Hubo infección en 1 paciente debido a deciduitis, la cual terminó en histerectomía a los 7 días postcesárea. Dos pacientes presentaron atonía uterina que ameritó histerectomía.

Dentro de la patología obstétrica asociada a placenta previa se encontró: Ruptura prematura de membranas en 4 pacientes, Desprendimiento Prematuro de Placenta Normolinserta en 4 pacientes, Diabetes gestacional en 2 pacientes y Diabetes Mellitus en 1 paciente; hipotiroidismo en 1 paciente. Preeclampsia en 1 paciente y 2 portadoras de Hipertensión Arterial crónica. En total se encontró 16 pacientes con patología. (Gráfica III)

La repercusión de la placenta previa en el recién nacido fue: Prematuridad en 42 casos (51.8%), de los cuales 41 (50.1%) presentaron Síndrome de Distres Respiratorio, de éstos: 2 recién nacidos con malformaciones congénitas: 1 cardiopatía y 1 Síndrome Dismórfico, y hubo 1 óbito.

En los productos de término: 39 casos (48.2%) hubo menor número de complicaciones, sólo 4 recién nacidos se vieron afectados por Ruptura Prematura de Membranas, de los cuales 2 cursaron con Sepsis Neonatal.

IX.- DISCUSIÓN.

Estudiar la placenta previa con la finalidad de conocer la incidencia y repercusión perinatal, con lo cual evaluará la calidad asistencial y se establecerán pautas correspondientes a posterior.

Esta patología se estudia usualmente con las hemorragias uterinas del 2° y 3er trimestre de gestación, debe señalarse su participación en toda paciente sintomática con sangrado. Con el advenimiento de la ecografía y su uso casi rutinario en la mujer embarazada sin importar la edad gestacional, se ha incrementado la posibilidad diagnóstica desde el período de Placentación hasta el final del embarazo^(2,24,28); más aún, es posible hacer diagnóstico en pacientes asintomáticas y de esta manera orientar conductas preventivas.

En esta investigación encontramos una incidencia de placenta previa de 3.6 por mil nacimientos muy semejante la reportada por Dola y col.⁽²⁵⁾.

Los factores de riesgo para placenta previa asociados en nuestra población estudiada fueron: el antecedente de daño al endometrio-miometrio debido a cesárea, legrado ó ambos en un 56.8%, edad materna avanzada 51.9% y la multiparidad en un 43%. Hallazgos semejantes reportados por Dola y col.⁽²⁵⁾. Lara y col.⁽²⁷⁾, y Michelle y col.⁽⁸⁾. De las 81 pacientes estudiadas en el 69.1% se identificaron uno ó más factores de riesgo.

En más del 50% de los casos de placenta previa el diagnóstico se hizo a través de ultrasonido, por sospecha clínica en el 40.7% de las embarazadas el cual se confirmó con ultrasonido y sólo en 3 casos fue

transoperatorio de los cuales el ingreso fue directamente a quirófano por hemorragia importante.

De acuerdo a la localización placentaria la más frecuente fue la inserción baja en el 49.4% de las pacientes, seguida por la placenta central total en 44.4% de los casos. Hallazgos similares por Lira y col.⁽²⁷⁾.

La resolución del embarazo fue cesárea en el 100% de las pacientes, de las cuales a 75.4% de las pacientes se les realizó tipo Kerr⁽²⁵⁾; Corporal en 12.3% y resto de la población terminó en cesárea-histerectomía, siendo sometidas a una, dos y hasta tres intervenciones quirúrgicas.

Las complicaciones maternas fueron la anemia en un 21% de las pacientes, el shock hipovolémico en el 16% de las pacientes de II, III y IV grado. Una tercera complicación fue el acretismo placentario en 8.6% de las pacientes; semejante al descrito por Clark⁽²⁴⁾, él menciona que hasta el 5% de las pacientes con placenta previa se asocia con placenta acreta y que este porcentaje aumenta hasta un 24% cuando existe cicatriz uterina previa, en un 40% con 2 ó 3 y hasta en un 70% con 4 ó más cicatrices más placenta previa. Por tanto dada la frecuencia de la asociación de placenta previa y acretismo es prudente advertir a la paciente de la posibilidad de cesárea histerectomía.

Los recién nacidos de estas gestaciones fueron en mayoría masculinos 56.8%. Nacieron deprimidos el 49.3% es decir con valoración de Apgar igual ó menor a 7. La principal complicación fue Prematurez en 51.8%, de los cuales el 50.1% presentaron síndrome de distres respiratorio.

X.- CONCLUSIONES.

La incidencia en nuestro hospital "Luis Castelazo Ayala" es muy semejante a la encontrada en otros países.

Sigue siendo el daño al endometrio-miometrio una de las principales causas de placenta previa, asociados a otros factores como la multiparidad, edad materna avanzada.

El ultrasonido sigue siendo el método más eficaz que se dispone para el diagnóstico y deberá efectuarse en toda paciente con factores de riesgo para un tratamiento oportuno y apoyarnos en métodos diagnósticos con mayor sensibilidad y especificidad cuando se sospecha de un acretismo placentario que compromete órganos vecinos.

Las principales complicaciones maternas fueron anemia, choque hipovolémico, acretismo placentario e infecciones y dentro de las complicaciones fetales, tenemos un elevado porcentaje de Prematurez que se acompaña de distres respiratorio y depresión al nacimiento manifestado por Apgar bajo al nacimiento.

En vista que la incidencia de cesárea continua incrementándose en todo el mundo, el problema de placenta previa y acretismo será más común. En el hospital "Luis Castelazo Ayala" el porcentaje de cesárea en esta por arriba del 40% anual.

XI.- ANEXOS

TABLA I
EDAD MATERNA Y FRECUENCIA DE PLACENTA PREVIA

<i>EDAD MATERNA</i>	<i>NUMERO DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
17-25	21	25.9
26-35	42	51.9
>35	18	22.2
TOTAL	81	100.0

TABLA II
FRECUENCIA DE PLACENTA PREVIA DE ACUERDO AL
NÚMERO DE GESTACIONES

<i>GESTAS</i>	<i>NUMERO DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
I	17	20.9
II	29	35.8
III	22	27.1
IV	9	11.1
>V	4	4.9
TOTAL	81	100.0

TABLA III
PARIDAD Y FRECUENCIA DE PLACENTA PREVIA

<i>PARIDAD</i>	<i>No. DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
0	46	56.8
I	23	28.4
II	9	11.1
III y +	3	3.7
TOTAL	81	100.0

TABLA IV
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ESTUDIADAS CON
PLACENTA PREVIA

<i>PACIENTES</i>	<i>NUMERO DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
CON FACTORES DE RIESGO	56	69.1
SIN FACTORES DE RIESGO	25	30.9
TOTAL	81	100.0

TABLA V
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PLACENTA PREVIA EN LA
POBLACIÓN ESTUDIADA.

<i>FACTOR DE RIESGO</i>	<i>No. DE PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
EDAD MATERNA > 35 AÑOS	4	4.9
EVENTO OBSTETRICO PREVIO:		
CESAREA	22	27.1
LEGRADO	5	18.5
AMBOS	9	7.5
MULTIPARIDAD	6	7.5
TOTAL	81	69.1

TABLA VI
EDAD GESTACIONAL EN LA QUE SE INTERRUMPIO
EL EMBARAZO

<i>EDAD GESTACIONAL</i>	<i>No. DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
28-32 SEMANAS	7	8.7
33-36 SEMANAS	35	43.3
37-40 SEMANAS	39	48.1
TOTAL	81	100.0

TABLA VII.
DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA.

<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>NÚMERO DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Ultrasonido	45	55.6
Clínica	33	40.7
Transoperatorio	3	3.7
TOTAL	81	100.0

TABLA VIII.
PESO FETAL AL NACIMIENTO Y PLACENTA PREVIA.

<i>PESO (En grs.)</i>	<i>NÚMERO DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
1000 – 1499	4	4.9
1500 – 1999	8	9.9
2000 – 2499	10	12.3
2500 – 2999	26	32.1
3000 – 3499	27	33.3
3500 – 4000	6	7.5
TOTAL	81	100.0

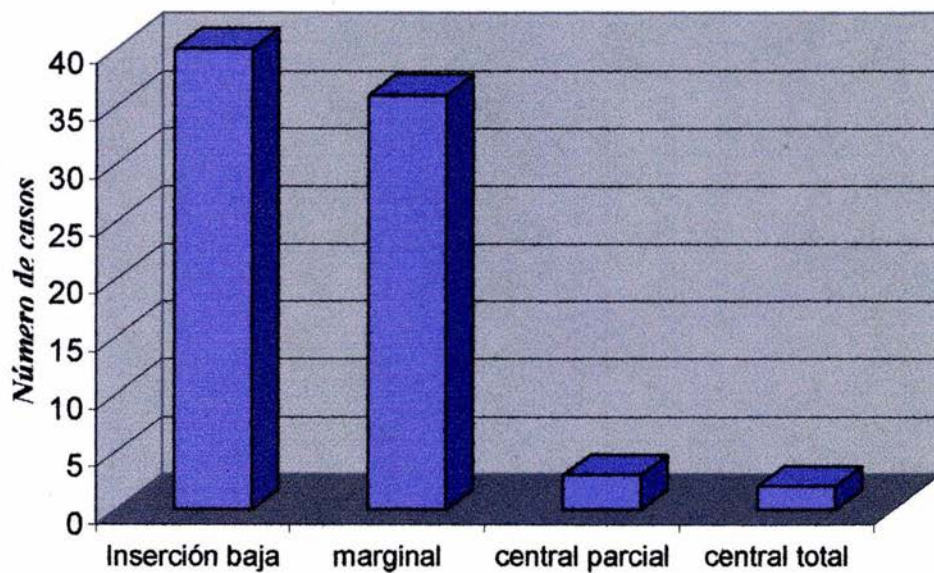
TABLA IX.
VALORACIÓN DE APGAR EN RECIÉN NACIDOS,
DE MADRES CON PLACENTA PREVIA.

<i>APGAR</i>	<i>No. DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
8/9	39	48.7
7/9	8	10.0
6/9	1	1.3
8/8	1	1.3
7/8	24	30.0
6/8	4	5.0
6/7	1	1.3
5/7	2	2.4
TOTAL	80	100.0

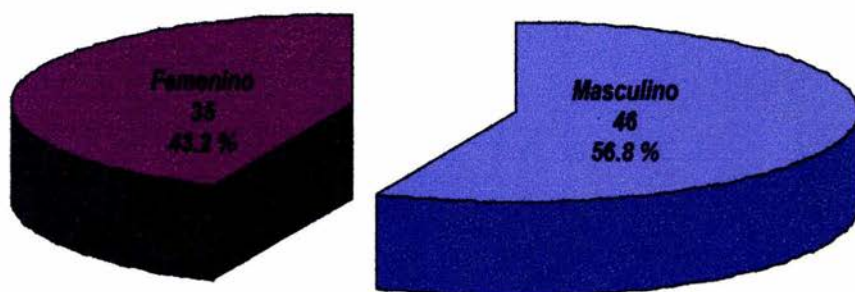
TABLA X.
CIRUGÍA EFECTUADA DURANTE LA RESOLUCIÓN DEL
EMBARAZO EN PACIENTES CON PLACENTA PREVIA.

<i>CIRUGÍA</i>	<i>No. DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Cesárea Kerr	61	75.4
Cesárea Corporal	10	12.3
Cesárea-Histerectomía	10	12.3
TOTAL	81	100.0

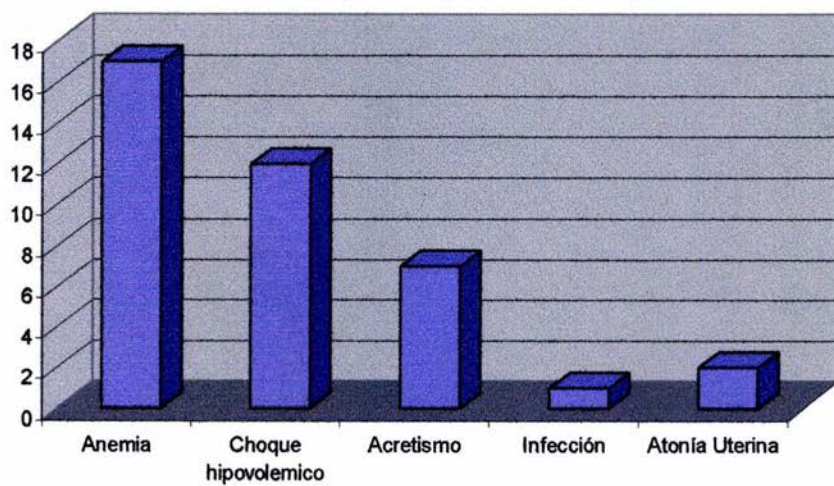
GRÁFICA I.
VARIEDAD DE PLACENTA PREVIA EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.



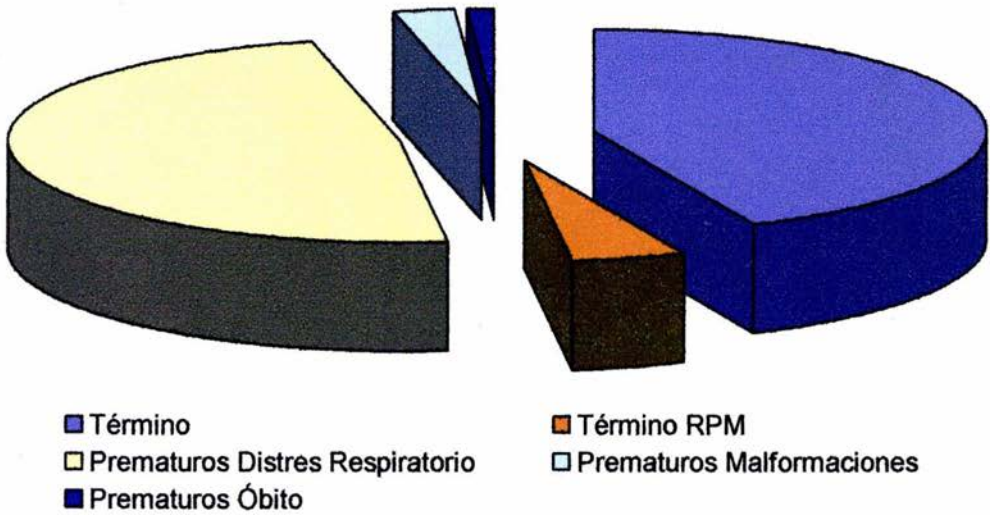
GRÁFICA II.
SEXO DEL RECIÉN NACIDO Y PLACENTA PREVIA.



GRÁFICA III.
COMPLICACIONES MATERNAS.



GRAFICA IV.
MORBILIDAD PERINATAL EN PACIENTES
CON PLACENTA PREVIA.



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

XII.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Iyasu S, Saftlas A, Rowley D. et al: The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979 through 1987. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1424-9.
- 2.-Young Yoon, Patrick Ko. Placenta previa. *Medicine* 2001;26:1-9.
- 3.- Salihi M, Li Q, Rouse D, et al. Placenta previa: Neonatal death after live births in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1305-9.
- 4.- Thomas A, Alvarez M, Friedman F, et al. The effect of placenta previa on blood loss in second-trimester pregnancy termination. *Obstet Gynecol* 1994;84:58-60.
- 5.-Zhang J, Savitz D. Maternal age and placenta previa: A population-based caso-control study. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:641-5.
- 6.-Taylor V, Kramer M, Vaughan T, et al. Placenta previa and prior cesarean delivery: how strong is the association?. *Obstet Gynecol* 1994;84:55-7.
- 7.-Hershkowitz R. Fraser D, Mazor M, et al. One or multiple previous cesarean sections are associated with similar increased frequency of placenta previa. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;62:185-88.
- 8.-Williams M, Mittendorf R. Increasing maternal age as a determinant of placenta previa. More important than increasing parity?. *J Reprod Med* 1993;38:425-8.
- 9.-Williams M, Mittendorf R, Lieberman E, et al. Cigarette smoking during pregnancy in relation to placenta previa. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:28-32.
- 10.-Francois K, Johnson J, Harris C. Is placenta previa more common in multiple gestations?. *Am J Gynecol* 2003;188:1226-7.
- 11.-Ananth C, Smulian J, Vitzileos A. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:1071-8.
- 12.-Handler A, Mason E, Rosenberg D, et al. The relationship between exposure during pregnancy to cigarette smoking and cocaine use placenta previa. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:884-9.
- 13.-Taylor V, Peacock S, Kramer M, et al. Increased risk of placenta previa among women of Asia origin. *Obstet Gynecol* 1995; 86:805-8.

- 14.-Crane J, Van Den Hof M, Doos L, et al. Neonatal Outcomes with placenta previa. *Obstet Gynecol* 1999;93:541-4.
- 15.-Kurt Benirschke. The biology of the twinning process: how placentation influences outcome. *Semin Perinatol* 1995;19:342-350.
- 16.-Blácido L. Síndrome de distrés respiratorio.
- 17.-Cunningham M., MacDonald P., Gant N., et al. *Williams Obstetricia*. Ed . 4a Edit. Masson. México 1996.
- 18.-Hathaway W, Groothuis J, Paisley J, et al. Diagnóstico y tratamiento pediátricos. Ed. 8a Edit. Manual moderno. México 1995; 965, 1127.
- 19.-Pernoll M., Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos. Ed. 6a Edit. Manual Moderno . México 1993; 1077.
- 20.- Diccionario de terminología de Ciencias Médicas. Ed.13a Edit. Salvat. México 1995.
- 21.-Rock J.,Thompson J., Ginecología Quirúrgica. Ed.4a Edit. Panamericana. México 1997; 225-273.
- 22.-Callen P. Ecografía en obstetricia y ginecología. Ed. 3a Edit. Panamericana. México 1998: 491-492.
- 23.-Kaechmer S., Cabral F., Iburgüengoitia F., et al. Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología. INPER México D.F 2002.
- 24.-Cunningham G., Gant K., Leveno H., et al. *Williams Obstetrics*. 21 edition .Edit. Mc Graw-Hill. 2001 620-640.
- 25.-Dola Ch., Garite T., Dowling D., et al, Placenta previa: Does Type Affect Pregnancy Outcome. *Am J Perinatol*. 2003: 353-360.
- 26.- Faneite P.,González M., Rivera C., et al. Placenta previa. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2001: 81-84.
- 27.-Callen Peter. Ecografía en obstetricia y ginecología. Ed. 3ª Edit. Panamericana. 2000: 481-492.
- 28.-Lira J.,Cabral F., Argueta M., et al. Placenta previa análisis de 170 casos. *Ginecol Obstet Méx*. 1995; 63: 175-180.
- 29.-Lira J., Iburgüengoitia F., Argueta M., et al. Placenta previa/acreta y cesárea previa. Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Méx*. 1995; 63: 337-341.