



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Resultados maternos y perinatales en pacientes con placenta previa

Tesis para obtener el título de especialista en Ginecología y Obstetricia

Presentada por

Dr. Guillermo Nájera González

Tutor:

Dr. Miguel Villa Guerrero

Unidad Médica de Alta Especialidad de Gineco-Obstetricia

“Luis Castelazo Ayala”

Instituto Mexicano del Seguro Social



México, DF. junio, 2008



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.

Unidad Médica de Alta Especialidad de Ginecología y Obstetricia

“LUIS CASTELAZO AYALA”

Instituto Mexicano del Seguro Social

Tesis

Resultados maternos y perinatales en pacientes con placenta previa

Dr. Gilberto Tena Alavez

Director General

Dr. Carlos Morán Villota

Director de Educación e Investigación en Salud

Dr. Miguel Villa Guerrero

Asesor de tesis

Jefe del Servicio de Complicaciones de la
Segunda Mitad del Embarazo

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Que me dio salud y me ha permitido disfrutar de los buenos momentos y aprender de los momentos difíciles

A mi padre

Por su esfuerzo y apoyo brindado

A Cristina Ortiz

Por su comprensión, apoyo y amor en todo momento

A mis hermanos Noé y N. Martín

Por estar siempre conmigo

Al Dr. Miguel Villa Guerrero

Por el apoyo en la elaboración de mi tesis

Al Dr. Juan C. Martínez Chequer

Por su asesoría y apoyo en la elaboración de mi tesis

Al HGO 4 “Luis Castelazo Ayala”

Por permitirme ser parte del mejor hospital dedicado a la mujer

INDICE

	Página
Abreviaturas	5
Resumen	6
<i>Abstract</i>	7
Antecedentes	8
Objetivo	11
Planteamiento del problema	12
Justificación	13
Metodología	14
Resultados	17
Discusión	20
Conclusiones	23
Referencias	24
Tablas y gráficas	25

ABREVIATURAS

UCIA:	Unidad de cuidados intensivos del adulto
UCIN:	Unidad de cuidados intensivos neonatales
UTIN:	Unidad de terapia intermedia neonatal
LUI:	Legrado uterino instrumentado
HTA:	Histerectomía total abdominal
RN:	Recién nacido
SDR:	Síndrome de dificultad respiratoria
PP:	parto pretérmino
G:	Gestas
P:	Partos
C:	Cesárea
A:	Aborto
SDG:	Semanas de gestación
IMC:	Índice de masa corporal
RR:	Riesgo relativo
IC:	intervalo de confianza
OR:	Odds radio (Razón de momios)

RESUMEN

Objetivo. Analizar los resultados maternos y perinatales de pacientes con placenta previa central total (PCT) e inserción baja de placenta (IBP)

Material y métodos. Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal, se analizaron las condiciones y complicaciones de la interrupción del embarazo de pacientes con placenta previa hospitalizada durante el periodo de 01 mayo de 2007 a 30 abril 2008. Se realizó estadística descriptiva y comparativa.

Resultados. Se analizaron 34 casos. 23 (67.6%) PCT y 11 (32.4%) IBP. 23 casos (67.6%) se intervinieron de manera programada (14 con PCT y 9 IBP) y 11 (32.4%) en forma urgente (9 PCT y 2 IBP). Las complicaciones maternas fueron, choque hipovolémico grado I y II en 28 (87.5%), en 2 (5.8%) grado III y en 4 (11.7%) grado IV, sin diferencia de acuerdo al tipo de intervención ($p=0.64$). Se realizó histerectomía total abdominal (HTA) en 10 casos de PCT por 1 de IBP ($p=0.04$) sin relacionarse con el tipo de intervención ($p=0.51$), acretismo placentario en 10, -9 en PCT y 1 en IBP- ($p=0.07$). No hubo muertes maternas. Hubo 7 complicaciones neonatales graves en cirugías de urgencia y 4 en programadas ($p=0.01$), el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) se presentó en 6 casos de cirugía de urgencia y en 1 en programada, ($p=0.002$), el Apgar a los 5 minutos fue menor de 7 en 2 casos (5.8%) sin diferencia de acuerdo al tipo de intervención ($p=0.45$)

Conclusiones. Las complicaciones maternas mas frecuentes fueron HTA obstétrica, choque hipovolémico y acretismo placentario, las complicaciones neonatales fueron debidas a prematurez.

Palabras clave. Placenta previa, cesárea histerectomía

ABSTRACT

Objective. To analyze maternal and perinatal outcomes of patients with placenta previa central total (PCT) and low insertion of placenta (PPI)

Materials and methods. Observational, prospective, descriptive and cross study, analyzed the conditions and complications of pregnancy termination of patients hospitalized with placenta previa during the period from 01 May 2007 to April 30, 2008. We performed comparative and descriptive statistics.

Results. We analyzed 34 cases. 23 (67.6%) PCT and 11 (32.4%) IBP. 23 cases (67.6%) were treated so programmed (14 PCT and 9 with PPI) and 11 (32.4%) on an urgent (9 PCT and 2 with PPI). The maternal complications were hypovolemic shock Grade I and II in 28 (87.5%), 2 (5.8%) grade III and 4 (11.7%) grade IV, without distinction according to the type of intervention ($p = 0.64$). We performed total abdominal hysterectomy (HTA) in 10 cases of the PCT by 1 of PPI ($p = 0.04$) without interacting with the type of intervention ($p = 0.51$), acretismo in placental 10,-9 and 1 in the PCT in IBP- ($p = 0.07$). There were no maternal deaths. There were 7 serious neonatal complications in emergency surgeries and 4 scheduled in ($p = 0.01$), respiratory distress syndrome (RDS) was presented in 6 cases of emergency surgery and a scheduled 1, ($p = 0.002$), Apgar to 5 minutes was less than 7 in 2 cases (5.8%) without distinction according to the type of intervention ($p = 0.45$)

Conclusions. The maternal complications were more frequent HBP obstetric, hypovolemic shock and placental acretismo, neonatal complications were due to prematurity.

Keywords. Placenta previa, caesarean hysterectomy

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son resultados maternos y perinatales en pacientes con placenta previa?

ANTECEDENTES

La placenta previa es cuando la inserción placentaria se encuentra cerca del orificio cervical interno del cervix o lo cubre total o parcialmente, por lo que se clasifica de acuerdo su localización tomando como referencia el orificio cervical interno en: **Placenta previa total**; el orificio cervical interno del cervix se encuentra totalmente cubierto por la placenta, **placenta previa parcial**; el orificio cervical interno del cervix se encuentra parcialmente cubierto por la placenta, **placenta previa marginal**; el borde placentario se encuentra en el margen del orificio cervical interno, **placenta de implantación baja**; borde placentario a 2 cm., o menos del borde cervical interno. La placenta previa complica aproximadamente 1 de 200 embarazos lo cual está asociado a mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, se ha encontrado placenta previa en aproximadamente el 0.3 a 0.5% de todos los embarazos con una incidencia anual de 4.8 por 1000 embarazos. Los factores de riesgo asociado a placenta previa son cesáreas previas, edad materna, multiparidad, tabaquismo, embarazos múltiples, consumo de cocaína. El antecedente de una cesárea previa aumenta el riesgo de placenta previa con un riesgo relativo (RR) de 1.5, el antecedente de cesárea con un año de diferencia tiene un RR de 1.7, el antecedente de 2 cesáreas aumenta el riesgo al doble con un RR de 2. El tabaquismo se relaciona con un RR de 2. (1)

No está clara la fisiopatología de la inserción baja de placenta, pero el crecimiento y desarrollo placentario se lleva a cabo en sitios altamente vascularizados como lo es el fondo uterino, cuando la implantación placentaria se lleva a cabo en sitios como el cervix o por debajo del segmento uterino se debe a que existe un cierto

grado de atrofia de capa funcional del endometrio, por diversas causas como edad materna, multiparidad, antecedente de cesárea, tabaquismo entre otros. (2)

Las complicaciones frecuentes de la placenta previa son hemorragia anteparto con un RR de 9.81, histerectomía obstétrica con un RR de 33.26, en relación con la presencia de acretismo placentario hasta en un 83% en pacientes con esta condición, adherencia placentaria con hemorragia transquirúrgica con un RR de 2.48, hemorragia post parto o post quirúrgica con un RR de 1.86, transfusión sanguínea con un RR de 3.05, septicemia con un RR de 5.5, tromboflebitis con un RR de 4.85, la mortalidad en Estados Unidos es de 0.03%. (3)

La tasa de mortalidad materna por hemorragia obstétrica en la ciudad de México es de 58:100,000 nacidos vivos, reportando 5.1% y en los estados es de 3 a 4 mayor. (4)

Las complicaciones que se presentan en pacientes con placenta previa, difieren de acuerdo a la localización placentaria (placenta central total, parcial y marginal), presentándose hemorragia durante el embarazo a las 29, 32, 33 semanas de gestación respectivamente, cesárea histerectomía 20.5% en placenta central total y 8.1% en placenta parcial y marginal sin diferencias significativa entre estas. (5)

La mortalidad materna por placenta previa ha disminuido desde 1927 en que se comenzó a protocolizar la transfusión sanguínea y el nacimiento programado por cesárea en estas pacientes, así como el manejo expectante en pacientes cerca del término del embarazo, aunque la mitad de las pacientes están casi al término de la gestación cuando el sangrado se desarrolla por primera vez. El parto pretérmino (PP) todavía plantea un problema muy importante debido a que no todas las pacientes pueden ser tratadas de manera expectante, reportándose

tasas de hasta 40% y es una causa importante de mortalidad perinatal aunque se realice manejo expectante de la placenta previa, sin embargo la tasa de mortalidad no aumenta comparada con lactantes de la misma edad nacidos de mujeres sin placenta previa, aunque por razones no esclarecidas las anomalías fetales son más frecuentes en estas pacientes así como la restricción del crecimiento fetal. (6)

El riesgo de parto pretérmino en pacientes con placenta previa es de 3.5 (IC 95% OR 2.8 - 3.7), la restricción en el crecimiento intrauterino se presenta con mayor frecuencia en el 3.7% de los casos con un OR 1.37 (IC 95% 1.25 -1.50). (7)

El nacimiento pretérmino es más frecuente en pacientes con placenta previa que en pacientes sin esta patología en 46.56% y 7.27% respectivamente, con mayor número de complicaciones neonatales, tales como síndrome de dificultad respiratoria que se presenta en 24.92% en pacientes con placenta previa y 1.50% en pacientes sin esta patología, con un OR de 4.94 (IC 95% 3.45-7.08), anemia neonatal en 15.95% y 1.20% en pacientes con placenta previa y sin placenta previa respectivamente, con un OR de 2.65 (IC95% 1.7–4.15), hemorragia ventricular en 2.99% en pacientes con placenta previa y 0.30% en pacientes sin placenta previa, apgar menor de 7 a los 5 minutos en 5% en pacientes con placenta previa y únicamente en 1.22% en pacientes sin esta patología, con el consiguiente aumento de ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales en un 40.20% comparado con 8.54% en pacientes sin esta patología. (8)

En el Hospital de Ginecoobstetricia “Luís Castelazo Ayala” durante el periodo 2001-2002 se registraron 116 casos de placenta previa pero no se conocían cuales eran los resultados maternos y perinatales en el manejo de esta entidad, hasta la realización de este estudio.

OBJETIVO

Analizar los resultados maternos y perinatales de pacientes con placenta previa

JUSTIFICACIÓN

Es conocido que las pacientes con placenta previa tienen mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y su resolución, con repercusiones tanto maternas como neonatales, las cuales están identificadas pero no se conocen con exactitud los resultados del manejo establecido en estas pacientes en nuestro hospital.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

Observacional, transversal, prospectivo y descriptivo

Universo de trabajo

Pacientes con diagnóstico de placenta previa hospitalizadas en el cuarto piso del Hospital de Ginecoobstetricia "Luís Castelazo Ayala" del IMSS, del periodo de 01 de mayo de 2007 al 30 de abril de 2008 y cuyo embarazo fue resuelto en dicho hospital..

Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico de placenta previa

Embarazo sin complicaciones agregadas

Embarazos con edad gestacional entre 28 y 37 semanas de gestación

Criterios de no inclusión

Mortalidad materna no relacionada con placenta previa

Pacientes que no desearon participar en el manejo establecido en el "código rojo"

Criterios de eliminación

Pérdida del seguimiento

Variable independiente

Placenta previa

Variable dependiente

Resultados maternos

Resultados perinatales

Variables confusoras

Tipos de placenta previa parcial y marginal desde un enfoque ultrasonográfico

Adherencia placentaria desde el punto de vista clínico (percreta, increta, acreta)

Definición operacional de las variables

Resultados maternos: condiciones y complicaciones de la resolución del embarazo, tales como cirugía de urgencia, histerectomía obstétrica, choque hemorrágico.

Resultados perinatales: evaluación clínica pediátrica del recién nacido al nacimiento y neonatal inmediato incluyéndose como complicaciones los siguientes: anemia del recién nacido, bajo peso para edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular.

Placenta previa: Fue considerada mediante la identificación de USG realizado en este hospital, incluyendo a la PCT, parcial, marginal e IBP. Para los fines de este estudio la placenta parcial y la marginal se consideraron como IBP.

Metodología

A todas las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de placenta previa, que se encontraron en "código rojo" (el cual consiste en permanecer en reposo absoluto las 24 horas del día, vigilancia estrecha de presencia de sangrado transvaginal y/o actividad uterina, registro cardiotocográfico, ultrasonido obstétrico, biometría hemática y cruce sanguíneo semanal), y que posteriormente se les interrumpió el embarazo mediante operación cesárea, se les analizaron las condiciones y complicaciones de la interrupción del embarazo, así como el resultado perinatal por medio de la valoración clínica pediátrica, calificación Apgar al minuto y a los 5 minutos, edad gestacional por Capurro al igual que la presencia o no de patología neonatal agregada.

Se vació toda la información en una hoja de recolección de datos diseñada específicamente para este estudio. El proyecto de investigación fue sometido a la evaluación del Comité Local de Investigación y se le otorgo el número de autorización R-2008-3606-1.

Tamaño de la muestra

Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de placenta previa

Análisis estadístico de la información

Se utilizó estadística descriptiva y estratificación de las pacientes de acuerdo al tipo de placenta previa que presentó, así como análisis comparativos de los factores de riesgo para complicaciones tanto maternas como neonatales

RESULTADOS

De los 34 casos de pacientes con placenta previa 23(67.6%) fueron placenta previa central total y 11(32.4%) inserción baja de placenta, la interrupción del embarazo se llevó a cabo de manera programada de acuerdo a la edad gestacional en 23 (67.7%) -14(60.8%) con PCT y 9(39.2%) IBP-, 6 casos (17.6%) antes de las 34 semanas, 22 casos (64.80%) fueron entre la semana 34 y 36 de gestación, y 6 casos (17.6%) después de las 37 semanas de gestación.,En 11 casos (32.3%) se interrumpió de manera urgente -9(81.8%) por y 2(18.2%) por IBP-, los motivos de interrupción en estos 11 casos fueron; sangrado transvaginal persistente en 8(72.7%) y contractilidad uterina en 3(27.3%). El tipo de cesárea fue Kerr en 19 casos (55.8%) y corporal en 15(44.2%).

Las complicaciones maternas fueron hipotonía uterina en 7 casos (20.5%) - 6(85.7%) remitieron con oxitócicos y 1(14.3%) requirió HTA-, acretismo placentario en 10 casos (29%) -9(90%) con PCT y 1(10%) con IBP-, presentándose con mayor frecuencia en pacientes con PCT que en IBP ($p=0.07$). En 11 casos (32.3%) se realizó HTA -10(90.9%) en PCT y 1(9.1%) en IBP (grafica 1), la HTA obstétrica fue mas frecuente en casos de PCT que en IBP ($p=0.04$), en 10 casos de HTA (90.9%) se realizó por acretismo placentario y 1 caso (9.1%) por atonía uterina, 7 casos de HTA se realizaron en cirugía programada y 4 casos en cirugía de urgencia (tabla 4), no se encontró relación con el tipo de intervención – urgente vs. programada – ($p=0.51$) . De acuerdo a la cantidad de perdida sanguínea en el procedimiento quirúrgico, se presentó choque hipovolémico en todos los casos. Siendo en la gran mayoría (80%) de ellos grado I y II (tabla 2). Al compararse el grado de choque hipovolémico de acuerdo al tipo de intervención –urgente vs.

programada-, no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0.64$) (tabla 3). En 3 casos (8.8%) se presentó lesión vesical incidental y todos ellos estuvieron relacionadas con acretismo placentario siendo reparadas satisfactoriamente, en 2 casos (5.8%) se requirió reintervención por datos de irritación peritoneal al encontrarse hemoperitoneo, en 4 casos (11.7%) se requirió atención en la UCIA por choque hipovolémico grado IV y todas ellas tuvieron PCT. Todas las pacientes fueron egresadas a piso sin secuelas. No hubo muertes maternas

En referencia a los neonatos, se presentaron 7 casos de complicaciones neonatales en cirugía de urgencia y 4 casos en cirugía programada, estas complicaciones fueron mas frecuentes en cirugías de urgencia que en programadas (grafica 3), con el consiguiente ingreso a UCIN / UTIN ($p=0.01$), se ingresaron 5 neonatos (14.7%) a UCIN -4 (80%) por SDR y 1 (20%) por asfixia severa- y 6 neonatos (17.6%) a UTIN -3 (50%) por SDR, 2 (33%) por neumonía y 1 (17%) por malformaciones múltiples-, el SDR fue la complicación mas frecuente presentándose en 7 casos (20.5%), 6 de estos (85.7%) en PCT y 1 (14.3%) en IBP, el SDR fue mas frecuente en cirugía de urgencia que en cirugía programada (grafica 2), presentándose 6 casos en cirugía de urgencia y 1 caso en cirugía programada, ($p=0.002$). Se obtuvo una calificación de Apgar menor de 7 a los 5 minutos en 2 casos (5.8%) sin presentar diferencia de acuerdo al tipo de intervención – urgente vs. programada – ($p=0.45$). El peso neonatal fue menor de 1500 grs. en 5 casos (14.7%) y en 29 casos (85.3%) mayor de 2000 grs.

DISCUSION

El desarrollo de placenta previa depende del crecimiento y desarrollo placentario en sitios como el cervix o por debajo del segmento uterino, debido a que existe un cierto grado de atrofia de capa funcional del endometrio por diversas causas como edad materna, multiparidad o antecedente de cesárea. (2) En este estudio aunque no fue el objetivo, se encontró que la mayoría de las pacientes tenían antecedente de intervención uterina secundaria a operación cesárea o legrado uterino instrumentado, así como multiparidad (ver tabla 1). En este estudio la edad materna avanzada no fue una característica asociada a la placenta previa, lo que puede deberse a que en nuestra población la multiparidad y factores de riesgo asociados se cumple en pacientes de temprana edad debido al alto porcentaje de embarazos en edades tempranas incluyendo adolescentes.

La incidencia de casos de placenta previa tiene en apariencia una disminución con respecto a la obtenida en nuestro hospital en el periodo 2001-2002, en donde se reportan 116 casos, en este estudio se analizaron 34 casos durante el mismo periodo de un año, esto debido a que los criterios de clasificación de placenta previa se han modificado con el tiempo, teniendo diferencia en la definición de inserción baja de placenta. En la actualidad inserción baja de placenta se define como localización placentaria a 2 o menos cm. del orificio cervical interno, con disminución de la incidencia que varía de 0.3% a 0.5% (1), criterios que fueron tomados en nuestro hospital, modificando la incidencia la cual se acerca a la reportada internacionalmente.

Es conocido que las complicaciones difieren de acuerdo a la localización placentaria (placenta central total, parcial y marginal), presentándose hemorragia

durante el embarazo a las 29, 32, 33 semanas de gestación respectivamente y de manera mas frecuente en PCT, cesárea histerectomía en 20.5% en placenta central total y 8.1% en placenta parcial y marginal sin diferencias significativa entre estas (5) Los casos de cesárea histerectomía en este estudio fue de 29% para pacientes con PCT y 3% para IBP lo cual coincide con lo reportado en la bibliografía, las histerectomías obstétricas no tuvieron una relación estadísticamente significativa al comparase el tipo de interrupción urgente vs. programada, pero si se relacionó con el acretismo placentario. El acretismo placentario presentó una tendencia estadísticamente significativa de acuerdo al tipo de inserción placentaria, siendo mas frecuente en PCT, en donde seguramente el incrementar el tamaño de la muestra evidenciaría una diferencia estadísticamente significativa, el porcentaje de acretismo placentario fue de 29% en este estudio, el cual se encuentra por arriba de lo reportado en la bibliografía de 9.1% (5), pero estudios retrospectivos en donde se analizaron las indicaciones de histerectomía obstétrica en hospitales de enseñanza, la indicación mas frecuente fue el acretismo placentario en un 48% y que en su mayoría tenían el antecedente de alguna intervención uterina (9), como en nuestra población estudiada en donde el 73.5% tenían el antecedente de cesárea o legrado uterino. La hemorragia anteparto también se relacionó con la localización placentaria, presentándose en 32.3% de los casos, siendo mas frecuente en pacientes con PCT 81.8%, siendo mayor que el porcentaje de pacientes reportadas internacionalmente de 67.8% de hemorragias ante parto para PCT (3) En este estudio el choque hipovolémico grado IV, se presento mas frecuentemente en pacientes con PCT y los 4 casos de choque hipovolémico grado IV fueron en

pacientes con este tipo de inserción, la hemorragia severa grado III y IV, que por lo tanto requirió transfusión sanguínea fue en 6 casos 17.6%, similar a lo reportado en la bibliografía de 14.5% con hemorragia severa, que amerita transfusión sanguínea (3).

Otras complicaciones aisladas presentadas fueron lesión vesical, persistencia de sangrado con el subsecuente hemoperitoneo que requirió reintervención quirúrgica, estas debidas al grado de adherencia placentaria presentado.

Las complicaciones neonatales se debieron principalmente a prematuridad y al peso neonatal, ya que la interrupción del embarazo en estas pacientes está indicado antes de las 37 semanas de gestación por lo que el 100% de neonatos son prematuros, lo que conlleva a un mayor número de complicaciones y productos con bajo peso, aunque en algunos estudios se reporta un mayor número de casos de restricción de crecimiento intrauterino debido a la menor perfusión placentaria por la implantación en sitios de menor vascularidad. (7) En este estudio no encontramos este hallazgo, la principal complicación fue el síndrome de dificultad respiratoria, el SDR es la principal complicación, se presenta en 24.92% en pacientes con placenta previa y 1.50% en pacientes sin esta patología además existe un consiguiente aumento de ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales en un 40.20% comparado con 8.54% en pacientes sin esta patología según la bibliografía internacional (8),

El SDR fue la complicación neonatal más frecuente con 20.5%, con porcentaje similar a la bibliografía, este síndrome se relacionó con un valor estadístico significativo al comparar el tipo de interrupción, siendo más frecuente en intervenciones de urgencia, de la misma forma las complicaciones neonatales

graves que requirieron atención por la UCIN y UTIN se relacionó de una manera estadísticamente significativa con el tipo de interrupción, esto probablemente debido a que la edad gestacional fue menor en pacientes con interrupción urgente, aunque en todos los casos se completo un esquema de inducción de maduración pulmonar con dexametasona. Las complicaciones neonatales al igual que las maternas se relacionaron con el tipo de inserción placentaria, siendo mas frecuente en PCT. La calificación de Apgar menor de 7 a los 5 minutos al igual que lo reportado en la bibliografía alrededor de 5%(8), en este estudio se presento en 5.8% y no tuvo relación significativa con el tipo de interrupción urgente vs. programada.

CONCLUSIONES

1. - La complicación materna más frecuente fue la HTA y esta se relaciona con el tipo de inserción placentaria, siendo mas frecuente en PCT.
2. - El acretismo placentario se relacionó con el tipo de inserción placentaria, siendo mas frecuente en PCT.
- 3.- La complicación neonatal más frecuente fue el SDR.
- 4.- Las complicaciones neonatales graves que requirieron atención en UCIN y UTIN se relacionaron con el tipo de interrupción del embarazo, siendo mas frecuente cuando se realizó de manera urgente.

REFERENCIAS

1. - Getahun D, Oyelese Y. Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. *Obstet and Gynecol.* 2006;107(4):771-778.
2. - Oyelese, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet and Gynecol.* 2006;107(4):927-941.
3. - Crane J, Van der Hof M, Dodds L, Armson A. Maternal complications of placenta previa. *Am J Perinat.* 2000;17:101-105.
4. - Puentes E. Información para la rendición de cuentas. Salud en México 2006; 1ª edición.
5. - Dola C, Garite T, Dowling D, Friend D, Ahdoot D. Placenta previa: Does its type affect pregnancy outcome?. *Am J Perinat.* 2003;20:353-360.
6. - Williams Obstetricia 21 edición, 2004:542-547.
7. - Ananth C, Demmisie K, Smulian J. Relationship among placenta previa, fetal growth restriction and preterm delivery: a population based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;98:299-307.
- 8.- Crane J, Van der Hof M, Dodds L, Armson A. Neonatal outcomes with placenta previa. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;93:541-544.
- 9.- Kasrner E. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002;99:71-5

TABLAS

Tabla 1. Características de la población estudiada

Edad materna	
< 35 años	19 (55.8%)
> 35 años	15 (44.2%)
Antecedentes obstétricos	
Primigesta	14 (41%)
Multigesta	20 (59%)
Cesárea y/o LUI	25 (73.5%)
Toxicomanías	
	1 (2.9%)
Amenaza de aborto	
	7 (20.5%)
Amenaza de parto pretérmino	
	6 (17.6%)

Tabla 2. Casos de choque hipovolémico

Choque hipovolémico de acuerdo a pérdida sanguínea	
Grado I	18 (52.9%)
Grado II	10 (29.4%)
Grado III	2 (5.9%)
Grado IV	4 (11.8%)

Tabla 3. Casos de choque hipovolémico severo en relación a tipo de interrupción

Cesárea urgente		Cesárea programada	
Grado III	2	Grado III	0
Grado IV	0	Grado IV	4

p=0.62

Tabla 4. Casos de histerectomía obstétrica en relación a tipo de interrupción

Cesárea urgente		Cesárea programada	
HTA	4	HTA	7

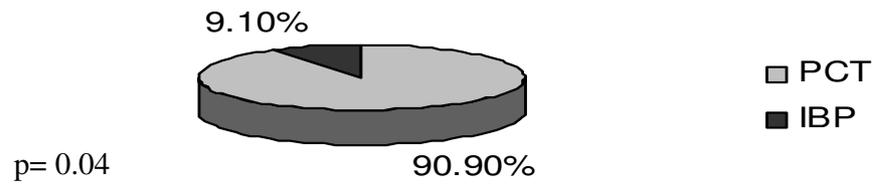
p=0.51

Tabla 5. Características neonatales

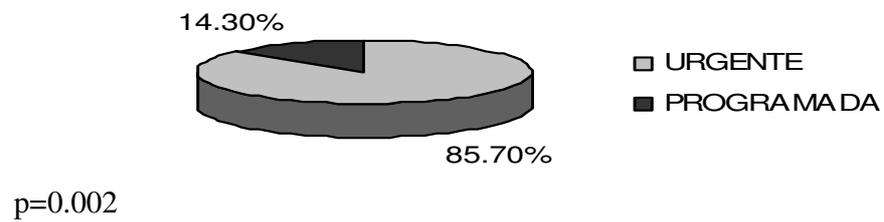
Peso (RN)		
1000-1500g	5	(14.7%)
1500-2000g	0	(0%)
>2000 g	29	(85.3%)
Apgar < 7 a los 5 minutos	2	(5.8%)
Edad gestacional en semanas de gestación		
<28	1	(2.9%)
28-34	5	(14.7%)
34-36	22	(64.8%)
>37	6	(17.6%)
Complicaciones neonatales		
Síndrome de adaptación pulmonar	21	(62.1%)
SDR	7	(20.5%)
Neumonía/sepsis	2	(5.8%)
Asfixia severa	1	(2.9%)
Malformaciones	1	(2.9%)
Prematurez extrema	1	(2.9%)
Muerte neonatal temprana	1	(2.9%)

GRAFICAS

Gráfica 1
HISTERECTOMIA OBSTETRICA SEGÚN EL TIPO DE INSERCIÓN PLACENTARIA



Gráfica 2
SDR NEONATAL SEGÚN TIPO DE INTERVENCIÓN



Gráfica 3
COMPLICACIONES NEONATALES GRAVES SEGUN TIPO DE INTERVENCIÓN

