

Universidad San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Estudios de Postgrado



**MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO PERINATAL EN LAS
PACIENTES CON PLACENTA PREVIA.**

INGRID PAOLA ARREAGA QUAN
MARIA RENATE HERNANDEZ MELENDEZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Posgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas,
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
ENERO 2015



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

Las Doctoras:

Ingrid Paola Arreaga Quan

Carné Universitario No.: 100021380

María Renate Hernández Meléndez

Carné Universitario No.: 100021171


Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestras en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **“Morbilidad y mortalidad materno perinatal en las pacientes con placenta previa”**.

Que fue asesorado: Dra. Gloria Veronica Ocampo Antillón MSc.

Y revisado por: Dr. Mario David Cerón Dónis MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2015.

Guatemala, 13 de octubre de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc

Director

Escuela de Estudios de Postgrado




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

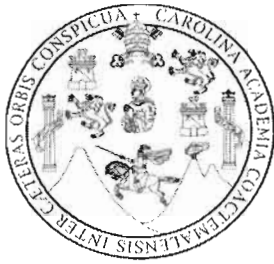


/lamo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Guatemala, 16 de septiembre de 2014

Doctor
Oscar Fernando Castañeda
Coordinador Específico de Programas de Post-Grado
Universidad de San Carlos de Guatemala
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Presente.

Estimado Dr. Oscar Castañeda:

Por este medio le informo que revise el contenido del Informe Final de Tesis con el título: **"Morbilidad y Mortalidad Materno Perinatal de Pacientes con Diagnóstico de Placenta Previa"** perteneciente a la **Dra. Ingrid Paola Arreaga Quan** y a la **Dra. María Renate Hernández Meléndez**; el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Post-Grado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,


Dra. Gloria Ocampo

Asesor de Tesis

Hospital de Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Dra. Gloria Ocampo
Ginecología y Obstetricia
Col. No. 10,435



Guatemala, 16 de septiembre de 2014

Doctor

Oscar Fernando Castañeda

Coordinador Especifico de Programas de Post-Grado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Presente.

Estimado Dr. Oscar Castañeda:

Por este medio le informo que revise el contenido del Informe Final de Tesis con el título: **“Morbilidad y Mortalidad Materno Perinatal de Pacientes con Diagnóstico de Placenta Previa”** perteneciente a la **Dra. Ingrid Paola Arreaga Quan** y a la **Dra. María Renate Hernández Meléndez**; el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Post-Grado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,

Dr. Mario David Cerón Dónis
DIRECTOR MEDICO HOSPITALARIO
Hospital Gineco Obstetria IGSS

Dr. Mario David Cerón

Revisor de Tesis

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social



AGRADECIMIENTOS

Dra. Ingrid Paola Arreaga Quan

A Diosito por permitirme nacer, darme la oportunidad de crecer, servir al prójimo, acompañarme en cada instante de la vida, protegerme y guiarme.

A mi madre quien ha sido fuente de toda mi inspiración, la persona que me ha dado todo su amor y el impulso para seguir adelante; enseñándome que los sueños pueden ser posibles cuando uno se esfuerza.

A mi padre, hermano y demás familia quienes han estado conmigo apoyándome, dándome consejos y brindándome todo su amor.

A la Universidad San Carlos de Guatemala, al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, maestros y compañeros quienes fueron formadores en mi aprendizaje convirtiéndose en parte de mi familia.

Dra. María Renate Hernández Meléndez

A Dios por ser el pilar de mi vida, a mi madre por su cariño y amor, por apoyarme en todo momento por no dejarme desvanecer en los momentos más difícil, gracias mami a ti dedico mis logros.

A mi padre y hermanos por su amor, sobre todo por su apoyo incondicional, por estar siempre apoyándome y aconsejándome para tomar las mejores decisiones los quiero.

A mis abuelos y tías por su cariño y consejos los cuales han sido fundamentales en mi educación sin ustedes no sería lo que soy hoy.

A mis amigos los cuales crecimos juntos en la residencia por su apoyo y cariño, amigos como ustedes no se encuentran fácilmente gracias por ser parte de mi vida.

A mis maestros por sus enseñanzas perlas preciosas que valoro más que a nada.

A Roberto gracias amor por su cariño, y sobre todo por ser parte de mi vida.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS	.....	i
RESUMEN	.....	ii
I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	2
III.	OBJETIVOS	12
	3.1 General	12
	3.2 Específico	12
IV.	MATERIAL Y MÉTODOS	13
	4.1 Tipo de estudio	13
	4.2 Área de estudio	13
	4.3 Población	13
	4.4 Criterios de inclusión	13
	4.5 Criterios de exclusión	13
	4.6 Operacionalización de variables	14
	4.7 Procedimiento de recolección de datos	17
	4.8 Procedimiento de análisis de datos	17
	4.9 Aspecto Éticos	17
V.	RESULTADOS	18
VI.	DISCUSION Y ANÁLISIS	35
	6.1 Conclusiones	36
	6.2 Recomendaciones	37
VII.	BIBLIOGRAFIA	38
VIII.	ANEXOS	41
	8.1 Anexo No. 1: Boleta de recolección de datos.....	41

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	.....	18
Tabla No. 2	.....	18
Tabla No. 3	.....	19
Tabla No. 4	.....	20
Tabla No. 5	.....	20
Tabla No. 6	.....	21
Tabla No. 7	.....	21
Tabla No. 8	.....	22
Tabla No. 9	.....	22
Tabla No. 10	.....	23
Tabla No. 11	.....	23
Tabla No. 12	.....	24
Tabla No. 13	.....	24
Tabla No. 14	.....	25
Tabla No. 15	.....	25
Tabla No. 16	.....	26
Tabla No. 17	.....	26
Tabla No. 18	.....	27
Tabla No. 19	.....	27
Tabla No. 20	.....	28
Tabla No. 21	.....	28
Tabla No. 22	.....	29
Tabla No. 23	.....	29
Tabla No. 24	.....	30
Tabla No. 25	.....	31
Tabla No. 26	.....	32
Tabla No. 27	.....	33
Tabla No. 28	.....	34
Tabla No. 29	.....	34

RESUMEN

La hemorragia obstétrica es considerada una de las tres principales causas de mortalidad materna en Guatemala; ésta, puede ser secundaria a causas como la placenta previa que se define como aquella que se presenta por delante de la presentación fetal o que cubre el orificio cervical después de las 28 semanas de gestación. En el país, esta patología es causa del 10% de mortalidad perinatal y el 1.9% de mortalidad materna, siendo los departamentos de Sololá, Totonicapán y Chimaltenango quienes presentan mayor incidencia. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el año 2011 sobre la morbimortalidad materno/perinatal de las pacientes con diagnóstico intrahospitalario de placenta previa por ultrasonido y se encontró una incidencia de 4 casos por cada 1000 embarazos, para un total de 67 casos en dicho periodo de tiempo. De éstos, 20 fueron excluidos por no cumplir con los criterios adecuados para la recolección de los datos. Al analizar dicha información, encontramos que las pacientes incluidas en el estudio tenían una media de 30 años de edad y que en su mayoría correspondían a pacientes multíparas. Sin embargo, a diferencia de lo descrito en la bibliografía de una relación directamente proporcional entre el número de cesáreas anteriores y mayor frecuencia de placenta previa, nuestro estudio reveló que el mayor número de estas patologías se encontraron en pacientes sin antecedentes quirúrgicos. Se observó que la principal complicación materna fue anemia en 9 de los casos y sólo a 3 pacientes se les realizó Histerectomía Obstétrica. De los recién nacidos únicamente 15 fueron ingresados a la unidad de cuidados intensivos, siendo la principal causa bajo peso al nacer. Se presentaron 3 mortalidades neonatales secundarias a Sepsis y Asfixia. Tanto las principales complicaciones maternas como neonatales se asociaron al diagnóstico ultrasonográfico de placenta previa total.

I. INTRODUCCION

La identificación de causas que contribuyan a disminuir la tasa de mortalidad en cualquier país, es un objetivo importante en las estrategias de Salud Pública. La placenta previa descrita generalmente como aquella que cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno, ha sido conceptualizada en la literatura como una de las patologías más alarmantes que pueden complicar un embarazo. A nivel mundial, se reporta 1 caso de placenta previa por cada 200 mujeres embarazadas con una morbilidad de 0.4 a 0.6 por ciento ^(3,4,5). En Guatemala, no se tienen datos acerca de la morbilidad de esta patología, sin embargo se encontró un reporte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del año 2008, en donde mencionaban que el porcentaje de mortalidad materna fue 1.9% y mortalidad perinatal lograba alcanzar el 10% ⁽⁶⁾.

En países industrializados se ha observado un marcado aumento de esta patología secundario a mayor índice de cesáreas, fenómeno que es contradictorio en nuestro estudio.

Las principales complicaciones maternas son secundarias a procesos de origen hemorrágico; mientras que en los neonatos la prematuridad y el bajo peso al nacer son los principales motivos de ingreso a la unidad de neonatos. La detección de la placenta previa mediante ultrasonido, es la herramienta más utilizada para definir esta patología. Partiendo del diagnóstico se puede recomendar a las pacientes, durante su control prenatal, medidas que ayuden a prevenir las complicaciones maternas y por ende las perinatales. En la presente investigación se describirán todos los casos de pacientes con diagnóstico de placenta previa, cuyo embarazo se resolvió en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el año 2011.

Considerando que nuestra institución no cuenta con una estadística acerca de los casos de placenta previa, se decidió hacer un estudio descriptivo retrospectivo que nos de información acerca de esta patología y contribuir así con datos epidemiológicos para el país.

II. ANTECEDENTES

MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO PERINATAL DE PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA

Cuando se habla de placenta previa se refiere al encontrarse ésta antes de la presentación fetal, después de la semana 28 de gestación^(1,3) Otro concepto aceptado es cuando la placenta se implanta y desarrolla en el segmento inferior del útero, ocluyendo a veces el orificio cervical interno y que persiste en esta posición al final del embarazo⁽²⁾.

1. Clasificación:

La placenta previa (PP) puede ser clasificada en 4 tipos basado en la localización relativa de la placenta en el orificio cervical: ^(2,9,10)

Completa o total: La placenta cubre por completo el orificio cervical

Parcial: La placenta cubre parcialmente el orificio cervical interno

Marginal: El borde placentario llega hasta el orificio cervical interno, pero sin cubrirlo.

Inserción baja: la placenta está localizada cerca (a 3 cm.), pero no está en contacto con el orificio cervical interno.

Como consecuencia del desarrollo del segmento uterino inferior a partir de las 32 semanas, y las contracciones durante el trabajo de parto, la placenta es desplazada en sentido cefálico, por lo que la mayoría de las placentas descritas como “de inserción baja”, no llegan a término.⁽⁴⁾

2. Epidemiología:

A nivel mundial, la incidencia de placenta previa es de 1 en 200 a 1 en 390 embarazadas con edad gestacional mayor a 28 semanas; constituyendo así el 0.4-0.6%.^(3,4,5) Se tienen pocos datos de su incidencia a nivel Latinoamericano, pero se encontró un estudio realizado en Cuba en donde se reportan datos de una incidencia de placenta previa en Venezuela del 0.52%, en República Dominicana del 0.76%, en Perú del 0.5% y en Cuba de 0.31%.^(11,14,19)

En Guatemala, según el Ministerio de Salud Pública en el SIGSA 2008, se reportó que la placenta previa asociada a mortalidad materna representó el 1.9% y que igualmente era causa del 10% de casos de mortalidad neonatal. A nivel departamental: Sololá, Totonicapán y Chimaltenango presentan las áreas que mayores casos de placenta previa para ese año.⁽⁶⁾

La frecuencia de aparición con la paridad aumenta. En pacientes nulíparas, la incidencia es de 0.2%, mientras que en múltiparas, puede ser mayor a 5% y la tasa de recidiva es de 4% a 8%.^(7,15)

Se considera que el factor de riesgo más importante para placenta previa es tener una cesárea previa. La placenta previa ocurre en el 1% de las embarazadas después de una cesárea. La incidencia después de 4 o más cesáreas se incrementa a 10%.^(10,11,12)

La incidencia de histerectomía después de una cesárea por placenta previa es del 5.3% vs un 3.3% de pacientes sin placenta previa. La mortalidad perinatal también se ve afectada, pues es de tres a cuatro veces mayor.⁽²¹⁾

3. Factores Predisponentes:

Los factores más frecuentemente relacionados con la prevalencia de la placenta previa incluyen:^(7,8,15,16)

- Edad materna avanzada.
- Multiparidad.

- Gestaciones múltiples.
- Anemia.
- Periodo intergenésico corto.
- Endometritis Crónica.
- Cesáreas.
- Legrados.
- Histeroscopia Operatoria.
- Cicatriz previa por miomectomía, o cirugía uterina.
- Antecedente de placenta previa.
- Tumores uterinos.
- Tabaquismo.
- Cocaína.
- Feto masculino.

4. **Fisiopatología:**

i. Trofotropismo⁽¹⁰⁾

Se define como trofotropismo a la proliferación selectiva de las vellosidades trofoblástica de la placenta en regiones con mejor aporte de sangre endometrial, con atrofia simultánea en zonas de menor vascularización. Este fenómeno permite que una placenta cambie su posición y remodele su forma dentro del útero con el transcurso del embarazo.

El trofotropismo ayuda a explicar diferentes situaciones de la placenta y del cordón umbilical como:

- Resolución de una placenta previa.
- Placenta bilobulada y/o succenturiada.
- Inserción marginal y velamentosa del cordón.
- Vasa previa.
- Procidencia del cordón.

ii. Migración placentaria

Se ha observado que el 90% de las placentas que se clasifican como previas en la mitad del embarazo se reclasifican como normales en el seguimiento, esto se debe al mayor

desarrollo del segmento uterino inferior con relación al crecimiento del fondo uterino fenómeno que se ha denominado migración placentaria.⁽¹⁰⁾

La placenta previa sangra sólo si se desprende. Las causas de desinserción son:^(13,14)

- En el embarazo: Por el crecimiento uterino y por las contracciones de Braxton-Hicks, se forma y desarrolla el Segmento uterino Inferior, cuya capacidad de elongación es mayor y supera al de la placenta;
- En el parto: Por las contracciones del trabajo de Parto que causan la formación del canal cervico-segmentario y la dilatación cervical.

5. Cuadro Clínico.

La hemorragia de la segunda mitad del embarazo continúa siendo una de las complicaciones ominosas más comunes del embarazo.⁽¹³⁾ Debe realizarse una adecuada historia clínica, examen físico, y en ocasiones, estudios de imágenes para diferenciarlo de otras causas de hemorragia en el segundo y tercer trimestre.

En la Placenta Previa, la hemorragia transvaginal es el signo cardinal la que acuden las pacientes a la emergencia. Ésta se caracteriza por ser indolora, con expulsión de sangre líquida, roja rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada, la mayoría de las veces en reposo e incluso durante el sueño. El útero se encuentra relajado sin presencia generalmente de contracciones uterinas.^(9,10,11,12,13,14,20)

La primera hemorragia puede aparecer a cualquier edad gestacional. Sin embargo, la precocidad de la primera hemorragia indica un mal pronóstico evolutivo.⁽¹⁴⁾

El promedio de edad gestacional en el que aparece el primer episodio de hemorragia es a las 29 semanas, no se asocia con mortalidad materna y se resuelve espontáneamente⁽¹⁴⁾. La hemorragia uterina está presente en el 80% de los casos; hemorragia más dinámica uterina en un 10-20% y un 10% son asintomáticas, detectadas sólo por ecografía.⁽⁹⁾

La hemorragia producida por placenta previa y la ocurrida por desprendimiento prematuro de placenta normoinsera presentan cuadros diferentes, por lo que debe ser diferenciado por las complicaciones abruptas de éstas. La hemorragia por desprendimiento es de inicio brusco, color roja oscura, no asociada a dolor, con útero hipertónico, difícil palpación de partes fetales, presencia de contracciones y las pruebas de bienestar fetal se encuentran alteradas.^(9,10,20)

6. Exploración Física.^(8,11,21)

Al examinar el útero, éste se encuentra blando e indoloro, pues normalmente no se evidencia contractilidad uterina.

Hay contradicción sobre la realización del tacto vaginal, en principio, está prohibido, dado que puede movilizar cotiledones y coágulos formados incrementando así el riesgo de hemorragia. No obstante, si el tacto fuera necesario, se puede efectuar en sala de operaciones, contando con que se dispone del equipo quirúrgico adecuado para realizar una cirugía de urgencia. Algunos médicos obstetras han descrito que al realizar tacto vaginal gentil se palpa lo que comúnmente denominan “colchón o almohadillado placentario”.

La especuloscopia permite comprobar el origen uterino de la hemorragia y confirmar o descartar otras causas locales de hemorragia.

7. Diagnóstico:

La elaboración de una completa historia clínica debe estar enfocada a determinar los factores de riesgo condicionantes de una placenta previa, el examen clínico incluirá la evaluación ginecológica con espéculo. Si se sospecha de esta patología deberá evitarse el tacto vaginal hasta tener los recursos disponibles por cualquier complicación.

El estándar diagnóstico es la ecografía, la cual permite establecer con exactitud el diagnóstico en un 98% de los casos, a través de identificar la localización de la placenta.^(8,21,22)

La ecografía puede realizarse transabdominal y/o transvaginal según lo determine el examinador; sin embargo el gold estándar es el ultrasonido transvaginal pues tiene una sensibilidad del 87.5%, especificidad del 98.8%, un valor predictivo positivo 93.3% y un valor predictivo negativo del 97.6%. Además ha demostrado ser segura en presencia de metrorragia estable, al no agravar la hemorragia vaginal. (Nivel de evidencia II-2 A) ⁽²²⁾

Por su parte, el ultrasonido transabdominal ha demostrado una pobre visualización de la placenta previa, pues algunos factores como la cabeza fetal, el llenado vesical, obesidad materna, miomas uterinos, contracciones, cotiledones accesorios y una mala técnica, puede interferir con la visualización del borde placentario. ^(8,21,22)

Las imágenes de resonancia magnética han sido reportadas útiles en el diagnóstico de placenta previa cuando las imágenes de ecografía abdominal no han sido satisfactorias. ⁽⁹⁾

Una razonable política de exploración ecográfica es realizar una ecografía transvaginal a todas las mujeres con sospecha de placenta de inserción baja valoradas inicialmente con ecografía abdominal (aproximadamente a las 20-24 semanas), para reducir el número de estas últimas en quienes se necesiten. Recomendación C. ⁽¹¹⁾

Las exploraciones ecográficas futuras son requeridas en todas las mujeres quienes tienen una placenta extensa o que cubre el orificio cervical interno como sigue:

- Mujeres que presenten sangrados pueden ser manejadas individualmente de acuerdo a sus necesidades. Recomendación C. ⁽¹¹⁾
- Sintomáticas a quien se le sospecha una placenta previa parcial el seguimiento imagenológico debe hacerse a las 36 semanas. Recomendación C. ⁽¹¹⁾
- Asintomáticas con sospecha de placenta previa total, una ecografía transvaginal debe realizarse a las 32 semanas, para esclarecer el diagnóstico y luego planear el manejo en el tercer trimestre y parto. Recomendación C. ⁽¹¹⁾

La exploración imagenológica por eco doppler color debe ser ordenado en mujeres con placenta previa quienes tengan un riesgo incrementado de acretismo placentario. Cuando

no es posible, la paciente debe ser manejada como un acretismo mientras no se demuestre lo contrario. Recomendación C. ⁽¹¹⁾

Los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de acretismo placentario son los antecedentes de placenta previa y cesárea, especialmente cuando ha tenido un periodo intergenésico corto. La exploración imagenológica antenatal puede ayudar a establecer un diagnóstico en estos casos y las técnicas que se incluyen son la ecografía, la angiografía, la resonancia magnética y eco doppler color. ^(8,13,20,21)

8. Predicción de placenta previa al momento del parto.

Cuando se observa placenta previa entre semana 18 y 24 (incidencia 2 – 4%) es recomendado realizar una evaluación en el tercer trimestre (II- A).⁽²⁰⁾

Cuando el borde de la placenta se encuentra entre los 20 mm de distancia del orificio interno y 20 mm de superposición después de las 26 semanas de gestación, el ultrasonido se debe repetir a intervalos regulares, dependiendo de la edad gestacional, la distancia del orificio interno, y las características clínicas, tales como sangrado, que puede ser secundario al cambio continuo en la localización de la placenta. La superposición de 20 mm o más en cualquier momento en el tercer trimestre es altamente predictiva de la necesidad de cesárea. (III-B)^(8,21)

9. Tratamiento.

Para establecer el tratamiento de una paciente con placenta previa se deberá tener en cuenta: El grado de sangrado, la edad gestacional, la vitalidad fetal, patologías asociadas y si existe o no trabajo de parto.⁽¹⁴⁾

En el manejo de la placenta previa los pilares terapéuticos son:

- Asegurar el estado materno: Si la hemorragia es intensa deberá reponer las pérdidas y realizarse una cesárea.
- Asegurar el estado fetal. Se procederá a cesárea si aparece algún signo de sufrimiento fetal. Se pudiera optar por la vía vaginal en caso de muerte fetal siempre que no peligre la vida de la madre.

- Evitar las complicaciones.
- Evitar los tactos vaginales.

Durante la gestación se puede tener un manejo conservador en pacientes con buen estado hemodinámico y sintomáticas con placenta previa antes del término.⁽¹⁵⁾

- La hemorragia no es grave y el estado hemodinámico de la madre como ya se dijo es estable sin que existan otras complicaciones tanto médicas u obstétricas que contraindiquen la prolongación de la gestación.
- La edad gestacional es inferior a 36 semanas o hay inmadurez pulmonar fetal.
- Si la paciente no se encuentra en fase activa del parto.
- Si hay un feto vivo, sin signos de pérdida de bienestar fetal, ni malformaciones incompatibles con la vida.^(10,20)

Como se mencionó anteriormente la gestante que cursa con placenta previa, sangrado vaginal leve y embarazo pretérmino con feto inmaduro entre las 24 a 36 semanas, el tratamiento expectante es el de elección. La esencia de este abordaje es mantener al feto en un ambiente intrauterino sano sin arriesgar el estado materno. Se le instaurará un manejo temporizador del embarazo con: Reposo absoluto, reposición de las pérdidas hemáticas para mantener un hematocrito entre el 30-35% y reposición de líquidos. En un 20% de las pacientes se ha asociado con contracciones uterinas sin embargo el uso de tocolíticos es controvertido; sin embargo se ha utilizado el sulfato de magnesio como esta medida y se han reportado buenos resultados. Mientras se maneja conservadoramente a esta paciente se debe aplicar de inductores de la madurez pulmonar fetal con corticoides (Betametasona 12 mg IM cada 24 hs por 2 dosis).^(10,18,20)

El manejo médico de la placenta previa sangrante es hospitalario, se debe efectuar evaluación completa de los factores etiológicos que favorecen la presencia de hemorragia: infecciones cervicales, infecciones urinarias o vaginales, sobredistensión uterina, factores precipitantes de la actividad uterina de pretérmino.⁽¹⁹⁾

La paciente con placenta previa y sangrado vaginal leve con edad gestacional > 36 semanas o feto maduro corroborado por ultrasonido de II o III nivel, o por pruebas de madurez fetal en líquido amniótico, así como aquellas gestaciones que demuestren

compromiso fetal (Anomalías congénitas importantes, infección intrauterina – TORCH, RCIU, oligohidramnios, etc) o compromiso materno evidente, se procederá a programar operación cesárea. Se deberá canalizar vena periférica con Angiocaths 18 e iniciar infusión de cristaloides (Solución salina al 0,9%, Lactato de Ringer o solución de Hartman o Haemacel) 1.000 cc a chorro, luego mantener una infusión entre 150 a 300 ml/hora, tomar muestra para reservar glóbulos rojos empacados; asociado a un control estricto de líquidos administrados y eliminados y un control estricto de las constantes vitales cada 15-30 minutos.⁽²⁰⁾

10. Mortalidad y morbilidad materna.

i. Mortalidad^(2,7,12,13)

Antes de la introducción de los tratamientos modernos, la mortalidad materna era del 5 %, con los actuales métodos es menos del 0.1%.

La mortalidad materna causada por hemorragia excesiva en la placenta percreta puede ser de 7 a un 10%, frecuentemente son necesarias intervenciones quirúrgicas agresivas como histerectomía y maniobras de reanimación necesitando de transfusiones a altos volúmenes sanguíneos.

ii. Morbilidad

La identificación de la morbilidad que conlleva a las adherencias placentarias debe ser evaluada para plantear las estrategias de manejo con un grupo interdisciplinario:

- Sangrado durante la gestación – anemia
- Sangrado durante el parto y post parto
- Alteraciones de la coagulación
- Infecciones post parto
- Embolismo placentario
- Histerectomía post cesárea
- Complicaciones relacionadas con la anestesia

La Placenta Previa se asocia a riesgo significativo de hemorragia (RR: 9,81), hospitalización, transfusión (RR: 10,05), parto prematuro, alta frecuencia de cesárea, y de Histerectomía Obstétrica como se había mencionado anteriormente.⁽²¹⁾

11. Mortalidad y morbilidad fetal.

La circulación fetal se ve únicamente comprometida después de hemorragia materna severa resultando en una hipovolemia e hipotensión.

La pérdida del feto se asocia con menos frecuencia a la placenta previa que al desprendimiento prematuro de la placenta pero ambos trastornos pueden estar asociados a la mortalidad y la morbilidad perinatal. Hasta un quinto de los nacimientos de recién nacidos muy prematuros está asociado a las hemorragias anteparto, y la conocida asociación significativa de la hemorragia anteparto con la parálisis cerebral puede explicarse por su vínculo común con el parto prematuro

- Mortalidad perinatal: parece incrementarse luego de ajustarse a la edad materna, anomalías congénitas y edad gestacional. Como se mencionó en el apartado de epidemiología, se ha observado que la mortalidad neonatal es tres a cuatro veces mayor en hijos de pacientes con placenta previa.⁽²¹⁾
- Parto pretérmino: el promedio de edad gestacional al parto que se han visto en diferentes estudios de pacientes con placenta previa fue de 35.3 +/- 3.4 semanas. Durante los controles prenatales el peso fetal no se ve influenciado adversamente por la placenta previa.⁽²⁰⁾
- Presentaciones anómalas
- Malformaciones congénitas

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

3.1.1 Describir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal en pacientes tratadas en el servicio de obstetricia del Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con diagnóstico ultrasonográfico de placenta previa durante el año 2011.

3.2 ESPECÍFICOS:

3.2.1 Caracterizar el perfil ginecoobstétrico de la paciente con diagnóstico de placenta previa.

3.2.2 Determinar el tipo más frecuente de placenta previa.

3.2.3 Describir las complicaciones maternas y su evolución médica, según el tipo de placenta previa diagnosticado por ultrasonografía.

3.2.4 Describir las complicaciones perinatales que presentaron los hijos de madres con diagnóstico establecido de placenta previa.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño del estudio:

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo

4.2 Área de estudio:

Se tomó a las pacientes reportadas en el libro de procedimientos quirúrgicos ubicado en el área de sala de operaciones de la labor y partos, así como las historias clínicas de estas pacientes ubicadas en el archivo del área de Registro y Estadística del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el año 2011

4.3 Población:

Pacientes con diagnóstico de placenta previa por ultrasonido

4.4 Criterios de Inclusión:

Mujeres con diagnóstico establecido por ultrasonido transvaginal de placenta previa que fueron resueltas en este hospital.

4.5 Criterios de Exclusión:

- Paciente que según nombre y no. de afiliación, obtenido del libro de procedimientos quirúrgicos, no coincidieron con la papeleta obtenida en el registro de expedientes.
- Pacientes que no tenían diagnóstico de placenta previa.

4.6 Operacionalización de las variables:

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Unidad de medida	Escala	Tipo de variable
Edad	Cronología que identifica a cada persona	Edad en años cumplidos	Años	Razón	Cuantitativa
Tipo de placenta previa	<p>Completa o total Cuando la placenta cubre enteramente el orificio cervical</p> <p>Parcial cuando la placenta cubre parte pero no todo el orificio cervical interno</p> <p>Marginal cuando el borde de la placenta está en contacto con el orificio cervical interno, pero sin cubrirlo.</p> <p>Inserción baja cuando la placenta está localizada cerca (a 3 cm.), pero no está en contacto con el orificio cervical interno.</p>	Placenta previa diagnosticada por ultrasonido obstétrico	Total, Parcial, Marginal, o inserción baja	Nominal	Cualitativa
Vía de resolución	Vía por medio del cual se resolvió el embarazo anterior siendo este parto eutósico simple o cesárea segmentaria transperitoneal.	Vía de resolución del embarazo	PES o CSTP	Nominal	Cualitativa
Edad gestacional al nacer	Edad en semanas determinadas en base a tablas de Ballard o	Semanas determinadas en base a las tablas	Pretérmino, A término Postérmino	Ordinal	Cualitativa

	Capurro con que se identifica los recién nacidos. Según la edad se clasificara como pretérmino: menos de las 37 semanas, a término: mayor de 37 semanas y post término mayor de las 42 semanas.	de Ballard y Capurro			
Complicaciones maternas	Todas las anomalías que presenta la madre como consecuencia de tener placenta previa: histerectomía, anemia, shock, CID, entre otras.	Todas las patologías o anomalías que afecten a la madre	Anemia, Shock Hipovolémico, Histerectomía Obstétrica	Nominal	Cualitativa
Complicaciones perinatales	Todas las anomalías o riesgos a los que esta expuesto el recién nacido: prematuridad, malformaciones congénitas, entre otros.	Todas las patologías o anomalías que afecten al recién nacido.	Prematuridad, bajo peso, enfermedad de membrana hialina, asfixia, Sepsis.	Nominal	Cualitativa
Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una paciente. Primípara se define como aquella paciente que dio a luz a un feto vivo o muerto tras un embarazo con duración de 20 semanas o más. Multipara: Mujer que ha terminado dos o más embarazos con duración de 20	Número de embarazos que ha tenido la paciente.	Primípara/Multipara	Nominal	Cualitativa

	semanas o más, la paridad dependerá del número de embarazos que ha llevado mas allá de las 20 semanas de gestación.				
--	---	--	--	--	--

4.7 Procedimiento de recolección de datos

Se buscaron las paciente con diagnóstico de placenta previa en el libro de procedimientos quirúrgicos del área de Labor y Partos, en donde se tomó nombre y número de afiliación de las pacientes con dicho diagnóstico; se revisó el expediente médico y se tomó la información necesaria para la presente investigación, por ejemplo: vía de resolución del embarazo, existencia de complicaciones maternas o fetales y/o procedimientos médicos o quirúrgicos que se realizó a la paciente.

4.8 Procedimiento de análisis de datos

Luego de obtener los datos se introdujo la información a una base de datos de Epi-Info para su análisis y discusión.

4.9 Aspectos Éticos:

- **Valor Social o Científico** Sirvió de base para determinar la magnitud de esta patología dentro del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS
- **Validez Científica** Se aportaron datos confiables a partir de fuentes fidedignas.
- **Selección Equitativa de los Sujetos** Todos los pacientes evaluadas cumplieron con el diagnóstico de placenta previa.
- **Proporción favorable del Riesgo-Beneficio** No implicó ninguna clase de riesgo o complicaciones para las pacientes que participaron en el estudio.

V. RESULTADOS

TABLA No. 1
PACIENTES INCLUIDOS Y EXCLUIDOS EN EL ESTUDIO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO PERINATAL DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON PLACENTA PREVIA.

No.	Total	%
Placenta Previas		
Incluidos	47	70.03
Excluidos	20	29.96
TOTAL	67	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.2
INCIDENCIA DE CASOS DE PLACENTA PREVIA.

No. Pacientes	Total
Embarazos 2011	15317
Total de Placentas Previas	67
INCIDENCIA	4 en 1000 embarazadas

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.3
 EDAD DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS
 CON PLACENTA PREVIA.

Edad	Total	%
20	1	2.13
22	2	4.26
23	2	4.26
25	5	10.64
26	3	6.38
27	1	2.13
28	3	6.38
29	4	8.51
30	5	10.64
31	4	8.51
32	1	2.13
33	3	6.38
35	2	4.26
36	1	2.13
37	2	4.26
38	2	4.26
39	3	6.38
40	1	2.13
42	1	2.13
43	1	2.13
TOTAL	47	100

Media: 30 años

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No. 4
RANGOS DE EDAD DE PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA

Grupo edad	No.	%
<20	1	2.1
21-30	25	53.2
31-40	19	40.4
>41	2	4.3
Total	47	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.5
PARIDAD DE LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS
CON PLACENTA PREVIA.

Paridad	Total	%
Múltipara	42	89.36
Primípara	5	10.64
TOTAL	47	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.6
RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO ANTERIOR EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA

Resolución del Embarazo	Total	%
Cesárea	22	46.8
Parto Eutósico Simple	18	38.3
Primípara	5	10.6
Legrado	2	4.3
TOTAL	47	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.7
NÚMERO DE CESÁREAS ANTERIORES QUE PRESENTAN LAS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA

Número Cesárea	Total	%
Ninguna*	25	53.2
Una	14	29.8
Dos	7	14.9
Tres	1	2.1
Total	47	10

* Paciente sin antecedente de cesárea anterior

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.8
TIPO DE PLACENTA PREVIA DIAGNOSTICADA

Tipo de Placenta Previa	Total	%
Total	33	70.21
Parcial	9	19.15
Inserción Baja	3	6.38
Marginal	2	4.26
Total	47	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.9
VÍA DE RESOLUCIÓN ACTUAL DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA

Vía de Resolución	Total	%
Cesárea	47	100.00
Parto Eutósico Simple	0	0.00
TOTAL	47	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.10
PRINCIPALES COMPLICACIONES EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA.

Complicaciones	Total	%
Ninguna	36	76.60
Anemia Leve a Moderada	9	19.15
Anemia Severa	1	2.13
Shock Hipovolémico	1	2.13
TOTAL	47	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.11
USO DE HEMODERIVADOS EN PACIENTES CON COMPLICACIONES
HEMORRÁGICAS Y DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA.

Hemoderivados	Total	%
Si	8	82.97
No	3	17.02
TOTAL	11	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.12
CANTIDAD DE HEMODERIVADOS UTILIZADOS EN PACIENTES
DIAGNOSTICADAS CON PLACENTA PREVIA.

Cantidad de Unidades de Sangre Transfundida	Total	%
Menor o Igual a 2	5	37.5
Mayor de 2	3	62.5
TOTAL	8	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.13
NÚMERO DE HISTERECTOMÍAS REALIZADA EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA

Histerectomía Obstétrica	Total	%
No	44	93.6
Si	3	6.4
TOTAL	47	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.14
CAUSAS DE HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA REALIZADA EN PACIENTE CON
DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA

Causa de Histerectomía	Total	%
Acretismo Placentario	1	33.3
Atonía Uterina	1	33.3
Placenta Percreta	1	33.3
Total	3	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.15
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA INGRESADAS AL
SERVICIO DE INTENSIVO

Ingreso a Intensivo	Total	%
No	46	97.9
Si	1	2.1
Total	47	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.16
MORTALIDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS
CON PLACENTA PREVIA

Mortalidad Materna	Total	%
No	47	100
Total	47	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.17
EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO DE LOS RECIEN NACIDOS, HIJOS DE
MADRES DIAGNOSTICADAS CON PLACENTA PREVIA.

Edad Gestacional al Nacimiento	Total	%
A término	29	61.7
Pretérmino	18	38.3
Total	47	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.18
PESO FETAL AL NACIMIENTO DE LOS RECIEN NACIDOS, HIJOS DE MADRES
DIAGNOSTICADAS CON PLACENTA PREVIA.

Peso Fetal al Nacer	Total	%
Adecuado	25	53.2
Bajo Peso	17	36.2
Muy Bajo Peso	4	8.5
Extremadamente Bajo Peso	1	2.1
Total	47	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.19
INGRESO DE RECIEN NACIDOS, HIJOS DE MADRES DIAGNOSTICADAS CON
PLACENTA PREVIA

Ingreso del RN*	Total	%
No	32	68.1
Si	15	31.9
Total	47	100

* Recién Nacido

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.20
MOTIVO DE INGRESO DE LOS RECIEN NACIDOS, HIJOS DE MADRES
DIAGNOSTICADAS CON PLACENTA PREVIA

Motivo del Ingreso	Total	%
Bajo Peso	6	40
EMH*	4	27
Neumonía	2	13
Asfixia	1	7
Prematurez	1	7
Sx de Potter	1	7
Total	15	100

* Enfermedad de Membrana Hialina
Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.21
FRECUENCIA DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN HIJOS DE MADRES
DIAGNOSTICADAS CON PLACENTA PREVIA

Muerte Perinatal	Total	%
No	44	93.6
Si	3	6.4
Total	47	100

Tasa de mortalidad específica por enfermedad = 6
Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.22
CAUSAS DE MUERTE PERINATAL EN HIJOS DE MADRES
DIAGNOSTICADAS CON PLACENTA PREVIA

Causa de Muerte del RN	Total	%
No	44	93.3
Sepsis	2	4.4
Asfixia	1	2.2
Total	47	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.23
RELACION ENTRE EDAD DEL PACIENTE Y TIPOS DE PLACENTA PREVIA EN
PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON PLACENTA PREVIA

Grupo Edad	Otras*	%	Total	%	TOTAL	%
<20	0	0	1	2	1	2
21-30	8	17	17	36.5	25	53.4
31-40	6	13	13	27.5	19	40
>41	0	0	2	4.3	2	4.3
Total	14	30	33	70	47	100

p= 0.9565

*Otras incluye Placenta Previa de Inserción Baja, Marginal y Parcial

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.24
 NÚMERO DE CESÁREAS PREVIAS Y SU RELACIÓN
 CON LOS TIPOS DE PLACENTA PREVIA

Número de Cesáreas Previas	Otras*	%	Total	%	TOTAL	%
Ninguna	7	15	18	38.3	25	53.2
1	5	11	9	19.1	14	29.8
2	2	4.2	5	11	7	15
3	0	0	1	2	1	2.1
TOTAL	14	29.7	33	70.4	47	100

p= 0.6432

*Otras incluye Placenta Previa de Inserción Baja, Marginal y Parcial

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.25
COMPLICACIONES MATERNAS Y SU RELACIÓN
CON LOS TIPOS DE PLACENTA PREVIA

Complicaciones Maternas	Otras*	%	Total	%	TOTAL	%
Ninguna	13	28	23	49	36	76.6
Anemia Leve y Moderada	1	2.1	8	17	9	19.1
Anemia Severa	0	0	1	2.1	1	2.1
Shock Hipovolémico	0	0	1	2.1	1	2.1
TOTAL	14	30	33	70.2	47	100

p = 0.8557

* Otras incluye Placenta Previa de Inserción Baja, Marginal y Parcial

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.26
 MUERTES PERINATALES Y SU RELACIÓN
 CON LOS TIPOS DE PLACENTA PREVIA

Muerte Perinatal	Otras*	%	Total	%	TOTAL	%
No	14	30	30	64	44	93.6
Si	0	0	3	6.4	3	6.4
TOTAL	14	30	33	70.4	47	100

p=0.7151

* Otras incluye Placenta Previa de Inserción baja, Marginal y Parcial

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.27
 NÚMERO DE INGRESOS DE RECIÉN NACIDOS Y SU RELACIÓN CON LOS TIPOS
 DE PLACENTA PREVIA DIAGNOSTICADAS.

Motivo del Ingreso	Otras*	%	Total	%	TOTAL	%
No	12	25.5	20	42	32	68.1
Bajo Peso	1	2.1	5	11	6	12.8
Enfermedad Membrana Hialina	0	0	4	8	4	8.5
Neumonía	0	0	2	4	2	4.3
Asfixia	0	0	1	2.1	1	2.1
Prematurez	1	2.1	0	0	1	2.1
Sx de Potter	0	0	1	2.1	1	2.1
TOTAL	14	30	33	70.2	47	100

p=0.9452

* Otras incluye inserción baja, marginal, parcial

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.28
RELACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO DE LOS
RECIÉN NACIDOS INGRESADOS QUE SON HIJOS DE
PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON PLACENTA PREVIA

Edad Gestacional al Nacimiento	No		Si		TOTAL	
		%		%		%
A término	28	59.5	1	2.1	29	61.1
Pretérmino	4	8.5	14	30	18	38.3
TOTAL	32	68	15	32	47	100

p= 0.30851

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

TABLA No.29
TIPO DE PLACENTA PREVIA Y SU RELACIÓN
CON LA CAUSA DE MUERTE DEL RECIÉN NACIDO

Tipo de Placenta Previa	Asfixia	%	Sepsis	%	Total	%
Total	1	33.3	2	66.7	3	100
Total	1	33.3	2	66.7	3	100

p=0.7151

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La placenta previa, codificado como O44 según la CIE-10, es una patología que complica 1 en 200 a 390 embarazos a nivel mundial con repercusiones importantes tanto para la madre como para el recién nacido; por fortuna esta patología permite su diagnóstico prenatal, para así, tomar las medidas pertinentes de manera oportuna para disminuir las complicaciones perinatales y maternas. Se evidenció, según estadísticas de esta unidad de salud, que en el año 2011 se presentaron 67 casos de los cuáles sólo 47 fueron incluidos en el estudio por no estar registrados datos fundamentales como el nombre o la afiliación de la paciente. Esto representó el mismo porcentaje de incidencia que se maneja a nivel mundial, lo interesante es que conociendo la paciente que presenta esta patología, en la mayoría de veces, toma mayor conciencia y acude tempranamente a los servicios de salud al presentar signos y síntomas de peligro.

Entre las características de las pacientes que se evaluaron: la edad media de las mismas es 30 años, multíparas en su mayoría representando así el 89.36%. De estas pacientes multíparas, el 46% tenían como antecedente resolución vía cesárea en el embarazo previo, constituyendo así el principal factor de riesgo de presentar placenta previa en el embarazo siguiente. A diferencia de lo descrito en la bibliografía que se consultó, en donde se reporta que al aumentar el número de cesáreas aumentaba la incidencia de placenta previa, en nuestro estudio la mayor frecuencia la obtuvieron pacientes con antecedente de una sola cesárea, que podría explicarse por la realización de operación esterilizante que se realiza conjuntamente con la segunda cirugía obstétrica.

Es relevante mencionar 5 pacientes primigrávidas presentaron este diagnóstico sin tener un procedimiento quirúrgico previo.

Con respecto a las complicaciones maternas, la principal complicación fue la presencia de anemia en 9 pacientes, de las cuáles 5 pacientes necesitaron más de 2 unidades de hemoderivados. La necesidad de realizar histerectomía obstétrica se presentó en 3 pacientes cuya principal causa fue acretismo placentario y atonía uterina.

Hubo 15 ingresos de recién nacidos para la unidad de neonatos cuya principal indicación fue bajo peso al nacer que corresponde al 40%. De estos 15 niños ingresados 3 fallecieron por diagnóstico de Sepsis y/o asfixia neonatal.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 La incidencia de pacientes con diagnóstico de placenta previa en nuestro instituto es de 4 por cada 1,000 embarazos, muy por debajo de la epidemiología a nivel mundial que se sitúa en 1 de cada 200 embarazos.
- 6.1.2 Las pacientes más afectadas por este diagnóstico son mujeres jóvenes que presentan una media de edad de 30 años. Coincide con la bibliografía a nivel mundial que son pacientes multíparas; sin embargo, como dato obtenido de la investigación, el mayor número de pacientes con éste diagnóstico no tenían antecedente de resolución de embarazo vía cesárea.
- 6.1.3 Se encontró que el tipo de placenta previa más frecuente fue la Total, correspondiente a un 70.2% por lo que las principales complicaciones maternas y perinatales son consecuencia de este tipo.
- 6.1.4 No fue decisivo el tipo de placenta previa para determinar la vía de resolución del embarazo pues la totalidad de los casos se resolvieron vía cesárea segmentaria transperitoneal.
- 6.1.5 La principal complicación materna fue procesos hemorrágicos, siendo éste un 23.4%, por lo que hubo necesidad de transfundir al 82 % de éstas. La Histerectomía Abdominal se realizó en 3 casos, indicada por acretismo placentario y atonía uterina. No se reportaron casos de mortalidad materna.
- 6.1.6 Las complicaciones encontradas en los recién nacidos fueron secundarias al bajo peso y prematuridad, por lo que hubo indicación de ingresar cerca de un tercio de éstos, a la unidad de cuidados neonatales. Se presentó una mortalidad específica de la enfermedad de 6% de secundaria a procesos hipóxicos e infecciosos.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Incentivar a los médicos para el correcto llenado del libro de sala de operaciones, para evitar la pérdida de información valiosa necesaria para datos estadísticos.
- 6.2.2 Extender el estudio a nivel nacional para obtener información epidemiológica sobre la morbilidad y mortalidad secundaria a esta patología.
- 6.2.3 Considerando que este estudio fue descriptivo, se sugiere realizar estudios analíticos para establecer asociación entre variables y ofrecer conclusiones y recomendaciones que puedan ser aplicables a nuestro medio.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Pritchard J, McDonald P, Gant W. Hemorragia obstétrica. En: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetricia. 21a. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.p.693-727.
2. Botero, J; Jubiz, A; Henao, G. Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado: Hemorragias del tercer trimestre. 7ª edición. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia. Año 2004. P. 198 – 206.
3. Anonymous. Epidemiology of placenta previa in the United States -Tips from Other Journals. Am Fam Physician. 2006;48(5):1-2.
4. McShane PM, Heyl PS, Epstein MF. Maternal and perinatal morbidity resulting from Placentae previa. Obstet Gynecol 2006;65:176.
5. Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM. Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: a comparison of risk factor profiles and associated conditions. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(1):275-81.
6. Chocoj J. Situación de la Mortalidad Materna durante el año 2008 en Guatemala, Centro Nacional de Epidemiología, MSPAS 2008: 2-3
7. Posgrado de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile: Hemorragia Obstétrica. 2010: 28-41
8. Caficci, D, Mejides, C, Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal.2003 8; 111-120.
9. Caldera R. Placenta previa. J Obstet Gynecol. 2004;46:531-44.

10. Bajo Arenas, Melchor, Merce. Fundamentos de obstetricia. 2007, 55, 458.
11. Gómez O. Hemorragias del tercer trimestre de gestación. JANO. 1999;57(1314):59.
12. Colectivo de autores. Placenta previa. En: Colectivo de autores. Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. México D.F. Editorial de la Secretaría de Salud; 2002.p.30-4.
13. González-Bosquet E, Rabanal M, Villaseca S. Urgencias hemorrágicas en la segunda mitad de la gestación. JANO. 2000;59(1359):54-7.
14. Álvarez PL, Águila S, Acosta RB. Sangramiento en obstetricia. En: Rigol O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.137-63.
15. Francois K, Jhonson J, Harris C. Is placenta previa more common in multiple gestations? Am J Obstet Gynecol. 2003;188(5):1226-7.
16. Demissie K, Breckenrige MB, Joseph L, Rhoads GG. Placenta Previa: Preponderance of Male Sex at Birth. Am J Epidemiol. 2005;149(9):824-30.
17. Botella J, Clavero JA. Placenta Previa. En: Botella J, Clavero JA. Tratado de Ginecología y Patología Obstétrica. 12ma. ed. La Habana: Edición Revolucionaria; 2000.p.671-94.
18. Sinobas O. Gestorragias: placenta previa y desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera. En: Sinobas O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial El estudiante de medicina;2006.p.61-71.
19. Colectivo de autores. Placenta previa. En: Colectivo de autores. Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.166-8.

20. Cabero, Rodriguez. OBSTETRICIA Y MEDICINA MATERNO FETAL. 2007 615-616.
21. Diagnosis and Management of Placenta Previa. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. J Obstet Gynaecol Can 2007;29(3):261–266
22. RCOG Green-top Guideline No. 27. Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia. Diagnosis and treatment. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Enero 2011.
En: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG27PlacentaPraeviaJanuary2011.pdf>.
Septiembre 15 2011.
23. Hacker NF, Moore JG. Essentials of Obstetrics and Gynecology. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004.
24. Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002.
25. Neilson JP. Interventions for Suspected Placentae Praevia. Cochrane Library, issue 4. Oxford: Update Software; 2002

VIII. ANEXOS

8.1 Anexo No.1: Boleta de Recolección de datos

MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO PERINATAL EN LAS PACIENTES CON PLACENTA PREVIA

Edad en años

Paridad:

Primípara:

Múltipara:

Tipo de resolución del embarazo previo:

Cesárea segmentaria transperitoneal

Parto eutósico simple

Número de cesáreas previas:

Una:

Tres:

Dos:

> Tres:

Tipo de Placenta Previa

Completa o total

Marginal

Parcial

Inserción Baja

Vía de Resolución actual:

PES

CSTP

MATERNAS:

Morbilidad

Si

No

7 Uso de hemoderivados

Cantidad _____

8 Histerectomía obstétrica

Causa _____

9 Complicaciones maternas _____

Mortalidad

PERINATAL

10 Edad gestacional al nacimiento:

A término:

Prematurez:

Postérmino:

11 Peso fetal:

Adecuado para EG:

Muy bajo para EG:

Bajo para EG:

Extremadamente bajo:

12 APGAR:

Asfixiado

No Asfixia

13 Ingreso de RN: SI

NO

14 Motivo de Ingreso:

15 Muerte perinatal

SI

NO:

16 Causa de la muerte:

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier método la tesis titulada: “**Mortalidad Materno Perinatal de Pacientes con Diagnóstico de Placenta Previa**” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización parcial o total.