

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA UNAN – MANAGUA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS MANAGUA NICARAGUA**



**TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
GINECOBSTETRICIA.**

**TEMA: “PLACENTA PREVIA ASOCIADO A CESAREA ANTERIOR EN EL  
HOSPITAL BERTHA CALDERON DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014”.**

**AUTORA:**

**Dra. Reina de los Ángeles Hernández Cortez.  
Médico Residente de cuarto año .G.O**

**TUTOR METODOLOGICO:**

**Dr. Carlos Dinarte .MB G.O. HBCR  
Máster en salud pública.  
Ginecología infantil juvenil**

**Managua 26 de febrero del 2015**

**Dirección General de Docencia e Investigaciones – MINSA  
Hospital Escuela Bertha Calderón Roque**

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

ACEPTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA Y POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA – LEON.

**Dra. Reina de los Ángeles Hernández Cortez**, Cédula de Identidad No: **001 – 150481- 0029s**,

Culminó la **Especialidad de Ginecobstetricia**, en el año académico **2015**

Realizó Defensa de Tesis: **PLACENTA PREVIA ASOCIADO A CESAREAS ANTERIOR EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014”**.

En la ciudad de Managua, a los 26 días del mes de febrero del año 2015.

Dr Néstor pavón

**Nombre y apellidos**

\_\_\_\_\_  
Firma del Presidente

Dr Byron Vargas

**Nombre y apellidos**

\_\_\_\_\_  
Firma del Secretario

Dra. Katiuska Guadamuz

**Nombre y apellidos**

\_\_\_\_\_  
Firma del Vocal

\_\_\_\_\_  
Dra. Sonia Esmeralda Cabezas Elizondo  
Subdirectora Docente  
Hospital Escuela Bertha Calderón Roque

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS:**

**Por permitirme llegar a realizar este sueño.  
Y poner en mi camino a personas que fueron pilares fundamentales  
para poder culminar con mi especialidad.**

### **A MI FAMILIA**

**Que a pesar de las limitaciones siempre me brindaron su apoyo para  
seguir adelante en los momentos difíciles.**

### **A MIS MAESTROS.**

**Que con paciencia, tolerancia y mucha dedicación aportaron  
Conocimiento a mi formación para ser  
Hoy lo que soy.**

## **OPINIÓN DEL TUTOR:**

La placenta previa es una entidad clínica que se diagnostica cada vez más frecuentemente en nuestro medio, constituyendo una importante causa de enfermedad y muerte del binomio madre-hijo. Su adecuado abordaje es uno de los pilares fundamentales para reducir el impacto en materia de morbi-mortalidad materna y perinatal. Se ha demostrado su asociación con diferentes factores entre los que se destaca el antecedente de la operación cesárea, cuya frecuencia es considerablemente alta en esta institución, por lo cabe esperar un correspondiente aumento de la incidencia de placentación anormal en estas pacientes. El conocimiento sobre la asociación entre el antecedente de operación cesárea y placenta previa puede aportar importantes elementos para implantar medidas encaminadas a reducir los efectos desfavorables de esta entidad clínica

En mi carácter de tutor del trabajo de tesis: "PLACENTA PREVIA ASOCIADA A ANTECEDENTE DE CESAREA" realizado por la Dra Reina de los Ángeles Hernández Cortez Para optar al título de especialista en Ginecología y obstetricia. Considero que este reúne los requisitos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe y con los meritos necesarios para su aprobación. Dado en la ciudad de Managua a los 26 .días del mes de febrero de 2015.

Dr. Carlos Martin Dinarte Mendoza  
Especialista en Ginecología y obstetricia  
Ginecología infantojuvenil  
Máster en salud publica

## RESUMEN

Se realizó un estudio sobre placenta previa asociado a cesáreas anterior en el Hospital Bertha Calderón de enero a diciembre del 2014, Managua”.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de conocer la asociación de placenta previa y cesárea anterior el lugar y periodo ya descrito.

El universo quedó constituido por todas las pacientes que acudieron con placenta previa al hospital Bertha Calderón el cual se constituyó de 104 paciente, de las cuales 39 pacientes conformaron la muestra, que estaba asociada a cesáreas anterior .

En pacientes con placenta previa asociada a cesárea anteriores, el predominio se da en mujeres entre las edades de 21 a 35 años. Se finalizó el embarazo en la semana 37 semana.

De las 104 paciente con placenta previas 39 pacientes de estas estaban asociadas a cesáreas anteriores, la variedad de placenta previa que predominó fue la placenta previa parcial ,dentro de las principales complicaciones que presentaron fue anemia, histerectomía, hemorragias postcesareas, transfusiones e infección de la herida quirúrgica..

En su mayoría tenía periodo intergenesico de 1 a 2 años y correspondía a la placenta previa parcial seguido la placenta previa marginal y previa oclusiva total.

El resultado perinatal más frecuentes fue bajo peso y asfixia siendo esto no tan relevante ya que en su mayoría los embarazos llegaron a término para su finalización.

Por lo que se debe promover o fortalecer el mecanismo para el cumplimiento estándar o protocolo para la realización de la operación cesárea con énfasis en las indicaciones, mediante la conformación de equipo o comité para decidir la realización del procedimiento de la operación cesárea en el caso que lo amerite, como cesárea programada, fortaleciendo el mecanismo de evaluación periódica de índice de cesárea y promover la sensibilización de los mecanismos encargados de las pacientes embarazadas acerca de los riesgos y beneficios de la operación cesárea, estableciendo mecanismos de retroalimentación para desarrollar o fortalecer medida para el mejoramiento de la capacidad del diagnóstico de placenta previa en nuestro centro con capacidad de diagnóstico de los recursos competentes, mejorando el proceso de formación de recursos.

## ÍNDICE.

I. Antecedentes.....1.2.3.

II. Introducción.....4

III. Justificación.....5

IV. Objetivos.....6

V. Marco Teórico.....7a.24

VI. Material y Método.....25 a 30

VII Resultados.....31 a 38

VIII. Anexos. ....39 a 45

IX. Bibliografía.....47

## INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo. Sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, del producto o de ambos.

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan todas las condiciones de vida de la mujer. La morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política, la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud y las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado.

El parto por cesárea produce una falla en la reconstitución del endometrio-miometrio en un siguiente embarazo, asociándose a mayor riesgo de complicaciones por placenta previa y placenta adherente, incrementando la morbilidad y mortalidad por hemorragia.1.5

Tanto la incidencia de operación cesárea como de histerectomía obstétrica están significativamente aumentadas, como también la necesidad de terapia transfusional.

El riesgo perinatal está aumentado significativamente y es dependiente de la prematuridad, la cual globalmente alcanza un 30%. La patología asfíctica del recién nacido, determinada por la hipotensión materna, la hipovolemia feto-neonatal y el traumatismo obstétrico, derivado de las maniobras de extracción contribuyen al riesgo perinatal.

Se ha alcanzado una marcada reducción de la mortalidad materna por placenta previa. Esta tendencia comenzó en 1927 cuando Hill abogó por la realización de una adecuada transfusión y del parto por cesárea.

Desde 1945, cuando Macafee y Johnson sugirieron independientemente la terapia expectante para pacientes que estaban casi a término, una tendencia similar se ha hecho evidente en la tasa de muerte perinatal, aunque la mitad de las mujeres están casi a término cuando el sangrado se desarrolla por primera vez, el parto prematuro todavía plantea un problema muy importante para el resto debido a que no todas las mujeres con placenta previa y feto inmaduro pueden ser tratadas en forma expectante teniendo en cuenta la repercusión en la morbimortalidad materno perinatal que tiene la placenta previa(.3)

## ANTECEDENTES.

El incremento significativo de las tasa de cesáreas es de ocurrencia mundial y se encuentra actualmente alrededor del 15%, pero varía considerablemente entre los diferentes países y servicios de salud: 3,5% en África y 29,2% en América Latina y el Caribe.

En países europeos como Gran Bretaña se reporta una incidencia de 21%, en Estados Unidos 26% y en Australia 23%. En algunos países Latino Americanos Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México rebasa el 50%. (Crowther DJ, 2008). La Organización Mundial de la Salud menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor del 10-15%; sin embargo se ha incrementado su frecuencia en las dos últimas décadas (Chaillet N, 2007)10

En países Asiáticos el incremento de las cesáreas es significativo así tenemos que en China existen 46.2% de nacimientos por cesárea, siendo la tasa más alta, seguido de Sri Lanka, Vietnam y Tailandia.

Cochrane reportó, en el año 2008, una frecuencia de 40% en Chile y 50% en los hospitales privados de América.

En Paraguay la incidencia de cesárea se encuentra entre 20 y 25%. En el Hospital Nacional (Itauguá) fue de 34,8% en el año 2004. Blander, en 1954, sugirió la existencia de cicatriz de cesárea previa y el subsiguiente desarrollo de placenta previa. Un meta análisis con 15 trabajos confirma la asociación de cicatriz uterina de cesárea previa y el aumento de la incidencia de placenta previa(7).

En un estudio realizado en México por Lira cols (2), se encontró que en 210 casos de placenta previa, en 37 (17,6%) se presentó acretismo placentario; de los casos de acretismo en 26 (70,2%) se tuvo el antecedente de cesárea: con una cesárea fue de 21,1% y con dos o más cesáreas el 50%. La edad media de las pacientes fue de 31 años, y el grupo de mayor riesgo fue el de 35 a 39 años con 26% de acretismo placentario.

La OMS recomienda practicar cesáreas solo cuando el parto no puede desarrollarse de manera normal, lo cual sucede en el 15% de los casos, y considera innecesarias las intervenciones quirúrgicas por encima de esa cifra.

En Nicaragua el índice de nacimiento vía cesárea es de 19% según las estadísticas demográfica nacional 2013..

Las principales causas de muerte obstétricas directas: 482 Hemorragias (retención placentaria, atonía uterina, placenta previa, ruptura uterina), 254 Síndrome Hipertensión Gestacional (Preclampsia/Eclampsia) y 124 Sepsis Puerperales. (Situación de la Salud Materna 2000 al 2011 "ODM 5").

El daño mioendometrial provocado durante la cesárea puede favorecer la inserción baja de la placenta en la cavidad uterina, que se convierte en una de las principales causas de mortalidad materna por hemorragia.

La incidencia de placenta previa oscila entre 0,28% y 2%, en promedio 1/200 partos.

Los estudios informan un patrón de causa-efecto para el riesgo de placenta previa sobre la base del número de cesáreas: 1 cesárea anterior

La incidencia de placenta anormalmente adherente con invasión anormal dentro de la pared uterina ha aumentado 10 veces en los últimos 50 años, lo que refleja el número de cesáreas realizadas.

El parto por cesárea anterior se asoció con un mayor riesgo de complicaciones placentarias en un siguiente embarazo, la placenta y placenta adherente.

Los principales factores para la aparición de placentas anormalmente adherentes son la cesárea anterior con placenta previa; las que han tenido 2 o más partos por cesárea con placenta anterior en el embarazo actual; las variedades de placenta previa centro totales tienen 40% más de posibilidades de desarrollar placenta adherente.

El incremento en la frecuencia de operación cesárea es un problema de salud pública a nivel mundial, y particularmente en países en vías de desarrollo como México. Recientemente se ha identificado un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos. Este incremento va de la mano con una mayor morbilidad y mortalidad materna ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna.

Cinco o más cesáreas anteriores se asocian a mayor tasa de adherencias placentarias graves. La placenta percreta es rara, pero potencialmente mortal y se asocia a las altas tasas de cesáreas previas con morbilidad y mortalidad materna elevadas, por lo general derivada de la hemorragia obstétrica grave.

Según los textos clásicos, la principal causa de la histerectomía obstétrica era la atonía uterina. Actualmente, diferentes experiencias publicadas demuestran que las indicaciones están cambiando, ya que la placenta adherente y su asociación a la placenta previa con cicatriz uterina de cesárea es la causa mayor de histerectomía obstétrica. Por lo tanto, se necesitan nuevos enfoques y conductas terapéuticas.

El 78,8% de las histerectomías obstétricas tenían antecedentes de cesáreas previas y la indicación principal fue la placenta adherente con historia de cesárea, lo que induce a una mayor incidencia de histerectomía obstétrica debido a trastornos de la placenta.

La morbimortalidad materna por anomalías placentarias de adherencia e implantación son considerables. La tasa de mortalidad reportada fue 7%, con una gran morbilidad intraoperatorias y post-operatoria asociada a transfusiones sanguíneas masivas, infecciones, daño uretral y formación de fístulas vaginales.

Las mujeres con cesárea anterior tienen cerca del 25% de riesgo de desarrollar placenta adherente y cerca del 80% necesitarán histerectomías durante el acto operatorio de la cesárea.

En relación con los factores de riesgo de placenta previa, se dice que los fundamentales son: historia anterior de placenta previa, edad avanzada de la madre, multiparidad, antecedentes de cesárea anterior y abortos inducidos, embarazo gemelar, y algunos autores incluyen también entre estos al sexo masculino del feto y al tabaquismo durante el embarazo.

El alto grado de sospecha y de preparación ayuda a disminuir la morbilidad materna de las pacientes con anomalías de la placentación, previniendo algunas complicaciones médicas y quirúrgicas intraoperatorias, por lo cual los obstetras deben tener en consideración esta afección y tomar las precauciones respectivas.

## **JUSTIFICACION.**

Los sangrados del tercer trimestre del embarazo constituyen permanentemente problema para el obstetra y factor determinante en el aumento de la morbi-mortalidad materno fetal, por lo que amerita hacer revisiones frecuentes sobre el tema.

La placenta previa es una complicación del embarazo que pone en riesgo la vida y un importante problema de salud pública en todo el mundo. Su impacto en los lugares de escasos recursos es muy superior a su impacto en los países desarrollados.

En los lugares de escasos recursos a menudo no hay un conocimiento pleno de las señales de alerta de la placenta previa, lo que puede derivar en demoras para solicitar atención médica. Además, el sistema inadecuado de transporte y la necesidad de viajar largas distancias para llegar a una unidad de salud (que podría tener sólo recursos limitados para resolver el problema) aumentan el riesgo de hemorragia, que es la causa principal de muerte materna.

Es de causa multifactorial, y se asocia a complicaciones maternas severas y resultados perinatales adversos.

Desde el punto de vista materno se asocia con riesgo significativo de hemorragia, transfusiones y alta frecuencia de cesárea, histerectomía postcesareas, septicemia, tromboflebitis y muerte; puede alcanzar una tasa de mortalidad del 7% cuando coexiste con acretismo placentario

Desde el punto de vista del recién nacido, alrededor del 40% de los casos se complican con parto pre términos y la mortalidad perinatal se incrementa hasta cuatro veces.

Este grupo de padecimiento no solo se asocia a un incremento de la morbilidad y mortalidad del binomio, además de una mayor dotación de recursos para la salud, tanto humano, tecnológico, materiales y por ende económicos.

Por lo que es necesario detectar cual es la causa más frecuente en nuestra población de estudio de esta patología para de esta manera tratar de dar soluciones significativas que pueda ayudar a evitar o disminuir la morbimortalidad perinatal debido a esta causa. La importancia de este estudio es que determinará la relación entre el desarrollo de anomalías placentarias de implantación y adherencia en pacientes con cicatriz de cesárea previa. Se propone realizar un estudio descriptivo que analizará la incidencia de dichas patologías placentarias en pacientes con cicatriz de cesárea anterior, con el propósito de predecir complicaciones hemorrágicas periparto, permitiendo realizar un diagnóstico precoz y conformar un equipo multidisciplinario en el manejo.

## **OBJETIVO GENERAL.**

1. Conocer la asociación de placenta previa y cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón de Enero del 2014 a Diciembre del 2014.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

1. Determinar los factores epidemiológicos de las pacientes con placenta previa asociado a antecedentes de cesáreas.
2. Relacionar la presencia de placenta previa y el antecedente de cesárea en la población en estudio.
3. Identificar la relación entre placenta previa y periodo intergenesico en las pacientes con cesárea anterior.
4. Conocer la relación entre placenta previa y acretismo placentario asociado en la población en estudio.
5. Describir las características clínicas más frecuentes en pacientes con placenta previa y cesárea anteriores.

## **MARCO TEORICO**

Placenta previa es aquella que por su inserción ocupa el segmento uterino inferior; tiene el inconveniente de que con la formación del segmento uterino inferior o con

las contracciones uterinas se crea una zona de separación, produciendo un sangrado genital.

Durante el embarazo, al distenderse el músculo uterino y encontrarse la placenta anómalamente ubicada en el segmento inferior, ésta no puede acompañar esa elongación por tener distinta distensibilidad, en consecuencia se produce una rotura vascular interuteroplacentaria; durante el trabajo de parto se presenta sangrado por un mecanismo similar.

La prevalencia de placenta previa es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas. El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas. También hay un mayor riesgo en otros casos de cirugía uterina como miomectomía o en antecedentes de legrado o extracción manual de placenta.<sup>4</sup>

Otros factores de riesgo son la edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida.

Tiende a aumentar su incidencia en relación con el mayor número de operaciones cesáreas, legrados uterinos, abortos espontáneos o inducidos y en mujeres con elevada paridad. Pacientes multíparas de 40 o más años tienen 5,6 veces más riesgo de padecer placenta previa que aquellas nulíparas con edad entre 20 y 29 años, la fertilización asistida predispone a mayor incidencia de placenta previa.

Cuando el estudio se realiza entre las semanas 16<sup>a</sup> y 20<sup>a</sup> la incidencia de placenta previa es 4% a 6% luego este porcentaje disminuye con el desarrollo del segmento intermedio que en la 20<sup>a</sup> semana mide 0,5 cm y alcanza 5 a 10 cm en la semana 34<sup>a</sup>. Placentas previas que persisten en la semana 34<sup>a</sup> difícilmente se corrijan en el momento del nacimiento.

El sangrado se presenta en el 80% de las pacientes con placenta previa, con un primer episodio antes de la semana 36<sup>a</sup>.

La repetición del sangrado incrementa el riesgo de hemorragia grave, así el 60% de las pacientes entre 24<sup>a</sup> y 36<sup>a</sup> semanas de gestación presentan sangrado adicional.

## **EPIDEMIOLOGIA**

En general, la incidencia de placenta previa es de 1 en 200 a 1 en 390 embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas. La frecuencia de aparición con la paridad aumenta.

Para nulípara, la incidencia es de 0.2%, mientras que en multíparas, puede ser mayor a 5% y la tasa de recidiva es de 4% a 8%. 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 cesárea se incrementa a 10%.<sup>6</sup>

## **CLASIFICACION DE LA PLACENTA PREVIA**

Tradicionalmente la placenta previa se ha dividido en cuatro tipos o grados

1. Grado I (placenta previa lateral o inserción baja): la placenta invade el segmento uterino inferior y se encuentra a máximo 5 cm del orificio cervical interno, pero no lo alcanza.
2. Grado II (placenta previa marginal): el borde de la placenta llega justo al borde del orificio cervical interno.
3. . Grado III (placenta previa parcial): la placenta cubre parcialmente el orificio cervical interno.
4. Grado IV (placenta previa central total): la placenta cubre totalmente el orificio cervical interno.

Esta clasificación, basada originalmente en la palpación digital a través del cérvix, es de difícil uso en la práctica clínica. Actualmente el diagnóstico de placenta previa se hace en mujeres asintomáticas a quienes en una ecografía de rutina se les encuentra una inserción baja de la placenta, de tal forma que el examen digital está proscrito.

**La nueva clasificación de localización placentaria basada en la ecografía transvaginal es la siguiente.**

1. **PLACENTA SITUADA NORMALMENTE:** la placenta se encuentra insertada a una distancia de 3,5 cm del orificio cervical interno en un embarazo a término.
2. **PLACENTA BAJA:** la placenta se halla de 2 a 3,5 cm del orificio cervical interno, en una gestación a término.
3. **PLACENTA PREVIA:** la placenta está a menos de 2 cm del orificio cervical interno, en una gestación a término. La placenta puede sobrepasar el orificio cervical interno.

## FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es aquello que aumenta la probabilidad de adquirir una enfermedad o afección.

- ✚ MUJERES MULTÍPARAS, en las que la zona de inserción placentaria de las sucesivas gestaciones va siendo substituida por tejido cicatricial, restando terreno apto para la implantación de la zona habitual.
- ✚ EDAD MATERNA AVANZADA
- ✚ CICATRICES UTERINAS, producidas por [operaciones](#) anteriores (miomectomía, cesáreas anteriores, operaciones plásticas por malformaciones uterinas).
- ✚ ABORTOS DE REPETICIÓN O LEGRADOS uterinos enérgicos que impiden la regeneración del endometrio en zonas de cavidad uterina.
- ✚ GESTACIÓN MÚLTIPLE (dos o más fetos)
- ✚ MIOMAS SUBMUCOSOS Y PÓLIPOS ENDOMETRIALES .Alteraciones funcionales de la mucosa, sinequias intrauterinas o endometriales residuales localizadas.<sup>5</sup>

## OTROS FACTORES DE RIESGO

Tabaquismo, cocaína, razas negras y asiática, sexo masculino del feto e historia previa de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta.

## ETIOLOGÍA

Existen condiciones que se asocian a una mayor incidencia de placenta previa:

**ALTERACIONES ENDOMETRIALES O MIOMETRIALES:** antecedentes de cesárea, legrado uterino, multiparidad, edad sobre 35 años, miomas uterinos.

**AUMENTO RELATIVO DE LA MASA PLACENTARIA:** embarazo gemelar, feto sexo masculino, tabaquismo y residencia en altura. La asociación entre placenta previa y cicatriz de cesárea es de particular importancia debido al considerable aumento de esta intervención y el mayor riesgo de acretismo placentario que implica.

## CLÍNICA

La manifestación clínica más frecuente de la PP es la metrorragia aislada de sangre roja brillante abundante de origen materno. En el 10-30% de los casos se asocia a dinámica uterina clínica. El 30% de las pacientes presentaran sangrado antes de las 30 semanas, el 30% entre las 30 y las 36 semanas y el 30% después de las 36. El 10% permanecerán asintomáticas. Cuanto más precoz es el inicio del sangrado, mayor es el riesgo perinatal.

Generalmente no hay sufrimiento fetal a menos que la magnitud de la hemorragia comprometa termodinámicamente a la madre. No hay alteraciones en la contractilidad uterina o de existir dinámica uterina el útero debe relajar bien entre contracciones.

## **DIAGNÓSTICO**

Debe determinarse la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2º y 3º trimestre. Si existe sospecha de placenta previa, en placentas bilobuladas y en gestaciones gemelares realizar una ecografía transvaginal para confirmar o no el diagnóstico.

La ecografía confirma el sitio de implantación, cuando se efectúa transvaginal tiene una sensibilidad de 87,5% y una especificidad de 98,8% . También podrá efectuarse por vía translabial o transperineal.

## **LA EVALUACIÓN DE UNA PLACENTA PREVIA EN LA ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL INCLUYE:**

- ✚ Visualizar correctamente todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral (corte transversal) rechazando, si es necesario, la presentación fetal.
- ✚ Aplicar Doppler color para descartar hematoma marginal o vasa previa.
- ✚ Localizar la inserción cordón.
- ✚ En caso de vejiga parcialmente llena: confirmar el diagnóstico de PP tras la micción.
- ✚ Valorar signos de acretismo especialmente en PP con antecedente de cesárea previa.

## **MANEJO DE LA PLACENTA PREVIA**

Ante el diagnóstico ecográfico de una PP oclusiva, marginal o de inserción baja a < 10mm, programar el control ecográfico de 3er trimestre alrededor de las 32 semanas para confirmar el diagnóstico y ajustar las recomendaciones (reposo relativo, evitar relaciones sexuales, prevención de anemia materna, informar de la posible aparición de sangrado).

Es por tanto recomendable que en dichos casos se haga constar la localización de la placenta en el informe ecográfico.

El control específico de 3er trimestre no será necesario en placentas de inserción baja entre 10-20mm por la alta probabilidad de migración (más del 90%).

### **PLACENTA PREVIA ASINTOMÁTICA**

Control ecográfico a las 36 semanas para confirmar la PP y decidir la vía del parto.

### **PLACENTA PREVIA SINTOMÁTICA.**

Según el grado de metrorragia y los antecedentes de la paciente, se decidirá dejar en observación o ingresada.

Evitar tactos vaginales; realizar siempre exploración ecográfica TV.

- ✚ Venoclisis y analítica que incluya: Hemograma, coagulación y bioquímica básica.
- ✚ Comprobación de FCF y de ausencia de dinámica Uterina.
- ✚ Monitorización fetal (NST) > 24 semanas.
- ✚ Ecografía obstétrica: evaluar presencia de hematoma placentario, longitud cervical e integridad de las membranas.
- ✚ Reposo relativo.
- ✚ Alta si tras unas horas en observación, la paciente se encuentra clínicamente asintomática y la ecografía descarta complicaciones asociadas.
- ✚ Control en 1-2 semanas con su ginecólogo de referencia.

### **INGRESO HOSPITALARIO.**

Pacientes que no cumplen criterios de ingreso en observación. Además de las actuaciones que se realizarían en un ingreso en observación, realizaremos

- ✚ Reserva de sangre; valorar necesidad de transfusión.
- ✚ Monitorización materna: constantes vitales, diuresis.
- ✚ En gestantes RhD negativas, administrar gammaglobulina anti-D (300 mcg o 1500 UI).

- ✚ Monitorización fetal diaria en gestaciones > 24 semanas: FCF y dinámica uterina.

## **TOCOLISIS:**

El tratamiento tocolítico se administrará a pesar de longitud cervical normal o ausencia de dinámica uterina. La elección del fármaco se realizará según el protocolo de APP, teniendo en cuenta que debe evitarse el uso de indometacina por su efecto inhibitor sobre la función plaquetaria, así como de nifedipino en casos de hipotensión clínica.

- ✚ Maduración pulmonar: entre las 24.0 y las 34.6 semanas, según protocolo específico.
- ✚ Neuroprotección con sulfato de magnesio: entre las 24.0 y las 31.6 semanas, según protocolo específico.
- ✚ Reposo absoluto hasta conseguir la estabilización del cuadro.
- ✚ La hemorragia grave que no cede tras tratamiento tocolítico, la inestabilidad hemodinámica o la sospecha de pérdida de bienestar fetal serán criterios de finalización inmediata de la gestación.

## **TRAS LA ESTABILIZACIÓN DEL CUADRO:**

A) Si edad gestacional > 36 semanas: finalizaremos la gestación mediante cesárea.

B) Si edad gestacional <36 semanas: Alta con reposo relativo y visita de control en 1-2 semanas en consulta externa de alto riesgo obstétrico. Posteriormente realizar ecografías regularmente ( al menos cada 4 semanas) dependiendo de la distancia de la placenta al OCI, la edad gestacional y la clínica de la paciente.

## **FINALIZACIÓN ELECTIVA DE LA GESTACIÓN**

Programar reserva de sangre (3 concentrados de hematíes máximo 72 horas antes del día de la cesárea y visita preanestésica -la anestesia loco-regional suele ser la de elección-).

PLACENTA PREVIA ASINTOMÁTICAS (paciente que nunca ha presentado clínica). Cesárea electiva a las 37-38 semanas.

PLACENTA PREVIA SINTOMÁTICAS (paciente que ha presentado al menos un episodio). Cesárea electiva a las 36-37 semanas. Si es clínicamente posible, programar a partir de las 37 semanas.

En los casos de PP de inserción baja situada entre 11-20mm de OCI, puede plantearse la opción a parto vaginal (tasa de éxito descrita 69%), explicando la posibilidad de cesárea en curso de parto por hemorragia intraparto

## **TIPO DE INCISIÓN**

Debemos disponer de una ecografía previa a la cesárea para determinar con precisión la localización de la placenta. Aunque la incisión segmentaria transversa es la de elección, se debe evitar incisión transplacentaria siempre que sea posible y realizar la incisión lo más lejos posible de la inserción de cordón.

Si la incisión es transplacentaria se debe atravesar rápidamente la placenta para la extracción fetal.

## **COMPLICACIONES**

Las complicaciones maternas potenciales incluyen hemorragia, shock y muerte. La prematuridad, lo cual ocurre cuando un bebé está antes de la semana 36 de gestación, es responsable de cerca del 60% de muertes infantiles secundario a la placenta previa.

La pérdida de sangre fetal o hemorragia pueden ocurrir debido a que la placenta se desgarra de la pared uterina durante la labor de parto. También puede ocurrir con la entrada al útero durante un parto de cesárea.

- ✚ Mayor morbi-mortalidad perinatal: RPM, parto prematuro
- ✚ Malpresentación fetal
- ✚ Hemorragia grave, necesidad de drogas vasoactivas y transfusión, shock hipovolémico
- ✚ Presencia de placenta ácreta, vasa previa, inserción velamentosa de cordón
- ✚ Hemorragia postparto: debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, las pacientes con PP tienen un mayor riesgo de hemorragia postparto.
- ✚ Histerectomía urgente
- ✚ Embolia de líquido amniótico.

## **PRONÓSTICO**

### **PRONÓSTICO MATERNO**

Desde el punto de vista materno, gravan la morbimortalidad la hemorragia (60-65%), la infección (30-35%) y los accidentes tromboembólicos (4-6%). El pronóstico en parte dependerá de la variedad anatomoclínica, de la intensidad y al frecuencia de las pérdidas hemorrágicas y de la precocidad y eficacia del tratamiento establecido.

## PRONÓSTICO FETAL.

Las causas más habituales de mortalidad fetal son la prematuridad (60-80%), la anoxia, la anemia, los traumatismos obstétricos y las malformaciones.

En cuanto a la morbilidad fetal hay que destacar que es más frecuente el retraso de crecimiento intrauterino, lo que implica un incremento de los recién nacidos de bajo peso.

Incluso se ha descrito que a los 4 años de edad los niños nacidos de madres con placenta previa tenían menor peso, talla y circunferencia cefálica que el promedio.

## TRASTORNOS ASOCIADOS

Placenta acreta (15.25% de los pacientes), increta o percreta y prematuridad.

Las placentas, tanto acreta como increta y más aun la percreta, dan lugar a un sin fin de complicaciones.

La placenta acreta con frecuencia se asocia a placenta previa, lo que constituye una gran dificultad cuando se trata de resolver una placenta previa de primer o segundo grado (placenta baja) por vía vaginal, pudiendo dar graves hemorragias.

## ACRETISMO PLACENTARIO

Normalmente, la placenta se separa espontáneamente de su sitio de implantación en los minutos que siguen al parto. En algunos casos, ello no ocurre o lo hace mucho después del tiempo estimado, en ocasiones esto se debe a una anormal implantación de la placenta al útero, denominándose a este cuadro acretismo placentario. La placenta ácreta, es un trastorno adherencial de la placenta, que puede resultar, en un sustancial aumento de la morbilidad y mortalidad materna por la hemorragia obstétrica grave que produce. En el pasado y aun actualmente el diagnóstico primario se hace intraparto, reconociéndose por la firme adherencia de la placenta al útero. Este intento de separación de la placenta provoca una hemorragia profusa que amerita en ocasiones una histerectomía postparto de urgencia.

Este trastorno puede y debe ser sospechado en presencia de factores de riesgo definidos, como la placenta previa, cesáreas anteriores, legrados uterinos, reiterados, miomectomía, etc. En estos casos y ante la presencia de factores de riesgo se deben dirigir los métodos diagnósticos para confirmar o descartar esta situación(.9)

El diagnóstico prenatal de acretismo placentario y sus variantes, permite realizar una adecuada planificación quirúrgica y preparación de la paciente, disminuyendo las complicaciones. Este diagnóstico debe ser hecho entre las 30 o 34 semanas de embarazo.

Es un término utilizado para describir una implantación placentaria en la que hay una adherencia anormal a la pared uterina de la gestante; incluye tres variantes; ACRETA, en la que las vellosidades placentarias están en contacto con el miometrio, INCRETA en la cual las vellosidades invaden miometrio, PERCRETA, en la cual atraviesan toda la capa miometrio llegando a la serosa y en ocasiones traspasándola e involucrando incluso órganos y tejidos vecinos.

Esta adherencia anormal, resulta de una ausencia de la decidua basal parcial o completa y el desarrollo incompleto de una capa de fibrina, la capa de Nitabuch, de forma que la línea de separación fisiológica entre la capa esponjosa de la decidua y el miometrio está ausente. A causa de esta alteración, la adherencia anormal puede afectar a uno o varios cotiledones o incluso a toda la placenta, constituyendo la placenta ácreta focal, parcial o total respectivamente.

## **INCIDENCIA**

Esta se ha incrementado tres veces en los últimos 20 años, debido a la elevada tasa de cesáreas registradas. Breen y colaboradores reportan una tasa de 1 cada 7000 partos en 1977, Miller habla de una incidencia de 1 caso cada 2500 partos entre 1985-1997.

## **FACTORES DE RIESGO**

El antecedente de mayor relevancia es la cesárea previa. La PP está relacionada directamente con el número de cesáreas previas;

- 0.67% luego de la 1era
- 1.8% luego de la 2da.
- 3% luego de la 3ra.
- 10% luego de la 4ta.

El antecedente de placenta previa y cesárea previa incrementa el riesgo, una vez localizada la placenta previa en el embarazo actual, la posibilidad de acretismo es de;

- 23% con antecedentes de 1 cesárea.
- 35% con antecedentes de 2 cesárea
- 51% con antecedentes de 3 cesárea
- 67% con antecedentes de 4 cesárea

**"Recordar que sin cesáreas, existe un 5 al 9% de posibilidades de acretismo si se da placenta previa."(10)**

El riesgo es superior cuando se implanta sobre la cicatriz uterina, apoyando la teoría de la escasa decidualización del segmento uterino. Otros factores de riesgo

son; legrados uterinos previos, edad materna igual o mayor a 35 años, multiparidad, Síndrome de Sherman, cicatrices uterinas e infecciones.

## **DIAGNOSTICO ANTENATAL.**

En el pasado, y aún en el presente, el diagnóstico de placenta ácreta se realiza por sospecha clínica ante una hemorragia postparto masiva y/o dificultad o imposibilidad de separar la placenta de su inserción uterina durante el alumbramiento; frecuentemente es seguido de una histerectomía de urgencia postparto, con un gran riesgo de morbilidad materna y eventual riesgo de mortalidad por las complicaciones que aun sorprenden en nuestro medio al obstetra que no ha previsto tal situación.

Hoy, gracias al mejor entendimiento y conocimiento de los factores de riesgo y al mejoramiento de las pruebas diagnósticas, la mayoría de los casos deben ser diagnosticados durante el embarazo. El diagnóstico temprano, hace posible la preparación adecuada y correcta para el momento del parto y sus complicaciones.

La valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, lo cual permite el diagnóstico antenatal de localización anormal de la placenta; es aquí, que sobre todo frente a una localización anormal ( Ej. Placenta previa) o frente a factores de riesgo, se debe dirigir los métodos diagnósticos disponibles (ecografía, RMN, o ambas) para confirmar o descartar un trastorno adherencial de la placenta.

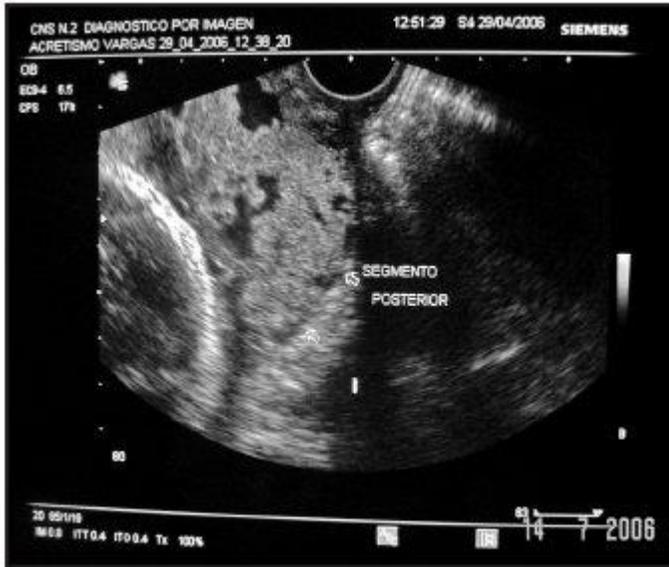
Finberg y Williams fueron los primeros que evaluaron con ultrasonografía la inserción placentaria de pacientes embarazadas con placenta previa e historia de una o más cesárea anteriores y determinaron que ciertos hallazgos ecográficos se asociaban con acretismo placentario,

## **LOS CRITERIOS ULTRASONOGRÁFICOS DE PLACENTA ÁCRETA QUE INCLUYEN:**

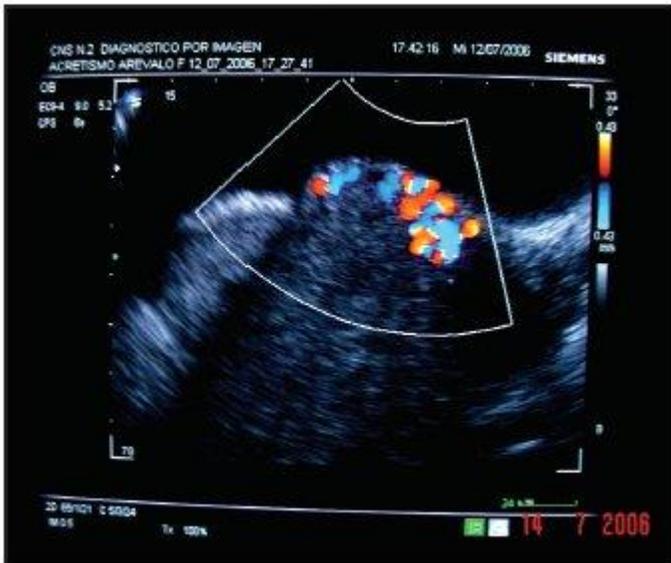
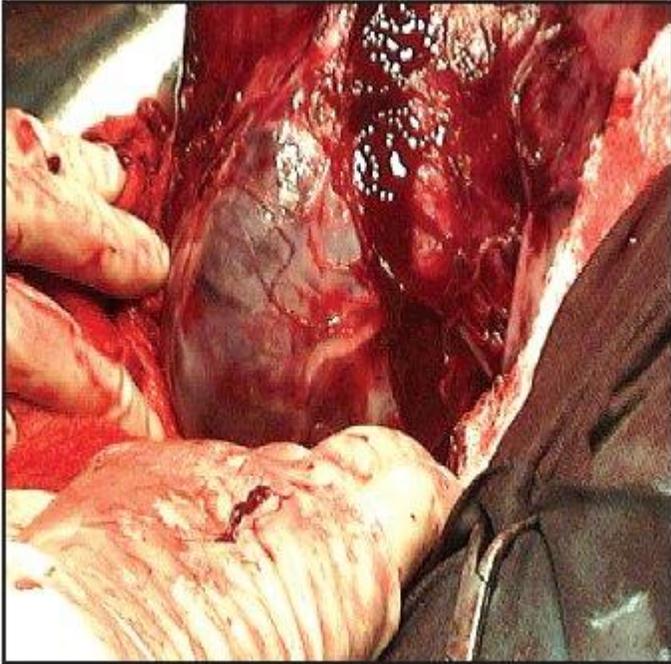
- Pérdida o adelgazamiento de la zona hipocogénica miométrial retroplacentaria normal menor a 2 mm de espesor. Si esta esta conservada, el riesgo de presentar acretismo disminuye a menos del 10%.
- Adelgazamiento o disrupción de la interface serosa hiperecogénica, entre el útero y la vejiga.
- Masa focal exofítica o extensión de la placenta a través de la serosa, fuera del cuerpo uterino. Esto es patognomónica de la placenta percreta.
- Presencia de numerosos lagos vasculares intraplacentarios, como criterio de riesgo adicional para placenta ácreta. Es el signo más sensible (presente en el 87% de las pacientes con placenta ácreta), incrementa el riesgo de histerectomía y triplica el riesgo de pérdidas hemáticas en quienes la tiene.incluyen:
- Adelgazamiento progresivo y desaparición de la zona miometrio hipocogénica retroplacentaria en exámenes secuenciales.

- Disminución del patrón de flujo venoso normal por estudio Doppler del margen periférico de la placenta.

La ecografía transabdominal mostró ser suficiente para un diagnóstico confiable, sin la participación de técnicas de Doppler color o Power Doppler, cuando se encontraron los criterios de placenta acreta. La ecografía transvaginal permite una mayor seguridad diagnóstica en muchos casos pues da una mayor información sobre la inserción placentaria en pacientes con placenta previa.



**ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL** de paciente con placenta previa oclusiva total que muestra desaparición de la zona hipocogénicamiometrialretroplacentaria del segmento posterior del útero y la presencia de lagos vasculares. El estudio histopatológico de la placenta confirmó el diagnóstico anteparto de acretismo placentario.



**ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL CON DOPPLERCOLOR** de una paciente con placenta previa e historia de cesárea anterior que muestra los puentes vasculares entre la placenta y el miométrio y los lagos vasculares adyacentes. La ecografía de escala de grises previa, ya había detectado el adelgazamiento de la zona hipocogénicamiometrialretroplacentaria. Se realizó la cesárea e histerectomía programada; la histopatología confirmó el diagnóstico.<sup>3</sup>

Aunque los hallazgos ecográficos transabdominal y transvaginal no son definitivos, ellos son consistentes con el diagnóstico histopatológico sobre todo en la placenta percreta. En casos de acretismo el Doppler color y el powerDoppler muestran la marcada vascularización y vascularización anormal del sitio de implantación de la placenta, pero esto no aportaría información adicional a la confiabilidad diagnóstica hecha por un operador experimentado utilizando los criterios de Finberg y Williams.

El powerDoppler puede diferenciar entre várices vesicales y placenta p rcreta, demostrando claramente la ausencia de vasculatura anormal entre las varices y la placenta.



Ecografía transvaginal con Power Doppler en una paciente con placenta previa que delinea más los vasos anormales que penetran a la capa miometrial.

La ecografía de escala de grises previa mostró un adelgazamiento focal de la zona hipocogénica miometrial retroplacentaria. La ecografía con Doppler color también mostró una vascularización útero-placentaria anormal. La histopatología confirmó el diagnóstico.

Cuando la placenta se inserta en la cara posterior del segmento, esta fuera del campo visual de la ecografía transabdominal y es dificultosa la evaluación ecográfica transvaginal, es mejor y la mayor la información que brinda la Resonancia Magnética Nuclear (RMN).

Solamente en estos casos la RMN aporta información adicional; por este motivo se recomienda que en pacientes con alto riesgo de placenta ácreta, el uso de resonancia magnética nuclear debe reservarse para las pacientes con inserción

placentaria difícil de evaluar con ultrasonografía. Sin embargo algunos autores refieren que la RMN brinda una mejor delineación de planos tisulares, permite obtener imágenes anatómicas precisas de pared uterina, de la vascularización y otras estructuras pelvianas. El uso de Gadolinio, como contraste permite una neta diferenciación entre la placenta y la pared uterina que permitiría ver el grado de invasión placentaria, lo cual nos permitiría hacer el diagnóstico diferencial entre placenta ácreta y percreta. Estas experiencias han hecho que muchos centros hospitalarios utilicen ambos métodos diagnósticos.

La sensibilidad y la especificidad de la ecografía en el diagnóstico de placenta ácreta es alrededor de 85 % Y 92 % respectivamente.

La adición de Resonancia Magnética Nuclear incrementa la sensibilidad y especificidad cercana al 100 % para evaluar el grado de invasión pero no para



hacer el diagnóstico

## LOS CRITERIOS QUE INDICAN ACRETISMO PLACENTARIO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA SON:

- Bandas intraplacentarias de baja intensidad en T2, cuyo volumen se corresponde con la invasión placentaria.

- Señal de intensidad heterogénea en la placenta..
- Engrosamiento uterino por efecto masa de la placenta. Interrupción focal de la pared miometrial.
- Adelgazamiento miometrial, con una anchura inferior a 1 mm en el lugar de implantación de la placenta. • Vejiga en tienda de campaña.
- Invasión de tejido placentario fuera del útero. La bandas intraplacentarias o las lagunas venosas (en la ecografía) corresponden a zonas de infarto y hemorragia placentaria y se observan con frecuencia en la cara materna de la placenta.

**Otros métodos diagnósticos incluyen: Cistoscopia y sedimento urinario**, donde la microhematuria en una paciente de riesgo debe ser tomada en cuenta para sospechar esta patología. Este simple estudio (parcial de orina) posee la misma sensibilidad diagnóstica que la cistoscopia, aunque esta última nos permita diagnosticar con mayor certeza la invasión de la vejiga por parte de la decidua **EN CASOS DE PLACENTA PERCRETA**

## **FISIOPATOLOGÍA**

Se piensa que el acretismo placentario es debido a una ausencia o deficiencia de la capa de Nitabuch, que es una capa de fibrina que se ubica entre la decidua basal y el corion frondoso. Benirschke y Kaufman, sugieren que esta situación es consecuencia de una falla en la reconstitución del endometrio/decidua basal, especialmente después de la reparación de una operación cesárea

## **MANEJO ACTUAL**

Dependerá de tres factores: Situación de la paciente (diagnosticada o no), momento quirúrgico (urgencia o programada) y experiencia del cirujano.

El objetivo principal es realizar una cesárea con mínimo sangrado y menor morbimortalidad materno fetal, situación muy difícil de lograr. Si bien hoy en día es controvertida la edad gestacional en la cual finalizar el embarazo, la mayoría de la literatura publicada hasta la actualidad refiere: Percretismo: interrupción a las 34 semanas (previa maduración pulmonar fetal). Acretismo: interrupción a las 36 semanas.<sup>11</sup>

## **TRATAMIENTO MEDICO**

Han aparecido reportes de pacientes, seleccionados para tratamiento médico, pero aún en número pequeño como para sacar conclusiones. Debe ser considerado solo en la paciente con deseo de preservar su fertilidad y sin hemorragia uterina activa que comprometa la estabilidad hemodinámica.

**El metotrexate es el fármaco de elección, la administración es de 1 mg/kg en días alternos para un total de 4 a 6 dosis, complementado con el uso de antibióticos y útero retractares; el seguimiento ecográfico diario de la involución placentaria y de la vascularización es preciso, debiendo ambos disminuir progresivamente.**

Durante el tratamiento debe pesquisar mediante laboratorio niveles de la hormona gonadotrofina coriónica humana, además de los efectos secundarios del metotrexate: trombocitopenia, neutropenia, disfunción hepática o renal. Si la paciente llega a ser clínicamente inestable o el tejido placentario no se resuelve con el tratamiento médico, la histerectomía debe ser considerada.

## **OTRAS TÉCNICAS CONSERVADORAS**

- **OCCLUSIÓN PROFILÁCTICA DE ARTERIAS HIPOGÁSTRICAS:**

La radiología intervencionista juega un importante papel en el manejo del acretismo colaborando a reducir el flujo sanguíneo uterino y prevenir la hemorragia. La cateterización con balón de las arterias iliacas o en las arterias uterinas, realizada preoperatoriamente, permite colapsarlas en el momento del parto para disminuir el riesgo de hemorragia o bien realizar la embolización tras la cesárea. Esta técnica evita la pérdida masiva de sangre y la aparición de shock hipovolémico con trastornos de coagulación, en pacientes de riesgo. .

Los estudios más optimistas muestran una tasa de éxito del 40%. Esto es debido a que la pérdida sanguínea no disminuye por la presencia otros vasos colaterales pélvicos que suplen la circulación uterina. Además existe riesgo de complicaciones vasculares como trombosis arterial.

Presenta como ventaja frente a la ligadura vascular, un menor tiempo de intervención. Por otro lado, con la oclusión hipogástrica de forma temporal parece poco probable que afecte a la fertilidad futura o al resultado de nuevos embarazos.

- **EMBOLIZACIÓN DE ARTERIAS UTERINAS:**

Descrita inicialmente como técnica adyuvante al tratamiento conservador, para evitar la pérdida sanguínea. De igual manera, la embolización también es usada para disminuir el riego sanguíneo de la placenta previo a la realización de la histerectomía.

La principal complicación de esta técnica es la posibilidad de necrosis uterina, infección, y a largo plazo la amenorrea permanente en relación a una amplia sinequia en el lecho placentario o bien por fallo ovárico. Los avances en radiología intervencionista han permitido disminuir la tasa de complicaciones al permitir seleccionar mejor las áreas a embolizar y la mayoría de las pacientes recuperan su función menstrual y la fertilidad.

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

Es realizado basándose en el estado clínico de la paciente, edad y paridad, el deseo de preservar la fertilidad futura y enfermedades intercurrentes. El mejor camino para disminuir las complicaciones quirúrgicas es a través de una adecuada preparación y planificación del parto en una paciente con sospecha de placenta ácreta.

En el percreetismo placentario el grado de deterioro de la pared uterina es tan importante, que el riesgo de complicaciones maternas y fetales aumenta notablemente más allá de las 35 semanas, superando el 90 % después de las 36 semanas. Se puede considerar la colocación, previa a la cirugía, de catéteres uretrales que permitan identificarlos en caso de histerectomía.

La invasión trofoblástica en un órgano como la vejiga o los parametrios genera casi invariablemente una activación del sistema de la coagulación. Como contrapartida, el sistema fibrinolítico comienza el consumo de la trombina activada.

Este consumo, a veces lento, disminuye gradualmente las reservas de fibrinógeno, de tal manera que al iniciar la cesárea el obstetra puede desconocer la existencia de una coagulación intravascular diseminada subclínica. Si el proceso se establece en una paciente con reservas de fibrinógeno disminuidas, la hemorragia se descontrola en forma inmediata.

El abordaje quirúrgico empieza con una incisión abdominal mediana infraumbilical con prolongación supraumbilical, el acretismo obliga a una histerotomía corporal fúndica. También se debe aislar y ligar cada uno de los vasos neoformados entre útero y placenta, luego liberar el espacio vesicouterino y vesicocervical en su totalidad, intentando extraer la placenta. De no ser posible el alumbramiento satisfactorio, proceder a la histerectomía total de urgencia.

## **COMPLICACIONES**

La primera es la hemorragia profusa que sigue al intento de realizar el alumbramiento, que puede llevar a la inestabilidad hemodinámica llevando al choque y muerte si no se corrige la hipovolemia. El sangrado puede persistir después de la histerectomía por disminución de la coagulabilidad sanguínea combinada con el trauma de una prolongada manipulación.

Otra complicación es la lesión de uréteres durante la histerectomía, más aun si es de urgencia por la placenta percreta y la necesidad de un rápido control de hemorragia masiva. Reconocida la lesión se puede corregir por reanastomosis o reimplantación según se requiera, con la ayuda del urólogo. La lesión de vejiga, en el momento de disecar el segmento uterino durante la histerectomía puede ser reparada luego mediante sutura por planos.

Otras complicaciones descritas son la coagulación intravascular diseminada, lesión intestinal y también la prematuridad

## **MATERIAL Y METODO.**

### **1. DISEÑO METODOLOGICO**

#### **TIPO DE ESTUDIO.**

Este presente estudio es de carácter tipo descriptivo, retrospectivo realizado en el Hospital Bertha Calderón.

**PERIODO DE ESTUDIO.** En el periodo 1ro Enero del 2014 a 31 de diciembre del 2014.

#### **UNIVERSO.**

Corresponde a todas las pacientes embarazadas que acudieron con diagnóstico de placenta previa al Hospital Bertha Calderón en el periodo de estudio antes mencionado que corresponden a 103 paciente.

#### **MUESTRA.**

Todas las pacientes embarazadas ingresadas al Hospital Bertha Calderón con el diagnóstico de placenta previa independientemente si esta sintomática o asintomática con el antecedente de cesárea que fueron intervenidas quirúrgicamente.

#### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

El tamaño de la muestra la constituye 39 paciente con el diagnóstico de placenta previa con antecedente de cesárea ingresadas al Hospital Bertha Calderón en el periodo descrito.

#### **TIPO DE MUESTREO.**

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia.

## **CRITERIOS DE INCLUSION.**

Todas las pacientes embarazadas que acudieron con el diagnóstico de placenta previa con antecedente de cesárea al Hospital Bertha Calderón en el periodo descrito.

## **METODO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.**

La información se recolectó a través de una fuente secundaria, para cada paciente con el diagnóstico de placenta previa con cesárea anterior se elaboró una ficha conteniendo las variables específicas del objetivo del estudio, y se recolectó la información mediante el expediente clínico. La información recolectada es tabulada, organizada y expresada en cuadros y luego analizada

## **PLAN DE TABULACION DE LA INFORMACION.**

Para el procesamiento de los datos obtenidos estos fueron introducidos en una computadora Pentium IV, con ambiente de *Windows XP*, los textos fueron procesados con *Word XP*, mientras que con las variables estudiadas se confeccionó una base de datos *Excel XP*, y este mismo programa sirvió para calcular los por cientos necesarios. Los resultados obtenidos se presentaron en forma de tablas, que fueron realizadas también con *Word XP*.

## **DEFINICION DE VARIABLES**

Variable dependiente.

- **Placenta previa asociada a cesárea previa**

Variable independiente

- **Edad materna**
- **Ocupación.**
- **Estado civil.**
- **Escolaridad.**
- **Procedencia.**
- **Paridad.**
- **Antecedentes patológicos maternos.**
- **Controles prenatales.**
- **Edad gestacional.**
- **Numero de cesáreas anteriores.**
- **Periodo intergenesico.**
- **Variedad de placenta previa**
- **Patologías asociadas durante el embarazo.**
- **Presentación clínica**
- **Numero de transfusiones**
- **Peso del Recién nacido.**
- **Apgar del Recién nacido.**
- **Complicaciones maternas**
- **Complicaciones perinatales**

**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.**

<b>VARIABLE</b>	<b>DIFINICION OPERATIVA</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>VALORES – ESCALA</b>
<b>Edad</b>	<b>Numero de año</b>	<b>Años</b>	<b>Menor de 20 . De 21 a 35 Mayor de 35</b>
<b>Ocupación</b>	<b>Actividad laboral que se dedica la madre para su supervivencia</b>	<b>Tipo de trabajo</b>	<b>Ama de casa . Comerciante. Profesional Empleada del hogar.</b>
<b>Estado civil</b>			<b>Conviviente Casada Soltera</b>
<b>Escolaridad</b>	<b>Nivel académico alcanzado</b>	<b>Ultimo grado aprobado</b>	<b>Primaria Secundaria . Tecnica Superior Iletrada</b>
<b>Procedencia</b>	<b>Lugar geográfico que habita</b>	<b>Lugar de procedencia</b>	<b>Urbana Rural</b>
<b>Paridad</b>	<b>Numero de gestaciones de la mujer</b>		<b>Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta Gran multigesta</b>
<b>Antecedente patológico maternos</b>	<b>Enfermedad materna previa al embarazo</b>	<b>Tipo de patología</b>	<b>Hipertensión arterial Diabetes . Cardiopatía . Otras</b>
<b>Controles prenatales</b>	<b>Consultas realizadas en embarazo</b>		<b>1 a 2 3 a 4 Mayor de 4</b>
<b>Edad gestacional</b>	<b>Tiempo de gestación en semana</b>		<b>De 22 a 28 semana. De 29 a 36 semana De 37 a 41 SG Mayor de 41</b>
<b>Numero de cesáreas previa</b>	<b>Numero de cesáreas realizadas previamente</b>		<b>1 cesárea 2 cesárea 3 cesárea más de 3</b>

<b>Patologías asociadas durante el embarazo</b>	<b>Enfermedad que padece la gestante en el periodo del embarazo</b>	<b>Tipo de patología</b>	<b>Preclampsia Eclampsia Diabetes gestacional IVU. Anemia Otras Ninguna</b>
<b>Periodo Intergenesico</b>	<b>Periodo entre una cesárea y otra.</b>		<b>Menor de 1 año. 1 a 2 año 3 a 4 años. Mayor de 4 años.</b>
<b>Morbilidad pos cesárea</b>	<b>Enfermedad que se produce posterior a una cesárea .</b>		<b>Anemia CID. Infección Herida. Transfusiones</b>
<b>Numero de transfusiones</b>	<b>Transfusión de derivado sanguíneo</b>		<b>1 a 3 unidades. 4 a 8 unidades. 9 a 13 unidades. Ninguno.</b>
<b>Peso del recién nacido</b>	<b>Peso en gramo del RN al momento del nacimiento</b>	<b>Gramos</b>	<b>501 a 1500 1501 a 2500 2501 a 3500 Mayor de 3500</b>
<b>Apgar del recién nacido</b>	<b>Puntuación de vitalidad que se le da al RN al momento del nacimiento</b>	<b>Puntaje</b>	<b>0 a 2 1 a 3 4 a 6 Mayor o igual a 7</b>
<b>Variedad de placenta previa</b>	<b>Tipo de inserción de placenta cerca del OCI.</b>		<b>PP oclusiva total PP marginal. PP oclusiva parcial. PPde inserción baja.</b>

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION OPERATIVA</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>VALORES ESCALA</b>
------------------	-----------------------------	--------------------	-----------------------

<b>PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA PLACENTA PREVIA.</b>	<b>Forma de presentación clínica de las px con placenta previa</b>		<b>Atonía uterina HPP Histerectomía</b>
<b>COMPLICACIONES PERINATALES</b>			<b>Prematurez Anemia Asfixia sepsis Muerte</b>

**CUADRO 1.**

**Relación entre la edad de las pacientes y la paridad con placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón Enero a Diciembre del 2014.**

<b>EDAD DE LAS PACIENTES</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>MENOR 20 AÑOS</b>	<b>2</b>	<b>5.1%</b>
<b>DE 21 A 35 AÑOS</b>	<b>28</b>	<b>71.8%</b>
<b>MAYOR 35 AÑOS</b>	<b>9</b>	<b>23.1%</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.</b>
<b>GESTAS DE LAS PACIENTES</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>PRIMIGESTA</b>	<b>1</b>	<b>2.6%</b>
<b>BIGESTA</b>	<b>20</b>	<b>51.3%</b>
<b>TRIGESTA</b>	<b>15</b>	<b>38.5%</b>
<b>MULTIGESTA</b>	<b>3</b>	<b>7.7%</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Fuente  
S :  
Expedi  
ente  
clínico .

Con relación a los resultados obtenidos en las pacientes que presentaron placenta previa relacionada con cesárea anterior conforme la edad pudimos obtener que la edad más predominante fue el rango 21 a 35 año con un 71.8% seguido de las mayores de 35 años, siendo en menor proporción paciente con las edades menores de 20 año En relación a la paridad lo que más predominó fueron las bigestas con un 51.3% correspondiente a 20 paciente seguido de las trigestas con un 38.5%

**CUADRO 2.**

**Antecedentes de patológicos relacionados con placenta previa y cesáreas anterior en el Hospital Bertha Calderón de Enero a Diciembre del 2014.**

<b>HIPERTENSIÓN</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	18	46.2
NO	21	53.8
Total	39	100.0

<b>DIABETES</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	2.6
NO	38	97.4
Total	39	100.0

<b>OTRAS</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	2.6
NO	38	97.4
Total	39	100.0

Fuente: Expediente clínico

En cuanto a las patologías la cuales estaban diagnosticada antes del embarazo en las paciente con placenta previa asociada a cesáreas previas pudimos obtener que lamás relevante es el antecedente de hipertensión arterial crónica con un 42%, correspondiente a 18 paciente en la población en estudio, seguido de diabetes en un 2.65%, de igual forma otras patología como asma con igual porcentaje.

### CUADRO 3

Números de cesáreas anteriores que se relacionan con las paciente con placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón Enero a Diciembre 2014.

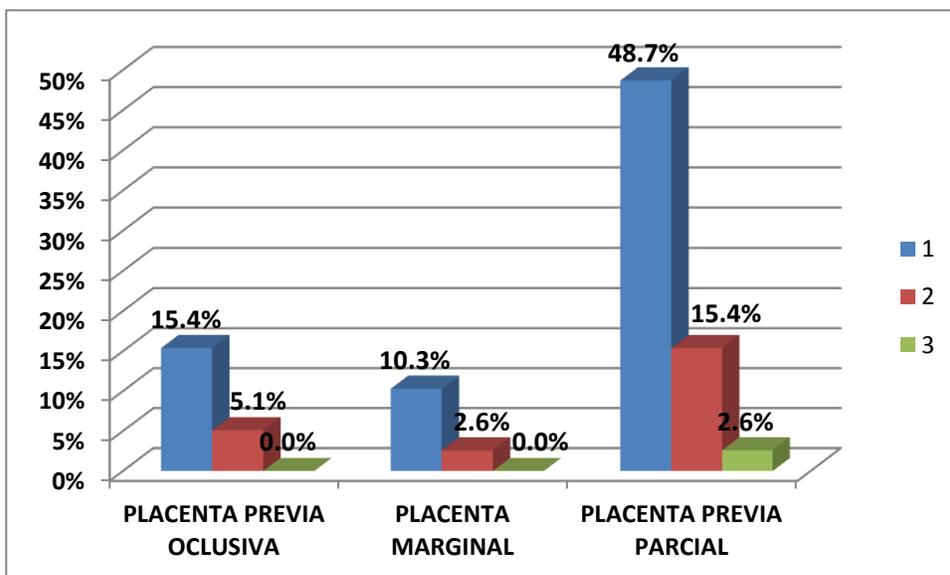
NUMERO DE CESAREAS PREVIAS		
	Frecuencia	Porcentaje
1	22	56.5%
2	7	17.9%
3	10	25.6%
Total	39	100

Fuente: Expediente clínico.

En relación al número de cesáreas anteriores que tenían las paciente en estudio pudimos obtener que predominó aquellas con una cesárea anterior en un 56%, el cual corresponde a 22 mujeres de la muestra. Seguido de las mujeres que tenían antecedente de tres cesáreas en un 25 % equivalente a 10 pacientes, seguido de aquellas mujeres que tenían el antecedente de dos cesáreas anteriores en un 17.9 % equivalente a 7 mujeres.

### GRAFICO 4

**Relación entre el número de cesárea y la variedad de placenta previa en las pacientes en estudios en el Hospital Bertha Calderón de Enero a Diciembre del 2014**



Fuente : Expediente clínico .

Para las tres variedades de placenta previa que presentó la población en estudio , el antecedente de 1 cesárea anterior fue la mas frecuente , segundo de aquella con 2 cesárea previas ,predominando la placenta previa parcial con 48.7%.

**CUADRO: 5**

**Relación entre Variedad de placenta previa y periodo intergenesico en las pacientes con cesáreas anteriores en el Hospital Bertha Calderón Enero a Diciembre 2014 .**

		PERÍODO INTERGENÉSICO				Total
		MENOR DE 1 AÑO	DE 1 A 2 AÑOS	DE 3 A 4 AÑOS	MAYOR DE 5 AÑOS	
VARIEDAD DE PLACENTA PREVIA	PLACENTA PREVIA OCLUSIVA	3	3	1	1	8
	PLACENTA MARGINAL	0	4	1	0	5
	PLACENTA PREVIA PARCIAL	5	11	7	3	26
Total		8	18	9	4	39

Fuentes : Expediente clínico.

En relación al periodo intergenesico y la variedad de placenta previa pudimos observar que en su mayoría, tenían un periodo intergenesico de 1 a 2 años y correspondía a la placenta previa parcial y menos proporción la placenta previa marginal en 4 de las pacientes y 3 paciente con placenta previa oclusiva total .

**CUADRO. 6**

**Principales características clínicas en las paciente con placenta previa y antecedente de cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón de Enero a Diciembre del 2014.**

<b>HEMORRAGIA POSPARTO</b>			
	Frecuencia		Porcentaje
SI	15		38.4%
NO	24		61.5%
Total	39	100.0	
<b>HISTERECTOMIA</b>			
	Frecuencia		Porcentaje
SI	3	7.7%	
NO	36	92.3%	
Total	39	100.0	

Fuente: Expediente clínico .

Al respecto a las principales características clínicas de las paciente con placenta Previa relacionadas con cesáreas anteriores pudimos observar que las principales son la hemorragia postparto y la histerectomía, siendo más predominante la hemorragia postparto en un 38% y las pacientes histerectomizadas por esta causa en las pacientes en estudio correspondió a un 7.7%.

**Cuadro: 7**

**Relación de variedad de placenta previa y hemorragia postcesareas en las pacientes estudiadas en Hospital Bertha Calderón en Enero a diciembre 2014.**

		HPP		Total
		SI	NO	
	VARIEDAD DE PLACENTA PREVIA	1	7	8
	PLACENTA PREVIA OCLUSIVA	0	5	5
	PLACENTA MARGINAL	4	2	26
	PLACENTA PREVIA PARCIAL			
	Total	5	34	39

Fuente: Expediente clínico.

En cuanto a la relación existente entre variedad de placenta previa y la presentación clínica se encontró que en un 4 de las pacientes que presentaron hemorragia postcesareas tenían placenta previa parcial en mayor porcentaje, y en menos proporción la variedad oclusiva total 1 de las pacientes.

**Cuadro: 8**

**Relación de variedad de placenta previa y Histerectomía en las pacientes estudiadas en Hospital Bertha Calderón en Enero a diciembre 2014.**

		HISTERECTOMIA		Total
		SI	NO	
<b>VARIEDAD DE PLACENTA PREVIA</b>	PLACENTA PREVIA OCLUSIVA	1	7	8
	PLACENTA MARGINAL	0	5	5
	PLACENTA PREVIA PARCIAL	2	24	26
<b>Total</b>		3	36	39

Fuente: Expediente clínico

En relación a la variedad de placenta previas e histerectomía se pudo observar que en 2 de las pacientes histerectomizada tenia la variedad de placenta previa Parcial y 1 de las pacientestenía placenta previa oclusiva total.

#### CUADRO 9.

**El Periodo intergenesico que tuvieron las pacientes y las semana gestacional que se finalizo embarazo con el diagnostico de placenta previa con antecedente de cesárea anterior.**

<b>PERÍODO INTERGENÉSICO</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>MENOR DE 1 AÑO</b>	<b>8</b>	<b>20.5%</b>
<b>DE 1 A 2 AÑOS</b>	<b>18</b>	<b>46.2%</b>
<b>DE 3 A 4 AÑOS</b>	<b>9</b>	<b>23.1%</b>
<b>MAYOR DE 5 AÑOS</b>	<b>4</b>	<b>10.2%</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>
<b>EDAD GESTACIONAL</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>De 22 a 28 semanas</b>	<b>2</b>	<b>5.1%</b>
<b>DE 29 A 36 SEMANAS</b>	<b>16</b>	<b>41.0%</b>
<b>DE 37 A 41 SEMANAS</b>	<b>21</b>	<b>53.9%</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>

Expediente clínico.

Con respecto al periodo intergenesico que tuvieron las pacientes con placenta previa entre una y otra cesárea lo que predomino fue de 1 a 2 años entre cada cesárea que corresponde a un 46.25%, equivalente a 18 pacientes seguido de 3 a 4 año en un 23.1%, menor de 1 año en un 22%, y mayor de 5 año en un 10.3%, .En relación a la finalización del embarazo se encontró lo que más predominio tuvo fueron los embarazos a término de las 37 semanas de gestación en un porcentaje de 53.8 %siendo en menos proporción embarazos menores .

**Cuadro 10.**

**Paciente la cual presentaron morbilidad postcesareas con placenta previa asociado a cesáreas anteriores en el Hospital Bertha Calderón en Enero a Diciembre 2014 .**

<b>INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	<b>1</b>	<b>2.6%</b>
<b>NO</b>	<b>38</b>	<b>97.4%</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>
<b>TRANSFUSIONES</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	<b>25</b>	<b>64.1%</b>
<b>NO</b>	<b>14</b>	<b>35.9%</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>
<b>ANEMIA</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	<b>38</b>	<b>97.4%</b>
<b>NO</b>	<b>1</b>	<b>2.6%</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>

Expediente clínico

En cuanto a lo relacionado a las complicaciones que presentaron las paciente posterior al evento quirúrgico se pudo observar que lo más relevante fue la anemia en mayor proporción en un 97.4% , correspondiendo esto con las transfusiones en un 64.1%, que equivale a 25 paciente que se transfundieronsecundario a esta complicación , siendo en poca proporción la infección de la herida quirúrgica en 2.6 %.

#### **CUADRO:11**

**Relación que hay entre anemia como morbilidad postcesareas y el número de transfusiones en las pacientes con placenta previa asociada a cesáreas anteriores en el Hospital Bertha Calderón Enero a Diciembre 2014.**

<b>RELACION DE ANEMIA Y NUMEROS DE UNIDAD TRANSFUNDIDO.</b>					
		<b>NÚMERO DE TRANSFUSIONES</b>			<b>Total</b>
		<b>4 -13</b>	<b>DE 1 A 3 UDS</b>	<b>NINGUNA</b>	
<b>ANEMIA COMO MORBILIDAD POSTCESAREA</b>	SI	1	23	14	38
	NO	0	0	1	1
<b>Total</b>		1	23	15	39

Fuente: Expediente clínico.

En relación a comorbilidad postcesarea y numero de transfusiones pudimos constatar que en mayor porcentaje se transfundió de 1 a 3 unidades a 23 pacientes siendo esto más del 50 % de las pacientes y en menos cantidades de 4 a 13 unidades .

#### CUADRO. 12.

**Resultado perinatal de la paciente con placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón Enero a Diciembre 2014.**

<b>PESO DEL RECIEN NACIDO</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>501-1500</b>	<b>4</b>	<b>10.3%</b>

1501-2500	1	2.6%
2501-3500	32	82.1%
MAYOR DE 3500	2	5%
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>
<b>APGAR DEL RECIEN NACIDO</b>		
<b>Frecuencia</b>		
		<b>Porcentaje</b>
DE 1 A 3	1	5.1%
DE 4 A 6	4	12.8%
mayor o igual a 7	33	82.1%
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente clínico.

En cuanto a los resultados perinatales de los hijos de las mujeres con placenta previa asociado a cesárea podemos decir que con respecto al peso del recién nacido lo que más predominio tuvo fue entre 2501 a 3500 gr en un 82.1 % seguido de 501 a 1500 en un 10.3% .En relación al apgar, podemos decir que lo que más predominio fue un apgar igual o menor de 7 en un 82.1%, seguido de apgar de 4 a 6 equivalente a un 12.8 % en menor proporción.

### **ANALISIS DE LOS RESULTADOS.**

En relación a los resultados obtenidos en las pacientes que presentaron placenta previa relacionada con cesáreas anterior conforme la edad pudimos obtener que la edad más predominante fue la entre 21 a 35 años con un 71.8% seguido de las mayores de 35 años, siendo en menor proporción paciente con las edades menores de 20 años.

En relación a la paridad lo que más predominio fueron las bigestas con un 51.3% correspondiente a 20 pacientes seguido de las trigestas con un 38.5%.

En cuanto a las patologías la cual ya están diagnosticada ante del embarazo en las paciente con placenta previa asociada a cesáreas previas pudimos obtener que lamás relevante es el antecedente de hipertensión arterial crónica con un 42%, correspondiente a 18 paciente en la población en estudio.

En relación al número de cesáreas anteriores con placenta previa pudimos obtenerque predomino aquellas pacientes con una cesárea anterior en un56%, el cual corresponde a 22 mujeres de la muestra. Seguido de las mujeresque tenían antecedente de de tres cesáreas enun 25 % equivalente a 10 pacientes, seguido de aquellas mujeres que tenían el antecedente de dos cesáreas anteriores en un 17.9 % equivalente a 7 mujeres.

En el estudio pudimosobservar que la que más predomino fue la placenta previa parcial en un 48.7%, seguido de laplacenta previa oclusiva total en 15.4 % , y la placenta previa marginal en menos proporción en un10.3 % Se observo que la placenta previa oclusiva total el 15% tenía una cesárea anterior, la placenta previa marginal en 10% tenía dos cesáreas anteriores, y en un 48 % , una cesárea anterior , la placenta previa parcial , siendo esta ultima la que mas predomino .

En su mayoría tenia periodo intergenesico de 1 a 2 años y correspondía a la placenta previa parcial y menos proporción la placenta previa marginal en 4 de las pacientes y 3 paciente con placenta previa oclusiva total .

Con respecto a las características clínicas de las pacientes con placenta previas relacionadas con cesáreas anteriores pudimos observar que la principales son la hemorragia postparto y la histerectomía, siendo más predominante la hemorragia postparto en un 38% y las pacientes histerectomizada por esta causa en las pacientes en estudio correspondió a un 7.7%.

En cuanto a la relación existente entre variedad de placenta previa y las complicaciones postoperatorias se encontró que en un 4 de las pacientes que presentaron hemorragia postcesarea tenían placenta previa parcial en mayor porcentaje, y en menos proporción la variedad oclusiva total 1 de las pacientes.

En relación a comorbilidad postcesarea y numero de transfusiones pudimos constatar que en mayor porcentaje se transfundió de 1 a 3 unidades a 23 pacientes siendo esto más del 50 % de las pacientes y en menos cantidades de 9 a 13 unidades .

En cuanto a los resultados perinatales de los hijos de las mujeres con placenta previa asociado a cesárea podemos decir que con respecto al peso del recién nacido lo que más predominio tuvo fue entre 2501 a 3500 gr en un 82.1 % seguido de 501 a 1500 en un 10.3% .

En relación al apgar, podemos decir que lo que más predominó fue un apgar igual o menor de 7 en un 82.1%, seguido de apgar de 4 a 6 equivalente a un 12.8 % en menor proporción.

## **CONCLUSIONES.**

1. Las pacientes con placenta previa asociada a cesáreas anterior pertenecen principalmente al grupo etario de 21 a 35 años y se dio la finalización del embarazo entre la semana 29 a 36 .

2. De las pacientes con el diagnóstico de placenta previas en un 35% estaban asociadas a cesárea anterior.

3. Entre las pacientes con placenta previa con antecedente de cesárea anterior el 46 % tenían un periodo intergenesico de 1 a 2 años.

3. No se consigno ningún caso de acretismo placentario entres las pacientes con placenta previa y antecedente de cesáreas anteriores.

4. Entre las complicaciones principales de las pacientes estudiadas se Destacaron Hemorragia postcesareas, anemia y infección de la herida quirúrgica.

5. En las pacientes en estudio predomino la placenta previa parcial con el antecedente de 1 cesárea anterior

.

### **RECOMENDACIONES.**

1. Promover o fortalecer mecanismo para el cumplimiento estándar o protocolo para la realización de la operación cesárea con énfasis en las indicaciones.

2. Promover la conformación de equipo o comité para decidir la realización del procedimiento de la operación cesárea en el caso que lo amerite, como cesárea programada.

3. Fortalecer un mecanismo de evaluación periódica del índice de cesárea.

4. Promover la sensibilización de los recursos encargados de la atención de pacientes embarazadas acerca de los riesgos y beneficios de la operación cesárea, estableciendo mecanismo de retroalimentación.

5. Desarrollar o fortalecer medida para el mejoramiento de la capacidad del diagnóstico de placenta previa en nuestro centro con dotación de equipo ecográfico en la sala de alto riesgo obstétrico.

.

6. Mejorar el proceso de formación de recursos, al utilizar los resultados del presente estudio y como fundamento para la realización de futuras investigaciones.

# ANEXOS

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**NO** \_\_\_\_\_

**EXP** \_\_\_\_\_

**EDAD** 1. Menor de 20 año \_\_\_\_\_

2. De 21 a 35 años \_\_\_\_\_

3. mayor de 35 años \_\_\_\_\_

**OCUPACION:** 1. Ama de casa. \_\_\_\_\_ 2. Comerciante \_\_\_\_\_

3. Profesional \_\_\_\_\_

4. Trabajadora del hogar \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** 1 . Conviviendo \_\_\_\_\_ 2. Soltera \_\_\_\_\_ 3. Casada \_\_\_\_\_

**ESCOLARIAD:** 1 . Primaria. \_\_\_\_\_ 2. Secundaria. \_\_\_\_\_ 3. superior \_\_\_\_\_

4. Técnica \_\_\_\_\_ 5 . Ilustrada \_\_\_\_\_

**PROCEDENCIA:** 1 . Urbana. \_\_\_\_\_ 2 Rural: \_\_\_\_\_.

**PARIDAD:** 1. PG \_\_\_\_\_ 2. BG \_\_\_\_\_ 3. TG \_\_\_\_\_ 4. MG \_\_\_\_\_ 5. GMG \_\_\_\_\_.

**ANTECEDENTE PATOLOGICO:** 1. Hipertensión arterial. \_\_\_\_\_

2. Diabetes . \_\_\_\_\_ 3. Cardiopatía . \_\_\_\_\_ 4. Otras \_\_\_\_\_.

**CONTROLES PRENATALES:** 1. SI \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 4. 3 a 4 \_\_\_\_\_

**EDAD GESTACIONAL:** 1. De 22 a 28 semana. \_\_\_\_\_ 2. De 29 a 36 semana \_\_\_\_\_ 3. De 37 a 41 SG \_\_\_\_\_ 4. Mayor de 41 \_\_\_\_\_.

**NUMERO DE CESÁREAS PREVIAS:** 1. 1 CESAREA \_\_\_\_\_

2. 2 CESAREAS \_\_\_\_\_ 3. 3 CESAREAS \_\_\_\_\_ 4. MAS DE 3 \_\_\_\_\_

**VARIEDAD DE PLACENTA PREVIA:**

1, PLACENTA PREVIA OCLUSIVA \_\_\_\_\_ 2. PLACENTA MARGINAL

3. INSERCIÓN BAJA PLACENTARIA \_\_\_\_\_ 4. PP. PARCIAL \_\_\_\_\_

**PATOLOGÍAS ASOCIADAS DURANTE EL EMBARAZO:**

1. PRECLAMPSIA: \_\_\_\_\_ 2.ECLAMPSIA \_\_\_\_

2. DIABETES GESTACIONAL \_\_\_\_\_

4. IVU. \_\_\_\_\_ 5.ANEMIA \_\_\_\_\_ 5.OTRAS \_\_\_\_\_ 6.NINGUNA \_\_\_\_\_

MORBILIDAD POST-CESÁREA: 1. ANEMIA \_\_\_\_ 2.CID. \_\_\_\_\_

3. INFECCION HXQX \_\_\_\_\_ 4.TRANSFUSIONES \_\_\_\_\_.

NUMERO DE TRANSFUSIONES: 1. 9 A 13 UND \_\_\_\_\_

2.1 A 3 UND \_\_\_\_\_ 3. Ninguna \_\_\_\_\_

PESO DEL RECIÉN NACIDO:

1. 501 a 1500 \_\_\_\_\_ 2.1501 a 2500 \_\_\_\_\_ 3.2501 a 3500 \_\_\_\_\_

4. Mayor de 3500 \_\_\_\_\_

APGAR DEL RECIÉN NACIDO: 1. 0 a 2 \_\_\_\_\_ 2. 1 a 3 \_\_\_\_\_ 3. 4 a 6 \_\_\_\_\_

4. Mayor o igual a 7 \_\_\_\_\_.

PERIODO INTERGENESICO.

1. Menor de 1 año. \_\_\_\_ 2. 1 a 2 Año \_\_\_\_ 3. 3 a 4 Año \_\_\_\_

4. Mayor de 5 años \_\_\_\_.

COMPLICACIONES MATERNAS: 1. Atonía uterina \_\_\_\_\_

2. HPP \_\_\_\_\_ 3.Histerectomia \_\_\_\_\_ 4.SHOCK \_\_\_\_\_ 5.Muerte ---

COMPLICACIONES PERINATALES:

1. Prematurez \_\_\_\_

2. Anemia \_\_\_\_\_

3. Asfixia \_\_\_\_\_

4. Sepsis \_\_\_\_\_

5. Muerte \_\_\_\_\_.

6. Ninguna

## BIBLIOGRAFIA.

1. Estadística demográfica socio económica y de salud Nicaragua – 2013.
2. Guía clínica gpc práctica .México df.www. Ceneter .salud .gob .mx.  
2014.
3. Guía de atención placenta previa.corporación Comfenalco valle universidad libre. Santiago de Cali. Marzo de 2011
4. Medicina materno fetal .m. Perello, r mula, m López .Radiología. mc.Sebastina.2012.
5. Instituto especializado materno perinatal .placenta previa .vol. 51. n4. .octubre a diciembre 2005.
6. Revista médica .Instituto mexicano de seguridad social. Vol. 51.2013.
7. Revista facultad médica. Enero a junio del 2010.
8. Revista Nacional. Itauguá. Paraguay. vol. 5.junio 2013  
.
9. Revista paraguaya ginecología y obstetricia, vol. 51 .octubre a diciembre 2005.
10. Revista médica. dr – issn-0254-4504.aderbio- 001.vol.71. Enero a abril 2010.
11. www. Monografía .com. Trabajo 62.placenta previa .España .2011.
12. www. Latín salud .com. Artículo 100576.asp.

