UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

"INCIDENCIA DE PLACENTA PREVIA EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT"

JOSE ANTONIO PINEDA GRANADOS

Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias de Ginecología y Obstetricia

Enero 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: José Antonio Pineda Granados

Carné Universitario No.: 100018259

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Incidencia de placenta previa en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Roosevelt"**

Que fue asesorado: Dr. Sergio Rolando Marroquín Castillo

Y revisado por: Dr. Erik Alejandro Calderón Barraza

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2013.

Guatemala, 15 de octubre de 2012

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Escuela de Estudios de Postgrado DIRECTOR USAC

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

Guatemala 04 de Septiembre 2012

Dr. Carlos Raúl Juárez López
Docente Responsable
Maestría de Ginecología y Obstetricia
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Juárez:

Por este medio le informo que he sido ASESOR del trabajo de Investigación titulado "Incidencia de placenta previa en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Roosevelt" el cual corresponde al estudiante José Antonio Pineda Granados de la Maestría en Ginecología y Obstetricia.

Por lo que apruebo el trabajo anteriormente mencionado para que proceda con los trámites correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,

Dr. Sergio Rolando Marroquín Castillo
Medico Jefe de Servicio
Hospital Roosevelt
ASESOR

Guatemala 04 de Septiembre 2012

Dr. Carlos Raúl Juárez López
Docente Responsable
Maestría de Ginecología y Obstetricia
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Juárez:

Por este medio le informo que he sido REVISOR del trabajo de Investigacion titulado "Incidencia de placenta previa en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Roosevelt" el cual corresponde al estudiante José Antonio Pineda Granados de la Maestría en Ginecología y Obstetricia.

Por lo que apruebo el trabajo anteriormente mencionado para que proceda con los trámites correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,

Dr. Erik Calderón Barraza
Ginecólogo y Obstetra
Col. 12,023

Dr. Erik Alejandro Calderón Barraza
Medico Jefe de Servicio
Hospital Roosevelt
REVISOR

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS

RESUMEN

La hemorragia durante la gestación es una de las tres principales causas de muerte materna en Guatemala definida en la línea basal de mortalidad materna del año 2000, y la placenta previa es una de las causas. El presente estudio descriptivo, se llevo a cabo con un total de 31 pacientes con diagnostico de placenta previa en el departamento de GinecoObstetricia del Hospital Roosevelt durante el período del 01 de Enero al 31 de Octubre del año 2010.

Objetivo: se determinó la incidencia acumulada de placenta previa, correlacionado con el grupo etáreo, historia obstétrica y la edad gestacional.

Metodología: estudio descriptivo de 31 pacientes embarazadas que tenían diagnostico de placenta previa que fué confirmado, por ultrasonido o durante los procedimientos quirúrgicos, sin excluir a ninguna paciente que cumplía con estos criterios.

Resultados: se registraron un total de 31 pacientes con diagnostico confirmado de placenta previa. De las 31 pacientes estudiadas el 58.74 % tenía más de 25 años, y al 45.16 % se les resolvió el embarazo con menos de 28 semanas de gestación, además el 38.71 % había presentado placenta previa en embarazos anteriores y el 87.10 % tenía 1 o más cesáreas anteriores. No se registro ningún caso de acretismo placentario ni de mortalidad materna secundaria. La incidencia acumulada de placenta previa es de 0.44 %.

Conclusiones: la incidencia acumulada de placenta previa en el departamento de ginecoobstetricia del Hospital Roosevelt es de 0.44 % lo que se considera dentro de los parámetros descritos a nivel internacional. El rango de edad en que más se presentó placenta previa fue entre 26 y 30 años. La edad gestacional en que se resuelve el embarazo en pacientes con placenta previa es principalmente durante el tercer trimestre. La mayoría de pacientes que se les resuelve el embarazo con placenta previa no tienen antecedentes de placenta previa pero si tienen cesáreas previas.

Palabras Clave: Placenta previa, incidencia acumulada, historia obstétrica, edad gestacional, ultrasonido.

1. INTRODUCCION

La placenta previa es un problema obstétrico en el que la placenta se implanta sobre el orificio cervical o se halla a 3 centímetros del orificio cervical interno sin cubrirlo. Esta anormalidad puede causar hemorragia profusa, desprendimiento prematuro de placenta, parto pretérmino y cesárea de emergencia. Es más frecuente en multíparas, pacientes con cesáreas previas, embarazo gemelar o procedimientos quirúrgicos previos en el útero y pacientes que presentan el hábito de fumar tabaco.[3]

La hemorragia durante la gestación es una de las tres principales causas de muerte materna en Guatemala definida en la línea basal de mortalidad materna del año 2000 además del síndrome de HELLP (en el contexto de la hipertensión del embarazo) y la sepsis materna como complicación de las infecciones durante la gestación[8].

El diagnóstico se realiza basado en el historial que revele factores predisponentes y el examen físico, no es recomendable practicar un examen pélvico puesto que produce hemorragia profusa y en su lugar se prefiere la ultrasonografía como método diagnóstico ideal puesto que es confiable y segura. [22]

La información básica sobre placenta previa es prolífera y abundante, sin embargo a pesar de que no es difícil obtener información valiosa y de bases sólidas en la bibliografía, aún hace falta investigar el impacto de este problema patológico en la población centroamericana y principalmente para los fines que nos interesan, en la población guatemalteca, con el objetivo final de reducir su incidencia y la mortalidad de las madres guatemaltecas por este grave problema.

La hemorragia es una grave amenaza para la vida materna así como para el producto de la concepción. La incidencia de este problema es variable en distintos lugares. Por mencionar algunos relativamente cercanos a nuestro país está el Hospital San Felipe de Tegucigalpa, Honduras con una tasa de incidencia de 0.40%, el Hospital Arévalo y Mendieta en Nicaragua con una tasa de 0.48% y La Ceiba, Honduras con una tasa de 2.14%. [10]

Es de suma importancia conocer la incidencia de placenta previa en este hospital puesto que no habia estudios previos sobre este problema y porque es posible evitar sus nefastas consecuencias para la salud materna si se realiza un diagnóstico temprano y no cuando es tarde para intervenir satisfactoriamente. Definitivamente no se puede diagnosticar y tratar tempranamente un problema que no es valorado de acuerdo a sus

reales dimensiones y a su vez es imposible comprender la magnitud de una patología que no es investigada en términos de incidencia real en nuestro medio y no sólo en la bibliografía.

Cabe agregar que los factores predisponentes a padecer placenta previa universalmente son tener 6 o más gestaciones previas, alteraciones endometriales, abortos repetidos, cesáreas anteriores, las sepsis ginecológicas, malformaciones uterinas y más recientemente referido por la bibliografía más actual el hábito de fumar, producto de vascularización disminuida del endometrio. [3]

2. ANTECEDENTES

PLACENTA PREVIA

Definición:

En muchos textos se define clásicamente placenta previa (PP) como aquélla implantada en el segmento inferior del útero. Pero una definición actual, en la revista chilena de obstetricia establece que es la implantación de la placenta en el cuello uterino, la que tendría un mejor sustento fisiopatológico, evolutivo y práctico. [20]

Su incidencia es de 3,8/1.000 embarazos (rango: 1,4 a 7/1.000). Se asocia a riesgo significativo de hemorragia (RR: 9,81), hospitalización, transfusión (RR: 10,05), parto prematuro, alta frecuencia de cesárea, y de HT post cesárea: 5,3% (RR de 33,26 comparado con cesárea sin PP). [20]

La mortalidad perinatal (MPN) está aumentada 3 a 4 veces, dada principalmente por parto prematuro. [20]

Etiología:

La placentación ocurre normalmente en las zonas altas de la cavidad endometrial, donde la mayor irrigación vascular es ideal para el desarrollo ulterior de la unidad feto-materna, que representa la placenta, encargada de múltiples funciones durante la vida fetal, relacionadas directamente con la respiración, el transporte de oxígeno y de los nutrientes a los tejidos fetales, la regulación del metabolismo fetal, así como con la excreción de los desechos de la función celular fetal.

Se considera que existen dos grandes grupos de causas responsables de la aparición de inserción placentaria anormal (placenta previa), las trofoblásticas y las endometriales. El primero incluye las alteraciones que son propias del huevo fecundado, que son responsables del retraso de su implantación endometrial, lo cual conduce a su asiento en las zonas más bajas del útero. Al segundo grupo pertenecen algunos trastornos locales del endometrio que afectan la zona uterina de implantación ovular normal (fondo o porción superior del útero), haciéndola disfuncional, lo que impide que el huevo pueda

adherirse a esta zona dañada del útero. Entre ellos se encuentran las cicatrices uterinas post-legrado o post-cirugía, las endometritis focales y los miomas uterinos. [9,16]

EPIDEMIOLOGÍA:

La frecuencia de esta entidad varía entre 1 en 125 y 1/300 de los nacimientos, según si se consideran los casos en los que hay sangrado o se incluyen todos los casos de inserción placentaria en el segmento inferior. [1]

En un estudio realizado en los Estados Unidos sobre mortalidad materna, que abarcó los años desde 1979 hasta 1987 y que fue publicado en 1993, se encontró una tasa media de incidencia anual de 4.8 casos por 1000. En cuba, se informa que su frecuencia oscila entre el 0.5-1 del total de partos. 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 y abortos inducidos, embarazo gemelar, y algunos autores incluyen también entre estos al sexo masculino del feto y al tabaquismo durante el embarazo. [1]

La placenta previa se encuentra con mayor frecuencia de aparición en las mujeres que presentan una edad mayor que 30 años, que presentan paridad alta, cesárea anterior y legrados previos. La gran mayoría de las placentas previas fueron diagnosticadas en la segunda mitad del embarazo. Las complicaciones maternas más frecuentes fueron la anemia posparto y el alumbramiento distócico, mientras las más frecuentes en el recién nacido fueron el bajo peso al nacer y el distrés respiratorio. [2]

Diagnóstico y clasificación

Se manifiesta con sangrado vaginal indoloro de comienzo tardío en la gestación, cuando el segmento uterino inferior comienza a adelgazarse y elongarse; el sangrado puede seguirse de hemorragia masiva de sangre roja sin dolor. La placenta previa puede no distinguirse de un *abruptio placentae* por los hallazgos clínicos. La diferenciación con un abruptio placentae es necesaria porque la exploración vaginal indicada en éste está contraindicada en la placenta previa total o parcial, en la que puede desencadenar una

hemorragia más importante. La mejor forma de distinguir ambos trastornos es la ecografía.

El método clásico de clasificación del tipo de PP mediante palpación de la placenta al examen vaginal en el momento del parto se encuentra obsoleto en la era ecográfica. Además su tipo cambiaba según la dilatación cervical, lo que la hacía más imprecisa y confusa. Es más, la palpación del borde placentario no debe hacerse, ya que aun hecha con precaución por un explorador experimentado, puede aumentar la hemorragia y generar un shock. Actualmente el diagnóstico de la mayoría de las PP es realizado mediante ultrasonografía rutinaria del segundo trimestre, por vía transvaginal. [10].

El ultrasonido Transvaginal en cualquier edad gestacional debe considerarse el *Gold Standard* para diagnosticar PP, ya que la vía transabdominal (TA) presenta inconvenientes en la correcta localización placentaria, describiéndose hasta 60% de relocalización por vía transvaginal (TV). [8]

Además, la vía TA tiene pobre visualización de placenta posterior, la cabeza fetal interfiere con su visión, así como la obesidad materna, y el llenado vesical, generando falsos (+) para PP entre un 25% y un 72%, en ultrasonido de segundo trimestre. [8]

Otros factores, como la contracción miometrial también pueden confundir. En cambio, la vía TV tiene una sensibilidad de 87,5%, especificidad de 98,8%, y un valor predictivo positivo de 93,3%, y valor predictivo negativo de 97,6%. Además, la vía TV ha demostrado ser segura en presencia de metrorragia estable, al no agravar el sangrado vaginal. [8]

Clasificación ultrasonográfica

No existe consenso en una clasificación ultrasonográfica de PP, ni en su definición, que permita diferenciar claramente sus subtipos. Es por ello que se presenta una propuesta de clasificación ultrasonográfica, que establece subtipos bien definidos (Figuras 1 a 5) y con valor pronóstico, para ser aplicada en el segundo y tercer trimestre, basada en la "distancia entre el orificio cervical interno (OCI) y el borde placentario" (DOP), medido en milímetros, por vía TV. Además se establece la necesidad de medir la sobreposición, en relación al OCI, sea anterior, posterior o lateral. [6]

La obtención de la imagen correcta de medición debe cumplir los mismos requisitos técnicos establecidos para la medición de la longitud cervical, al visualizar en el mismo plano el OCE, OCI y el canal cervical, pero en caso de DOP >2 cm, la ampliación de la imagen será lo suficiente para medir y documentar esta longitud. [6]

Si en el plano sagital no se ve el borde placentario, el transductor es angulado en su eje mayor y/o rotando en 90° en cada dirección, evaluando los 4 cuadrantes en búsqueda de tejido placentario, manteniendo una buena visión de las paredes uterinas. En caso de metrorragia, el transductor se introduce gradualmente en el canal vaginal, bajo observación continua en tiempo real, y no es necesario llegar a contactar el cérvix para una adecuada exploración, reduciendo con ello la posibilidad de generar una hemorragia. [7]

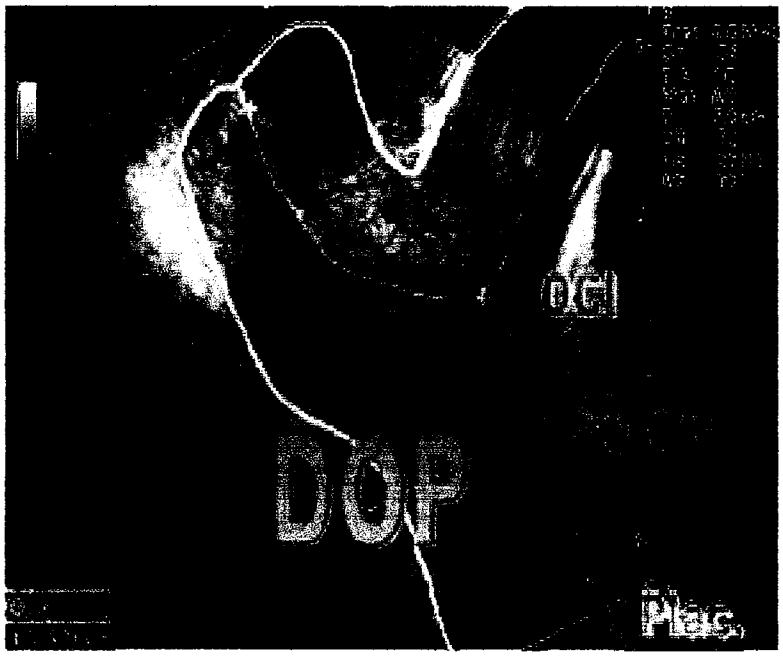

FIGURA No. 1

Placenta Normoinserta

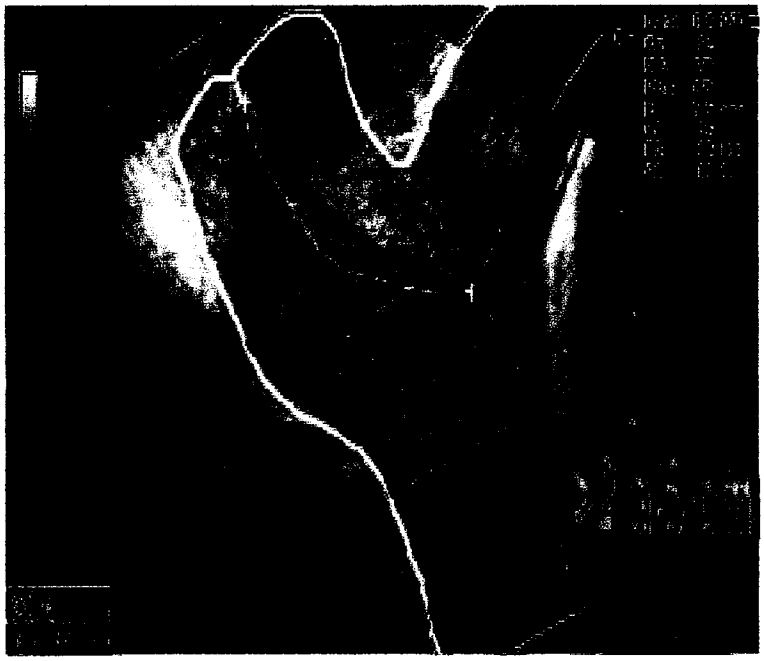

FIGURA No. 2

Placenta De Inserción Baja

Predicción de Placenta Previa y Edad Gestacional

Un estudio longitudinal de Mustafá *et al.*, realizado en el año 2005, con una serie de 220 pacientes en Santiago de Chile establece el diagnóstico ultrasonido vía TV de PP, encontrándola presente a las 11 a 14 semanas en el 42,0%; a las 20 a 24 semanas en el 3,9%; y al término en el 1,9%(31). Mientras que Taipale *et al.*, encuentran PP en el 4% a las 12 a 16 semanas, 2% a las 18 a 20, y 1% a las 21 a 23 semanas. [10]

Esto muestra que hay diferentes criterios diagnósticos, entre estudios. Pero también ocurre en un mismo estudio al evaluar distintos períodos, como en nuestra experiencia publicada respecto de ultrasonografía rutinaria precoz y detección de anomalías, en la que el diagnóstico de anomalía de inserción placentaria afectaba en promedio al 3% entre las 12 a 19 semanas, pero era 6,3% en 1996, mientras que al 2001 cae al 0,74%. Todo esto tiene que ver más con cambios en el criterio diagnóstico que con otros factores. Lo anterior indica que la predicción de PP al término establecida por ultrasonido del primer trimestre es baja. Entre el año 2003 y mediados del 2007 se evaluaron mediante ULS, del período 22 a 26 semanas, más de 2.700 embarazadas en

la Unidad de Ultrasonografía Comunal de Pedro Aguirre Cerda (población de bajo riesgo de anomalías congénitas), encontrando una incidencia de PP (adheridas al cuello) de 5/1.000 ó 1/198. [6]

Varios estudios establecen una mejor predicción de PP al término cuando se ha encontrado presente en la exploración ULS del período 18 a 23 semanas, con una incidencia de 1 a 2%, y persistencia <20% a las 26 a 30 semanas.

Si se encuentra PP sobrepuesta (OL) en este período, 2/3 requerirán cesárea por PP al término. Si OL > 25 mm, todas terminan en cesárea. [6]

FIGURA No. 3

Placenta Marginal

FIGURA No. 4

Placenta Oclusiva Parcial

Esto entrega otro argumento a favor de la realización de ULS rutinaria en el período 22 a 26 semanas. Debe evaluarse la localización de la placenta mediante ultrasonido en toda paciente, en el trimestre medio. Si hay sospecha, debe combinarse con vía TV, e informar el DOP en caso de PP. Si ésta es asintomática, se reevalúa a las 34 a 35 semanas para definir conducta, dado que el desarrollo continuo y progresivo del segmento inferior del útero se hace más evidente desde las 30 semanas y puede hacer "migrar" la localización placentaria, lo que hace que la mayoría (93%) de las PPM encontradas en el trimestre medio no se encuentren al término. [23]

FIGURA No. 5

Placenta Oclusiva Total

FIGURA No. 6

Cuña del borde placentario "delgada"

Acretismo

Es la adherencia anormal de la placenta a la pared uterina (miometrio) subyacente, sin decidua basal interpuesta. Incidencia: 1/2.500 embarazos (r: 1/500 a 1/70.000). Se presenta en 1/10 PP, y en 1/22.000 cuando no hay PP. Riesgo de HT: 5 % Es la causa del 23% a más del 50% de las HT obstétricas. Mortalidad materna: 7 a 20% Mortalidad perinatal: 9%. [22]

Tipos de acretismo y frecuencia

Acreta vera (78%): Las vellosidades se adhieren al miometrio sin invadirlo

Increta (17%): invaden el miometrio

Percreta (5%): traspasan el miometrio

Percreta con invasión de órganos adyacentes.

Factores de Riesgo

En la tabla IV se detallan los factores de riesgo de acretismo placentario, destacando la PP, las cicatrices uterinas y la edad materna. En el 89% de las pacientes con acretismo coexiste la Placenta Previa. [20]

FIGURA No. 6

Cuña del borde placentario "gruesa"

La evaluación ULS TV previa al término (35 semanas) predice la vía del parto, al medir el DOP, estableciendo que si esta distancia es >2 cm. (PIB), hay un 63 a 90% de parto normal. Si es >0 a 2 cm. (PPM), hay un 40 a 90% de cesárea. Y si es 0 (PPO) o la placenta está sobrepuesta, se obtiene un 100% de cesárea. Toda sobreposición >2 cm. (PPOT) después de las 26 semanas termina en cesárea. [20]

En un útero sin cicatrices, el riesgo de PP es de 0,26%, y el de acretismo en presencia de PP es de 5%, lo que se incrementa sustancialmente al aumentar el número de cicatrices. De tal manera que en presencia de PP, el riesgo basal de acretismo se triplica con una cesárea, y con cada nueva cicatriz, se incrementa en un 15%. [17]

En presencia de PP, con una o más cesáreas, el riesgo de acretismo es de 22 a 35%, lo que genera la necesidad de HT obstétrica en el 82%. En ausencia de cesárea, el acretismo origina un 58% de HT obstétrica. Estos riesgos aparecen cuando la implantación es en pared anterior, sobre la cicatriz, lo que ocurre en el 80% de los casos. La implantación en pared anterior, sin cicatriz ocurre en el 46%. [14]

Sólo en la mitad de los casos hay sospecha antenatal. Su incidencia va en aumento, en relación al incremento de los partos por cesárea. Esto es preocupante en nuestro medio, porque nuestro país presenta uno de los índices más altos de cesárea del mundo. [14]

Todos estos factores acentúan la necesidad de un diagnóstico prenatal precoz, lo que puede mejorar el pronóstico perinatal al estar preparado para prevenir y enfrentar sus complicaciones. [14]

Diagnóstico ultrasonografico de acretismo

Este es un diagnóstico difícil, pero se sospecha en presencia de:

En escala de grises:

1. Ausencia o adelgazamiento severo del miometrio hipoecoico retroplacentario.

2. Adelgazamiento o desaparición de la línea hiperecogénica (interfase) de serosas uterina y vesical.

3. Extensión de ecogenicidad placentaria, más allá de la serosa uterina.

4. Irregularidad en la superficie vesical.

5. Placenta con incremento en sus espacios intervellosos (lagos).

6. Grosor de cuña placentaria > 10 mm en PP Lateral. [23]

Al Doppler color:

1. Flujo Turbulento o pulsátil al Doppler color de estos lagos, difuso o focal.

2. Canales vasculares dilatados subplacentarios, con flujo venoso pulsátil sobre el cuello.

3. Interfase útero - vesical hipervascular (alto componente arterial diastólico y/o venoso pulsátil o turbulento) o hipervascularización difusa o focal subplacentaria sobre el cérvix. [23]

Cuando los signos ecográficos de acretismo están presentes, el 80% requiere histerectomía.

Finberg *et al.* Establecen los criterios para graduar el patrón de lagunas placentarias. Los tipos invasores de acretismo se asocian a lagunas grados 2 y 3, lo que se relaciona significativamente con una alta tasa de complicaciones clínicas. Con lagunas de grado ≥ 2, se obtiene una sensibilidad de 100%, especificidad de 97,2%, valor predictivo positivo de 93,8%, y un valor predictivo negativo de 100%, para el diagnóstico de placenta increta o percreta. [23]

A pesar de ser un diagnóstico muy relevante, aunque no tan frecuente, se ha publicado poco en Chile, respecto de placenta previa y acretismo. En 1997 aparece el primer caso publicado de diagnóstico prenatal de PP percreta, con invasión a vejiga, realizado en la Maternidad del HBLT. [17]

Se han reportado seis estudios nacionales relacionados con acretismo (51-56), en 12 pacientes (aunque otros lo mencionan, en casos de HT obstétrica y/o ligadura de arterias hipogástricas). [15]

TRATAMIENTO DE PLACENTA PREVIA:

Cuando el sangrado es leve y la gestación no está próxima a su término se aconseja el reposo en cama. Debe evitarse la relación sexual porque la excitación, el coito o el orgasmo pueden iniciar contracciones o producir traumatismos cervicales. Cuando la hemorragia se detiene puede iniciarse la deambulación. La paciente puede ser dada de alta del hospital si la hemorragia no continúa y tiene posibilidad de acceso rápido al hospital en caso de resangrado. El parto está indicado cuando la hemorragia es importante e incontrolable o cuando se ha alcanzado la madurez fetal, generalmente a las 34 semanas. [12]

Una vez tomada la decisión de llevar a cabo el parto, casi siempre está indicada la cesárea. Si la paciente presenta una previa marginal o placenta de implantación baja y la cabeza fetal la comprime de forma eficaz, es preferible intentar el parto vaginal. Debe disponerse de sangre para su transfusión cuando sea necesaria. [12]

Lo más recomendable es esperar mientras no haya riesgo ni para la madre ni para el feto, mientras el feto llega a término. Si aparece riesgo o el feto está maduro lo mejor es inducir el parto.

Se Prefiere la vía vaginal siempre que la placenta no obstruya el canal cervical. (Placenta oclusiva total = cesárea) [10]

En caso de feto pretérmino, la actitud será expectante. Se ingresará a la paciente, pautándose corticoides para la madurez pulmonar fetal, y si tiene contracciones y el sangrado no es importante, se pueden administrar tocolíticos. No obstante, si a pesar de ser el feto pretérmino, la hemorragia es muy abundante o hay signos de sufrimiento fetal, se realizará una cesárea urgente. [9]

En los casos de placenta oclusiva menos de un 10% del OCI y la paciente esté en trabajo de parto se provocará amniorrexis con el fin de que al descender la presentación se cohiba la hemorragia. Se puede intentar un parto vaginal. No se debe usar tocolíticos si existe hemorragia severa. [7]

COMPLICACIONES DE PLACENTA PREVIA:

El parto pretérmino es una importante causa de muerte perinatal incluso con el tratamiento de placenta previa a la expectativa. De hecho la mortalidad neonatal es tres veces más alta en embarazos complicados por placenta previa, principalmente debido al incremento de la incidencia de parto pretérmino. Además el riesgo se incrementa por el aumento en la frecuencia de restricción del crecimiento intrauterino y cuidado prenatal limitado.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

Determinar la incidencia acumulada de placenta previa en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt.

3.2 ESPECÍFICO:

Determinar el grupo etáreo, historia obstétrica, edad gestacional, acretismo placentario y mortalidad materna secundaria de las pacientes que presentan placenta previa.

4. MATERIAL Y METODOS

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO:

La presente investigación es un estudio descriptivo puesto que su propósito es decir cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno patológico, en este caso la placenta previa. Esta investigación se desarrolló en el departamento de GinecoObstetricia del Hospital Roosevelt durante el período del 01 de Enero al 31 de Octubre del año 2010.

4.2 POBLACION Y MUESTRA:

La población son las mujeres embarazadas que se les resolvió su embarazo en el departamento de ginecoobstetricia del Hospital Roosevelt. El objeto de estudio son mujeres, en estado de gravidez que se les resolvió el embarazo, con el hallazgo de placenta previa que fué confirmado, sea por ultrasonido o durante los procedimientos quirúrgicos, las cuales se registraron para tener un conteo final del número de pacientes que cursaron con placenta previa, evaluando además si presento acretismo placentario y/o desencadeno muerte materna.

4.3 PROCEDIMIENTO

Se tomó al total de pacientes durante el período de estudio que cumplieron con los criterios de inclusión, los cuales eran las pacientes que estaban ingresadas en el Hospital Roosevelt, a quienes se les resolvió su embarazo y que tenían placenta previa confirmada. El presente trabajo no contempló criterios de exclusión. Para seleccionar a estas pacientes se tomó en cuenta el diagnostico confirmado de placenta previa por cualquier medio, siendo estos: clínico, por estudios complementarios o como hallazgos al momento de resolver su embarazo; siendo su ingreso por cualquier servicio estando aun embarazada y se utilizó un cuestionario.

4.4 CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Incidencia Acumulada	Proporción de individuos que desarrollan una determinada enfermedad a lo largo de un periodo de tiempo.	Número de casos de una enfermedad en un periodo de tiempo / número de sujetos susceptibles al inicio de dicho periodo	Cuantitativa	De razón	Número de casos.
Placenta Previa	Es la placenta que se implanta cerca o sobre el cérvix.	Clínica: se sospecha al presentar hemorragia del tercer trimestre. USG: evaluándose el nivel de implantación. Abordaje quirúrgico: al realizar cesarea.	Cualitativa	Ordinal	Total Parcial Marginal Inserción baja

Historia Obstétrica	Cesáreas: El número de cesáreas que le han realizado en el pasado. Legrados: El número de legrados que le han realizado en el pasado. Paridad: Numero de veces que ha dado a luz un producto vivo o muerto después de las 20 semanas de gestación.	Es el número de cesáreas y legrados que le han realizado, así como el número de hijos que ha dado a luz.	Cuantitativa	De razón	Número de cesáreas, legrados e hijos.
Edad Materna	Tiempo transcurrido en años desde su nacimiento.	Numero de años que refiere tener.	Cuantitativa	De razón.	Años.
Edad Gestacional	Es la forma de cuantificar la progresión del embarazo y comienza aproximadamente dos semanas antes de la fertilización.	Numero de semanas desde la fecha de su ultima regla, y/o según datos de USG y/o altura uterina.	Cuantitativa	De razón.	Semanas.
Acretismo placentario	Invasión o penetración de la placenta más allá de la superficie endometrial del útero hacia su pared muscular o incluso hasta rebasar su recubrimiento seroso e interesar órganos vecinos como la vejiga.	Al abordaje quirúrgico: se evidencia al no encontrar plano de clivaje entre la placenta y el endometrio.	Cualitativa	Ordinal	Acreta Increta Percreta

Muerte Materna	Muerte de una mujer durante o poco después del embarazo	Es el número de pacientes que fallecen antes, durante o después de resolver el embarazo, y que sea secuandaria a una complicación por la Placenta Previa	Cuantitativa	De razón	Número de casos.

5. RESULTADOS

Tabla 1

Incidencia acumulada de placenta previa en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt en el periodo comprendido de Enero a Octubre del 2010.

MES	NACIMIENTOS	NUMERO DE PACIENTES	%
ENERO	756	4	12.90
FEBRERO	818	3	9.68
MARZO	834	5	15.63
ABRIL	698	4	12.90
MAYO	829	3	9.68
JUNIO	786	3	9.68
JULIO	806	3	9.68
AGOSTO	867	4	12.90
SEPTIEMBRE	569	2	6.45
TOTAL	6963	31	100
INCIDENCIA ACUMULADA		0.44 %	

Fuente: Departamento Archivo- Estadística del Hospital Roosevelt.

Tabla 2

Rango de edades en que se encuentra la paciente con Placenta Previa.

EDAD	NUMERO DE PACIENTES	%
10 – 15	2	6.45
16 – 20	5	16.13
21 – 25	3	9.68
26 – 30	9	29.03
31 – 35	3	9.68
36 – 40	4	12.90
41 – 45	5	16.13
TOTALES	31	100

Fuente: Departamento Archivo- Estadística del Hospital Roosevelt.

Tabla 3

Edad gestacional a la que se resuelve el embarazo por placenta previa.

EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE PACIENTES	%
20-28	3	9.68
29-36	11	35.48
>36	17	54.84
TOTAL	31	100

Fuente: Departamento Archivo- Estadística del Hospital Roosevelt.

Tabla 4

Placenta previa en los embarazos previos.

PLACENTA PREVIA EN EMBARAZOS PREVIOS	NUMERO DE PACIENTES	%
SI	12	38.71
NO	19	61.29
TOTAL	31	100

Fuente: Departamento Archivo- Estadística del Hospital Roosevelt.

Tabla 5

Cesáreas previas en pacientes con placenta previa

NUMERO DE CESAREAS PREVIAS	NUMERO DE PACIENTES	%
0	4	12.90
1	6	19.36
2	10	32.26
3	7	22.58
>3	4	12.90
TOTAL	31	100

Fuente: Departamento Archivo- Estadística del Hospital Roosevelt.

Tabla 6

Paridad de la pacientes con placenta previa

NUMERO DE PARTOS PREVIOS	NUMERO DE PACIENTES	%
0	2	6.45
1	1	3.23
2	1	3.23
3	6	19.35
>3	21	67.74
TOTAL	31	100

Fuente: Departamento Archivo- Estadística del Hospital Roosevelt.

Tabla 7

Legrados realizados en pacientes con placenta previa

NUMERO DE LEGRADOS PREVIOS	NUMERO DE PACIENTES	%
0	5	16.13
1	6	19.35
2	14	45.16
3	3	9.68
>3	3	9.68
TOTAL	31	100

Fuente: Departamento Archivo- Estadística del Hospital Roosevelt.

Tabla 8

Acretismo placentario en pacientes con placenta previa

NUMERO DE PACIENTES	ACRETISMO PLACENTARIO
31	0

Fuente: Departamento Archivo- Estadística del Hospital Roosevelt.

Tabla 9

Muerte materna en pacientes con placenta previa

NÚMERO DE PACIENTES	MORTALIDAD MATERNA
31	0

Fuente: Departamento Archivo- Estadística del Hospital Roosevelt.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La hemorragia durante la gestación es una de las tres principales causas de muerte materna en Guatemala definida en la línea basal de mortalidad materna del año 2000 razón por la cual la placenta previa es de suma importancia en nuestro medio, y por lo que era necesario conocer la incidencia de placenta previa[8].

En el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt la Incidencia acumulada de Placenta Previa de Enero a Octubre del 2010 es de 0.44 %, en comparación con datos obtenidos a nivel centro americano como en el Hospital San Felipe de Tegucigalpa, Honduras con una tasa de incidencia de 0.40%, el Hospital Arévalo y Mendieta en Nicaragua con una tasa de 0.48% y La Ceiba, Honduras con una tasa de 2.14%. [10]

Con lo referente a la edad de las pacientes que presentaron placenta previa se evidencia que el 38.71 % tenía más de 30 años, en comparación se encuentra un estudio publicado por la revista venezolana de ginecoobstetricia por Dra. Marianela Rivas y José Ramón López en la cual analizaron la incidencia de placenta previa en un estudio retrospectivo descriptivo con 150 casos entre 1998 y 2002. la incidencia fue de 0.76% (1 caso por cada 132 nacimientos), el grupo de edad que predominó fue entre los 27-32 años con el 40.67% de la incidencia.

De las 31 pacientes incluidas en el estudio el 54.84 % tenían embarazo mayor de 36 semanas, un 35.48 embarazo de 28-36 semanas y un 9.68 menos de 20-28; en comparación con un estudio longitudinal de Mustafá realizado en el año 2005 con una serie de 220 pacientes, en Sudáfrica, establece el diagnóstico ultrasonografico vía TransVaginal de Placenta Previa, encontrándola presente a las 11 a 14 semanas en el 42,0%; a las 20 a 24 emanas en el 3,9%; y al término en el 1,9%. [14]

La placenta previa se había presentado previamente en el 38.71 % de las pacientes que se incluyeron en nuestro estudio; ademas ninguna de las pacientes presento acretismo placentario y no hubo ninguna muerte materna dentro del grupo de pacientes estudiadas, sin embargo no hay estudios recientes descritos en la literatura que asocien dicho hallazgo.

El antecedente más importante asociado a la placenta previa es la cesárea previa, encontrándose que al 87.1 % se le había realizado al menos una cesárea anterior, y el 90.32% tenía como antecedente 2 o más partos y el 64.52% tenían 2 o más legrados realizados. En relación a esto se encontró un estudio de Ariana Valdéz y Cruz Hernández que lo publicaron en la revista cubana de medicina integral en 2008, retrospectivo descriptivo de la relación que existe entre la aparición de placenta previa y presencia de algunas variables obstétricas, además de su repercusión en la morbimortalidad materna. Se revisaron 62 historias clínicas de mujeres con placenta previa y se encontró que el 75.5% eran multíparas y 32% tenían antecedente de cesárea.

6. DISCUSION Y ANALISIS

CONCLUSIONES

La incidencia acumulada de placenta previa en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt es de 0.44 %.

El rango de edad en que más se presenta placenta previa es de 26-30 años.

La edad gestacional en que se resuelve el embarazo en pacientes con placenta previa es principalmente en embarazos a término.

No hubo acretismo placentario ni mortalidad materna en las pacientes estudiadas.

La mayoría de pacientes que se le resuelve el embarazo con placenta previa no tienen antecedente de placenta previa pero si tienen cesáreas previas, son multíparas y les han realizado legrados.

RECOMENDACIONES

Toda paciente con factores de riesgo que nos hagan pensar en posibilidad de placenta previa, debe ser estudiada minuciosamente.

Una vez hecho el diagnóstico definitivo de placenta previa a la paciente, debe ofrecérsele cuidados especiales perinatales para lograr disminuir la morbimortalidad perinatal y materna.

Los resultados obtenidos en el presente estudio aportan datos de suma importancia a la institución en la cual se realizó dicho proceso de investigación, ya que no existían datos recientes, por lo cual dichos hallazgos deberán ser tomados en cuenta para hacer un mejor registro y evaluación de cada caso de pacientes con hemorragia del tercer trimestre, poniendo especial atención en los antecedentes obstétricos de cada una de ellas.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ariana Isla Valdés; Jeddú Cruz Hernández; Alejandro Velasco Boza; Pilar Hernández García; Rebeca Fajardo Puig; Aliucha Díaz Curbelo. Comportamiento de la placenta previa en el Hospital Ginecoobstétrico América Arias, período 2003-2005. Rev Cubana Med Gen Integr 2008; 24(3).

2. C.J.P. Jones, A.M. Carter, N.C. Bennett, T.N. Blankenship, A.C. Enders Placentation in the Hottentot Golden Mole, Amblysomus hottentotus(Afrosoricida: Chrysochloridae Placenta 30 (2009) 571–578.

3. C.-W. Park, K.C. Moonb, J.S. Park, J.K. Jun , B.H. Yoon The Frequency and Clinical Significance of Intra-Uterine Infection and Inflammation in Patients with Placenta Previa and Preterm Labor and Intact Membranes Placenta 30 (2009) 613–618.

4. CM Lam, MB, ChB, MRCOG SF Wong, FRCOG, FHKAMRisk factors for preterm delivery in women with placenta praevia and antepartum haemorrhage: retrospective study HKMJ Vol 8 No 3 June 2002, pag: 163-166.

5. D. Lattuada, F. Colleoni, A. Martinelli, A. Garretto, R. Magni, T. Radaelli, I. Cetin.Higher Mitochondrial DNA Content in Human IUGR Placenta Placenta 29 (2008) 1029–1033.

6. Dr. Jesús Hernández Cabrera"PLACENTA PREVIA. INCIDENCIA, ALGUNAS CONSIDERACIONES Y SU REPERCUSIÓN EN LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL Y MATERNA, 1995-1996 Rev Cubana Obstet Ginecol 1998;24(2).

7. Drs. Marianela Rivas G, José Ramón López Gómez, Domenico Capretta C, Belkis Colmenares E, Daicy Silva G, Samuel Alvarado A. Placenta previa.

Estudio retrospectivo 1988 – 1992 Rev Obstet Ginecol Venez 2001;61(4):217-222.

8. Kauma SW, Bae-Jump V, Walsh SW.Hepatocyte growth factor stimulates trophoblast invasion: a potential mechanism for abnormal placentation in preeclampsia. J Clin Endocrinol Metab. 1999 Nov;84(11):4092-6.

9. Kidney DD, Nguyen AM, Ahdoot D, Bickmore D, Deutsch LS, Majors C. Prophylactic perioperative hypogastric artery balloon occlusion in abnormal placentation".AJR Am J Roentgenol. 2001 Jun;176(6):1521-4.

10. Kitaw Demissie; Mary B. Breckenridge; Lawrence Joseph; and George G. Rhoads Placenta Previa: Preponderance of Male Sex at BirthAmerican Journal of Epidemiology 1999; Vol. 149, No. 9.

11. L.M.M. Nardozza, P.M. Nowak, E. Araujo Junior *, H.A. Guimara˜es Filho,L.C. Rolo, M.R. Torloni, A.F. Moron Evaluation of Placental Volume at 7–10 þ 6 Weeks of Pregnancy by 3D-Sonography Placenta 30 (2009) 585–589.

12. Lea Tuzoviæ, Josip Djelmiš, Marcela Ilijiæ Obstetric Risk Factors Associated with Placenta Previa Development: Case-Control Study" Croatian Medical Journal 44(6):728-733, 2003.

13. Liv Bente Romundstad, Pål R.Romundstad, Arne Sunde, Vidar von Düring, Rolv Skjærven and Lars J.Vatte Increased risk of placenta previa in pregnancies following IVF/ICSI; a comparison of ART and non-ART pregnancies in the same mother Human Reproduction Vol.21, No.9 pp. 2353–2358, 2006 Advance Access publication May 25, 2006.

14. M. Jozwik, B. Pietrzycki, M. Jozwik, R.V. Anthony Expression of Enzymes Regulating Placental Ammonia Homeostasis in Human Fetal Growth Restricted Pregnancies Placenta 30 (2009) 607–612.

15. Mess, N. Zaki, M. Kadyrov, H. Korr, P. KaufmannCaviomorph Placentation as a Model for Trophoblast Invasion Placenta 28 (2007) 1234e1238.

16. O.P. Bleker, M. Buimer, J.A.M. van der Post, F. van der VeenTed (G.J.) Kloosterman: On Intrauterine Growth. The Significance of Prenatal Care. Studies on Birth Weight, Placental Weight and Placental IndexPlacenta 27 (2006) 1052e1054.

17. Paul Kiondo, Julius Wandabwa, and Pat Doyle"Risk factors for placenta praevia presenting with severe vaginal bleeding in Mulago hospital, Kampala, Uganda". Afr Health Sci. 2008 March; 8(1): 44–49.

18. Paul Kiondo, Julius Wandabwa, and Pat Doyle Risk factors for placenta praevia presenting with severe vaginal bleeding in Mulago hospital, Kampala, Uganda Health Sci. 2008 March; 8(1): 44–49.

19. R.P. Webster, V.H.J. Roberts, L. MyattProtein Nitration in Placenta – Functional Significance Placenta 29 (2008) 985–994.

20. Simon Faustin Buambo-Bamanga , Paul Oyere-Moke , Pierre Makoumbou , Jean Roger Ekoundzola , Hervé Fortuné Mayanda Placenta previa: Maternal and fetal prognosis covering 128 consecutive cases from the Brazzaville University Hospital Center.

21. St James' University Hospital, Leeds, UK.Caesarean section for placenta praevia: a retrospective study of anaesthetic management British Journal of Anaesthesia 84 (6): 725-30 (2000).

22. T. Todros, D. Marzioni, T. Lorenzi, E. Piccoli, L. Capparuccia, V. Perugini,S. R. Romagnoli, R. Gesuita, A. Rolfo, L. Paulesu, M. CastellucciEvidence for a Role of TGF-b1 in the Expression and Regulation.

23. T.M. mayhew Quantifying immunogold LOCALIZATION patterns on Electron Microscopic Thin Sections of Placenta: Recent Developments Placenta volumen 30 (2009) page 565–570.

24. Te-Yao Hsu ABNORMAL INVASIVE PLACENTATION—PLACENTA PREVIA INCRETA AND PERCRETA Taiwan J Obstet Gynecol • March 2009 • Vol 48.

25. V.K. Misra, C.J. Hobel, C.F. SingPlacental Blood Flow and the Risk of Preterm Delivery Placenta 30 (2009) 619–624.

8. ANEXOS

a. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

Numero de Historia Clínica: _____

I. DATOS GENERALES:

FECHA:_____

1. Nombre de la paciente:

   _____

2. Edad de la paciente: _____

II. HISTORIA GINECO-OBSTETRICA DE LA PACIENTE:

3. ¿Le han realizado legrados previamente? No□
   Una□ Dos□ Tres□ Más de cuatro□

4. Paridad de la paciente:

5. Edad Gestacional por Fecha de Ultima Regla:
   De 13-21 semanas□ De 22-30 semanas□ De 31-40 semanas□

6. ¿Presento placenta previa en embarazos anteriores?
   Si□ No□

7. ¿Le han realizado cesareas previamente? No□
   Una□ Dos□ Tres□ Más de cuatro□

8. Presento acretismo placentario?
   si□ no□

9. Desencadeno Mortalidad Materna?
   si□ no□

III. OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

RESPONSABLE DE LA TOMA DE LA MUESTRA Y DE LA INFORMACION:

_____