

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES
CON PLACENTA PREVIA EN EL PERIODO ENERO-SETIEMBRE
2015 EN EL HNERM

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

CAROL LISSETTE GUISADO AGUAYO

DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS

DIRECTOR DE LA TESIS

DR. OCTAVIO GUILLEN DONAYRE

ASESOR DE LA TESIS

LIMA – PERÚ

2016

Agradezco a Dios, a mis padres y a todas las personas que me han apoyado a lo largo de todos los años de estudio. Además haber tenido la oportunidad de estudiar lo que siempre fue mi meta.

Dedico a mis padres, mi hijo, y a todas las personas que incondicionalmente me han brindado su ayuda para la realización de este trabajo

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo de las gestantes con diagnóstico de placenta previa.

Metodología: estudio descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo enero-setiembre 2015, en el Departamento de Obstetricia, siendo la población y muestra 46 casos comprobado por ecografía en el segundo y/o tercer trimestre de gestación.

Resultados: el grupo etario más afectado fueron las mujeres añosas con 54,3%, el 63% fueron multíparas, el 71,7% tuvo al menos una cirugía uterina previa.

El legrado uterino fue la cirugía más frecuente con 28,3%, seguido de la combinación cesárea mas legrado uterino con 21,7% y en tercer lugar la cesárea con 19,6%. El tipo de placenta previa más frecuente fue el total o completo con 71,7%.

Conclusión: la mayoría de pacientes estudiadas presentaban por lo menos un factor de riesgo relacionado a placenta previa, por lo que se tiene que descartar y o diagnosticar esta entidad de la manera más oportuna y planear el manejo respectivo, disminuyendo la morbimortalidad materno perinatal.

Palabra clave: Placenta Previa.

ABSTRACT

Objective: Identify risk factors for pregnant women diagnosed with placenta previa.

Methodology: descriptive, retrospective and cross-sectional study conducted at the National Hospital Edgardo Rebagliati Martins in the period January-September 2015, in the Obstetrics Department, being the population and the sample 46 cases diagnosed by ultrasound in the second and / or third trimester.

Results: The age group most affected were women over age 35 with 54.3%, 63% were multiparous, 71.7% had at least one previous uterine surgery, curettage surgery was the most frequent with 28.3%, followed by cesarean plus uterine curettage with 21.7% and third caesarean section with 19.6%, and the most common type of previous placenta or the total with 71.7%.

Conclusion: Most patients studied had at least one risk factor related to placenta previa, so discard or diagnose this entity in the most timely manner and make the respective management plan, will help us reduce maternal and perinatal morbidity and mortality.

Key Word: Placenta Previa

INTRODUCCIÓN

La Placenta Previa es una complicación obstétrica que ocurre en el segundo y tercer trimestre de gestación. Su incidencia reportada es de 0.5-1.0% del total de embarazos, aunque el diagnóstico es relativamente no común es considerado como una de las primeras causas de hemorragia en las últimas etapas de la gestación, siendo reconocida como una importante determinante en la morbilidad materno perinatal. ¹⁻²⁻³

Está definida como la anormal implantación del tejido placentario cerca del orificio cervical interno, pudiendo esta ocluir total o parcialmente el orificio. Su manifestación clínica clásica es la aparición de hemorragia vaginal no asociado a dolor durante el segundo y tercer trimestre y el diagnóstico se realiza mediante ecografía transvaginal. ⁴⁻⁵

Existen factores que aumentan el riesgo de presentar placenta previa como son las cirugías uterinas previas: cesáreas, legrados uterinos, miomectomías, extracción manual de placentas y otras como edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida ¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁷

Entre las complicaciones reportadas se encuentran: el parto prematuro, ruptura prematura de membrana, distocia de presentación fetal, hemorragia grave, teniendo necesidad del uso de drogas vasoactivas y transfusión sanguínea, pudiendo llegar al shock hipovolémico.

También la presencia de placenta ácreta, vasa previa, e inserción velamentosa de cordón, provoca hemorragia posparto: debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, determinando una histerectomía de urgencia, y complicándose con embolia de líquido amniótico. ⁴⁻⁷⁻⁸

También existen reportes de complicaciones perinatales como prematuridad con puntaje de Apgar menor de 7, mayor admisión a unidad de cuidados intensivos neonatales, óbito fetal y muerte ³.

Por las complicaciones maternas y neonatales, descritas anteriormente, es necesario conocer cuáles son los factores de riesgos comunes y poder establecer animismos el perfil clínico epidemiológico de las gestantes en nuestra población actualmente.

Se ha encontrado un artículo peruano relacionado al caso del año 2005 que coincide con la literatura internacional en cuanto a incidencia y factores de riesgo realizado en el Instituto Especializado Materno Perinatal en el periodo setiembre 2004 – febrero 2005 (6 meses) con una muestra de 59 casos. Pero por el aumento de la práctica de cesáreas reportado en un estudio peruano entre el 2001 al 2008 con tasa de cesáreas mensual de $36,9 \% \pm 9,1\%$ ⁹, más de las recomendadas por la OMS en el 2015 que es solo un 10-15%, donde han evidenciado la reducción de la tasas de mortalidad materna y perinatal¹⁰, se puede esperar que en nuestra población la incidencia de placenta previa este incrementándose.

ÍNDICE

_Toc450287209

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	12
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	12
2.2. BASES TEÓRICAS	16
2.3. DEFINICIONES DE CONCEPTOS OPERACIONALES	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE ESTUDIO	20
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	20
3.2. METODO DE INVESTIGACIÓN.....	20
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	20
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	21
3.5. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	21
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	22
4.1 RESULTADOS	22
4.2 DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	28
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS	33

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECÍFICOS

¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas en gestantes con placenta previa en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo enero- setiembre 2015?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La placenta previa es una complicación obstétrica que se presenta entre el segundo y tercer trimestre de gestación, causando importante morbilidad y mortalidad materna.

En los Estados unidos ocurre en 0.3-0.5% de todas las gestaciones. Aunque el diagnóstico es poco común teniendo una incidencia de 3-9 por cada 1000 embarazos¹⁻², coincidiendo en un estudio peruano realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2011 que reporta una incidencia de placenta previa de 5.8 por cada 1000 embarazos¹⁰, repercute como una de las causas más frecuentes y significativas de hemorragia uterina en las últimas etapas de las gestación. Dentro de los factores de riesgo relacionados se encuentran la edad materna avanzada, cicatrices previas uterinas y multiparidad¹⁻²⁻³. El solo antecedente de cesárea previa aumenta el riesgo en 1,5-5 veces de presentar esta complicación. Y la práctica de cesáreas en un estudio peruano entre el 2001 al 2008 reporta que la tasa de cesáreas mensual de 36,9 % ± 9,1%⁹, siendo el 10% lo recomendado por la OMS¹⁰.

Otras complicaciones asociadas son necesidad de transfusiones sanguíneas, prematuridad con puntaje de Apgar menor de 7, acretismo placentario, histerectomías, mayor admisión a unidad de cuidados intensivos neonatales, óbito fetal y muerte.³

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los factores de riesgo asociados a placenta previa han sido estudiados en el transcurso de los años, pero no se encuentran referencias bibliográficas con datos estadísticos nacionales actualizados, que podamos comparar con los publicados en la literatura extranjera.

Por las complicaciones obstétricas y neonatales que se presentan como episodios de hemorragias que conllevan a las atenciones de emergencia y hospitalización, la necesidad de transfusiones sanguíneas, los partos prematuros, la atención en cuidados intensivos del recién nacido, las histerectomías, la muerte neonatal, la muerte materna, de la condición de morbimortalidad de la madre y producto, hacia el impacto económico que estas circunstancias derivan, conociéndose los factores de riesgo actualizados podemos prevenir las complicaciones enunciadas.

Por todo ello nos es necesario un estudio descriptivo de los factores de riesgos en gestantes con diagnóstico de placenta previa, para prevenir complicaciones, y establecer un monitoreo en la calidad de atención madre- niño.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo en gestantes con diagnóstico de placenta previa.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el grupo etario de las gestantes más afectadas.
- Determinar la paridad de las pacientes con placenta previa.
- Identificar el tipo de cirugías uterinas previas en gestantes con diagnóstico de placenta previa.
- Determinar el tipo de placenta previa.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Peruanos

Acho- Mego et al en el 2011, en su estudio descriptivo realizado en el Hospital Cayetano Heredia, revisándose 161 historias clínicas del Sistema Informático Perinatal del Departamento de Ginecología y Obstetricia, teniendo como objetos de estudio gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en el período de enero de 2008 a diciembre del 2009. Tuvo como resultado que existe como prevalencia en su población 34,8% (n=56) placenta previa.¹¹

Oscanoa en el 2005, realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en el Instituto Especializado Materno Perinatal en el periodo setiembre 2004 – febrero 2005 (6 meses) con una muestra de 59 casos. Encontrando como resultados que la tasa de incidencia acumulada de placenta previa fue 0.63%, que el grupo etario más afectado se encontró entre 25-39 años con el 69.8% de los casos; el 79.7% fue multípara; el riesgo de desarrollar placenta previa en mujeres mayores de 34 años fue OR=2.03 (IC al 95% 1.11-3.68) y en cesareadas previas OR=3.3103 (IC al 95% 1.84-5.90). Concluyendo que los factores etiológicos mayormente asociados fueron antecedentes de cesárea previa, gestante añosa.¹²

Antecedentes Internacionales

Majeed T et al en el 2015, en su estudio transversal descriptivo obtuvo como resultados: que la mayoría de los pacientes (47,36 %) tenían entre 26-30 años de edad , se presenta con edad gestacional entre 36-40 semanas (70,17 %) , eran en su mayoría Gesta 2-4 , mientras que la frecuencia de placenta previa útero sin cicatriz fue 32,45 % (37 casos) , y la frecuencia en el útero con cicatriz fue 67,54 % (77 casos) . Hubo 5,70 % de los casos de placenta previa en úteros sin cicatriz y 10,67 % de los casos de placenta previa (10,67 %) de úteros con cicatriz. Concluyendo que

es significativamente mayor la frecuencia de placenta previa entre los pacientes que tiene útero con cicatriz.¹

Heidari et al en el 2014, en su estudio cuasi experimental, estudio placentas de embarazos con placenta previa y controles con normal implantación obtenidas de mujeres a las cuales se les practicaron cesáreas. Hubo una reducción significativa en el volumen y el volumen de densidad total de la fibrina depósitos en la superficie de las vellosidades coriónicas ($p < 0,05$), y un incremento significativo en volumen total y la densidad de volumen de los vasos sanguíneos de las vellosidades coriónicas en el grupo del PP en comparación con el grupo control ($p < 0,05$) . Mostrando que el deterioro en la situación de la implantación en el PP puede causar cambios significativos en la estructura de la placenta. Y estos cambios probablemente pueden ser influyente en la evolución y supervivencia de los fetos.¹³

Algebally et al en el 2014, su objetivo de estudio fue evaluar el rol del ultrasonido (US) y resonancia magnética nuclear (MRI), en el diagnóstico y manejo de placentación anormal en mujeres con placenta previa y comparar la morbilidad asociada a pacientes que solo tienen como diagnóstico placenta previa. Resultado: US y MRI, no mostró diferencias significativas en la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de placentación anormal (del 97-100 % y 94-100 %, respectivamente). MRI fue más sensible que la US para la detección de invasión miometrial y el tipo de placentación anormal (73,5 % y 47 %, respectivamente). Concluyendo que las dos son técnicas de imágenes precisas para diagnosticar placentación anormal. Y la MRI fue más sensible para la detección del grado de invasión placentaria.¹⁴

Nur Azurah et al en el 2014, para examinar los factores de riesgo asociados a placenta previa en primigrávidas y además comparar el resultado del embarazo entre primigrávidas y no primigrávidas realizó un estudio de cohorte retrospectivo. Los factores asociados fueron historia de concepción asistida ($p=0.02$) e historia de endometriosis ($p=0.01$) en primigrávidas con placenta previa. Concluyendo, que la historia de concepción asistida y endometriosis se encontraron asociados con primigrávidas con placenta previa. ³

Kaplanoglu et al en el 2015, encontró que existe aumento del riesgo de presentar placenta previa en pacientes al que se le practica cesáreas previas (OR, 11.7; 95% CI, 2.6–53.2). Concluyendo que un aumento en el número de cesáreas conlleva a serias complicaciones maternas.¹⁵

Gonçalves et al en el 2012. Estudió a gestantes de 35 años a más (gravidez tardía), porque se encuentran en aumento en el mundo. Obteniendo como resultado que las complicaciones maternas más importantes en este grupo etario son la placenta previa (1 a 5%), y otras como diabetes, hipertensión arterial, mayor número de cesáreas, trabajo de parto pretérmino, rotura prematura de membranas. Por lo que la gestación tardía necesita acompañamiento cuidadoso, tratando de minimizar las complicaciones obstétricas y el riesgo de morbimortalidad materna.¹⁶

Urol-Urganci et al en el 2011, comparo el riesgo de placenta previa en el segundo embarazo entre mujeres que han tenido un parto por cesárea (CS) y las que han dado parto vaginal. Es un Estudio de cohorte retrospectivo entre abril de 2000 y febrero de 2009 en Inglaterra. Además, se realizó una meta -análisis de los resultados reportados en los artículos revisados por pares desde 1980. La tasa de placenta previa al segundo nacimiento para las mujeres con primer parto vaginal fue de 4,4 por cada 1.000 nacimientos, en comparación con 8,7 por 1.000 nacimientos para las mujeres con CS en el primer parto. Después del ajuste, CS en el primer parto se mantuvo asociado con un mayor riesgo de placenta previa siendo el OR 1,51 (IC 95 % 1,39-1,65) para los seis estudios de cohorte de base poblacional que analizaron segundos nacimientos. Concluyendo que existe un mayor riesgo de placenta previa en el embarazo posterior al primer parto por cesárea.¹⁷

Rivero et al en el 2009, busca identificar los factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico (casos y controles). Teniendo como principales factores epidemiológicos que la edad materna más frecuente de asociación con la placenta previa se fue en el grupo de edades de 25 a 34 años; la procedencia urbana (OR=1,7), la desnutrición por defecto (OR=6,61)

y por exceso (OR=3,93), la multiparidad (OR=1,55 e IC 95% 2,55-4,41), antecedentes de aborto (OR=5,08 e IC 95% 1.34-19.23) y de cesárea anterior (OR=3,21 e IC 95% 2.85-12.09).¹⁸

Isla et al en su estudio retrospectivo descriptivo identificó la relación que existe entre la aparición de la placenta previa y la presencia de algunas variables obstétricas, además de su repercusión en la morbilidad materna y perinatal en el período comprendido desde enero de 2003 hasta diciembre de 2005. Su muestra fueron 62 pacientes, encontró que el aumento de la frecuencia de la placenta previa se relacionó fundamentalmente con la edad mayor que 30 años (75,5 % de los casos), la paridad elevada (58 % de las mujeres eran multíparas), y la cesárea y los legrados previos (32,3 y 25,8 % de las gestantes, respectivamente). Al 67,8 % de los casos se les hizo el diagnóstico en la atención primaria.¹⁹

Getahun et al en el 2006, en un estudio de cohorte retrospectivo, utilizó el riesgo relativo para cuantificar la asociación entre parto por cesárea y placenta previa. Resultados: la tasa de placenta previa fue 4.4 (N=694), por cada 1.000 nacimientos. El embarazo después de un parto por cesárea se asoció con aumento del riesgo de placenta previa (0,63 %) en comparación con una vaginal entrega (0.38 %; RR 1.5; IC del 95 % 1.3 a 1.8). El parto por cesárea en el primer y segundo nacimientos confiere un riesgo doble de placenta previa en el tercer embarazo (RR 2.0, IC 95% 1.3-3.0) en comparación con los primeros dos partos vaginales. Concluyendo que el primer parto por cesárea aumenta el riesgo de placenta previa. Además, que el incremento del número de partos por cesárea también aumenta el riesgo de esta.²⁰

Ihab M. Usta, MD et al en el 2005, examinó los factores de riesgo en una complicación materna (acretismo placentario) en pacientes con placenta previa en comparación como pacientes que solo presentaban placenta previa. Obteniendo como resultado que las pacientes con placenta ácreta (PA) aumenta la incidencia con el número de cesáreas previas: 1,9 % , 15,6 % , 23,5 % , 29,4 % , 33,3 % y 50,0 % después de 0 , 1 , 2 , 3 , 4 , y 5 anterior CS , respectivamente; con antecedente de fumadora (OR 3.4, 95%CI 1.1-10.2, P = .031); y con CS previas (OR 7.9, 95%CI 1.7-37.4, P = .009).

Concluyendo, que las cesáreas previas y el hábito de fumar son factores de riesgo para acretismo placentario. ²¹

Hernandez en 1998, estudió en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina", durante los años comprendidos de 1995-1996, a pacientes con diagnóstico de placenta previa. La muestra estuvo constituida por un total de 6 398 partos, 20 de los cuales fueron clasificados como placentas previas, para una incidencia de 0,31 %. Demostrando que edades con mejores condiciones de fertilidad (20 - 34 años tuvieron 65% de los casos) y a partir del segundo parto son los grupos de mayor riesgo con 70%, así como los antecedentes de aborto con 75% y cesárea anterior con 15%.²²

2.2. BASES TEÓRICAS

PLACENTA PREVIA

Usamos el término placenta previa (PP) cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad al orificio del cuello uterino interno. La placenta también puede estar parcial o totalmente insertada en el segmento uterino inferior.

La prevalencia es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas⁵⁻⁷. El riesgo aumenta 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. Otros factores de riesgo son la edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida ¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷.

La PP supone el 20% de las hemorragias del tercer trimestre. Se considera una causa frecuente de transfusión materna y de histerectomía obstétrica, con una morbimortalidad perinatal no despreciable⁷.

Tradicionalmente, la placenta previa se ha clasificado en 4 tipos:

- **PP completa:** ocluye completamente el orificio interno del cuello uterino.

- **PP parcial:** ocluye parcialmente el orificio interno del cuello uterino. Este escenario solo ocurre cuando el orificio interno del cuello uterino está dilatado en algún grado.
- **PP marginal:** la placenta es adyacente al margen del OCI pero sin sobrepasarlo.
- **Placenta de inserción baja:** borde placentario a menos de 2 cm del OCI. ⁴⁻⁵

CLÍNICA DE PLACENTA PREVIA

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 presentarán 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 asintomáticas⁷.

DIAGNÓSTICO

Debe determinarse la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2º y 3º trimestre. La evaluación de una PP en la ecografía TV 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.⁶⁻⁷⁻¹⁴

COMPLICACIONES

- Mayor morbi-mortalidad perinatal: RPM, parto prematuro.
- Distocia de presentación fetal.
- Hemorragia grave, necesidad de drogas vasoactivas y transfusión, shock hipovolémico.
- Presencia de placenta ácreta, vasa previa, inserción velamentosa de cordón.

- Hemorragia posparto: debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, las pacientes con PP tienen un mayor riesgo de hemorragia posparto.
- Histerectomía urgente.
- Embolia de líquido amniótico.⁴⁻⁷⁻⁸

2.3. DEFINICIONES DE CONCEPTOS OPERACIONALES

PLACENTA PREVIA (PP)

Es la placenta que se inserta parcialmente o en su totalidad al orificio del cuello uterino interno.

Tipos

1. *PP completa*: cubre completamente el orificio cervical interno (OCI).
2. *PP parcial*: ocluye parcialmente el OCI.
3. *PP marginal*: adyacente al margen del OCI pero sin sobrepasarlo.
4. *Placenta de inserción baja*: borde placentario a menos de 2 cm del OCI.

EDAD MATERNA

Las embarazadas entre 20-30 años se consideran como el grupo etario con edad reproductiva adecuada por tener menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal, neonatal, y materna aumenta tanto en las madres adolescentes especialmente en grupo menor de 15 años como en las que tienen más de 35 años. ¹⁰

PARIDAD

Se denomina primigesta a la primera gravidez; si ya tuvo otras gestaciones se denomina multigesta. Se ha de precisar el número de partos vaginales y/o cesáreas, así serán llamadas nulíparas, primíparas o múltiparas. Si solo ha tenido abortos se llamará nulíparas. ¹⁰

FORMULA OBSTÉTRICA (G __ P __ __ __)

G se refiere a gestación, que son el número de gestaciones previas al embarazo actual. La P se refiere a paridad, son el número de partos, ya sean vaginales o cesáreas. El

primer espacio es para cantidad de RN a término, el segundo espacio es para cantidad de RN pretérmino, el tercer espacio cantidad de abortos, y el cuarto espacio es el número de hijos vivos al momento de la entrevista.¹⁰⁻¹¹

PERIODO INTERGENÉSICO INTERVALO INTERGENÉSICO

Periodo comprendido entre la terminación del último embarazo (aborto o parto) y el inicio del actual. El intervalo más adecuado tanto para la madre como para el niño oscilaría entre 3-5 años.

ANTECEDENTE DE CIRUGÍA UTERINA PREVIA

Cualquier operación manual o instrumentada realizada a nivel uterino. Como cesáreas, legrados uterinos, aspiración manual endouterina, miomectomías, extracción manual de placentas, etc.¹⁰

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE ESTUDIO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, ya que no hubo manipulación de las variables y los datos se recolectaron en un solo momento, en un tiempo único.

3.2. METODO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó el método científico.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Todas la gestantes con diagnóstico de placenta previa en el segundo y/o tercer trimestres de gestación con CIE 10 O41.0 /O41.1, atendidas en el periodo enero – setiembre 2015 en el HNERM. N=46

Muestra

Todas la gestantes con diagnóstico de placenta previa en el segundo y/o tercer trimestres de gestación con CIE 10 O41.0 /O41.1, atendidas en el periodo enero – setiembre 2015 en el HNERM . N=46

Criterios de inclusión

- Gestantes con diagnóstico de placenta previa por ecografía obstétrica en el II y/o III trimestres de gestación atendidas en el HNERM.

Criterios de exclusión

- Gestantes con diagnóstico de placenta previa por ecografía obstétrica en I trimestre de gestación.

- Gestante con diagnóstico de placenta previa que no han sido atendidas en el HNERM.
- Gestante con diagnóstico de placenta previa que no se encuentren las historias clínicas.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una ficha de recolección de datos basado en factores de riesgo más frecuentes asociados a placenta previa obtenidos de las revisiones bibliográficas. Se utilizó la base de datos del HNERM, de todas la pacientes que se encuentran en el sistema con diagnostico CIE 10: O41.0 (placenta previa sin especificación de hemorragia) /O41.1 (placenta previa con hemorragia). Se transcribirá los datos de las historias clínicas de las pacientes en la ficha de recolección de datos.

3.5. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se determinará la prevalencia de las principales variables, utilizando el programa spss versión 22.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Se encontraron 49 pacientes en total con los diagnósticos de placenta previa sangrante y no sangrante. Al revisar las historias clínicas solo fueron 46 pacientes con estos diagnósticos, los 3 restantes eran otros diagnósticos. Por lo que la población y muestra fue 46 pacientes en total comprendidos en el periodo Enero-Setiembre del 2015 en el HNERM.

TABLA N°1: FRECUENCIA DEL GRUPO ETARIO DE LAS PACIENTES CON PLACENTA PREVIA EN EL PERIODO ENERO-SETIEMBRE DEL 2015 EN EL HNERM

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Edad reproductiva adecuada	21	45,7	45,7	45,7
Añosa > 35 años	25	54,3	54,3	100,0
Total	46	100,0	100,0	

El 54,3% son pacientes añosas es decir mayores de 35 años consideradas como gestantes de alto riesgo. Y el 45,7% son gestantes que se encuentran en edad reproductiva adecuada. Se observa que no es grande la diferencia entre los grupos etarios que presentan placenta previa.

TABLA N°2: FRECUENCIA DE PARIDAD DE LAS PACIENTES CON PLACENTA PREVIA EN EL PERIODO ENERO-SETIEMBRE DEL 2015 EN EL HNERM

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nulípara	6	13,0	13,0	13,0
Primípara	11	23,9	23,9	37,0
Multípara	29	63,0	63,0	100,0
Total	46	100,0	100,0	

El 63% de las pacientes son multíparas, el 23,9% son primíparas, y el 13% son nulíparas. La mayor población son pacientes que tienen más de dos partos. Y solo un 13% son pacientes que no han tenido parto.

TABLA N°3: FRECUENCIA DE CIRUGIAS UTERINAS PREVIAS DE LAS PACIENTES CON PLACENTA PREVIA EN EL PERIODO ENERO-SETIEMBRE DEL 2015 EN EL HNERM

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	13	28,3	28,3	28,3
	Cesárea	9	19,6	19,6	47,8
	Miomectomía	1	2,2	2,2	50,0
	Legrado uterino	13	28,3	28,3	78,3
	Cesárea-legrado uterino	10	21,7	21,7	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

El 71,7% de las gestantes con placenta previa ha tenido por lo menos una cirugía uterina previa, solo el 28,3% de ellas no tuvo cirugía. La cirugía más frecuente fueron: en primer lugar el legrado uterino (28,3%), en segundo lugar las que tuvieron dos tipos de cirugías entre ellas: legrado uterino y cesárea (21,7%), y en tercer lugar las cesáreas (19,6%).

TABLA N°4: FRECUENCIA DEL TIPO DE PLACENTA PREVIA DE LAS PACIENTES CON PLACENTA PREVIA EN EL PERIODO ENERO-SETIEMBRE DEL 2015 EN EL HNERM

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Placenta previa completa	33	71,7	71,7	71,7
	Placenta previa parcial	4	8,7	8,7	80,4
	Placenta previa marginal	4	8,7	8,7	89,1
	Placenta de inserción baja	5	10,9	10,9	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

El tipo de placenta previa más frecuente es la completa o total en 71,7%, el resto de tipos parcial, marginal y de inserción baja hacen un total de 28,3 %, siendo 8,7% las dos primeras y el 10,9% la última respectivamente.

TABLA N°5: GRUPO ETARIO SEGUN PARIDAD DE LAS PACIENTES CON PLACENTA PREVIA EN EL PERIODO ENERO-SETIEMBRE 2015 EN EL HNERM

			Número de partos			Total
			Nulípara	Primípara	Múltipara	
Grupo etario	Edad reproductiva adecuada	Recuento	3	7	11	21
		% del total	6,5%	15,2%	23,9%	45,7%
	Añosa > 35 años	Recuento	3	4	18	25
		% del total	6,5%	8,7%	39,1%	54,3%
Total	Recuento	6	11	29	46	
	% del total	13,0%	23,9%	63,0%	100,0%	

Del grupo de pacientes con edad reproductiva adecuada solo el 6,5% son nulíparas, es decir, pacientes de bajo riesgo obstétrico, si es que no han tenido ninguna cirugía uterina previa. El 86,9% han tenido por lo menos un parto.

TABLA N°6: GRUPO ETARIO SEGUN CIRUGIA UTERINA PREVIA DE LAS PACIENTES CON PLACENTA PREVIA EN EL PERIODO ENERO-SETIEMBRE 2015 EN EL HNERM

			Cirugía uterina previa				Total	
			Ninguno	Cesárea	Miomectomía	Legrado uterino		Cesárea-legrado uterino
Grupo etario	Edad reproductiva adecuada	Recuento	7	3	0	9	2	21
		% del total	15,2%	6,5%	0,0%	19,6%	4,3%	45,7%
	Añosa	Recuento	6	6	1	4	8	25
		% del total	13,0%	13,0%	2,2%	8,7%	17,4%	54,3%
Total	Recuento	13	9	1	13	10	46	
	% del total	28,3%	19,6%	2,2%	28,3%	21,7%	100,0%	

Las pacientes con edad reproductiva adecuada sin antecedente de cirugía uterina previa son 15,2%. La mayor parte de la población presentan factores de riesgo como, las que solo son añosas, las añosas con cirugía uterina previa y las que están en edad reproductiva adecuada y han sido operadas, 13%, 41,3% y 30,2% respectivamente.

TABLA N°7: PARIDAD SEGUN CIRUGIA UTERINA PREVIA DE LAS PACIENTES CON PLACENTA PREVIA EN EL PERIODO ENERO-SETIEMBRE 2015 EN EL HNERM

			Cirugía uterina previa					Total
			Ninguno	Cesárea	Miomectomía	Legrado uterino	Cesárea- legrado uterino	
Número de partos	Nulípara	Recuento	5	0	1	0	0	6
		% del total	10,9%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	13,0%
	Primípara	Recuento	4	3	0	3	1	11
		% del total	8,7%	6,5%	0,0%	6,5%	2,2%	23,9%
	Múltipara	Recuento	4	6	0	10	9	29
		% del total	8,7%	13,0%	0,0%	21,7%	19,6%	63,0%
Total		Recuento	13	9	1	13	10	46
		% del total	28,3%	19,6%	2,2%	28,3%	21,7%	100,0%

El grupo de múltiparas tiene el mayor número de cirugías uterinas previas en un 54,3%, siendo los más frecuente como antecedente de cirugías el legrado uterino, seguido de tener dos tipos de cirugías: cesárea y legrado uterino.

4.2 DISCUSIÓN

El grupo etario en pacientes añosas, es decir mayores de 35 años es 54,3% que entra al grupo de gestantes de alto riesgo obstétrico, y pacientes en edad reproductiva adecuada en 45,7% que son las comprendidas entre 20-34 años. Oscanoa et al ¹² refiere que el grupo más afectado se encuentra entre 25-39 años (69,8%), Majeed et al ¹, entre 26-30 años (47,36%), Rivero et al ¹⁸, entre 25-34 años e Isla et al ¹⁹, en mayores de 30 años (75,5%). Nuestro resultado difiere con lo encontrado en la literatura, pero no es demasiada diferencia si se compara entre nuestras poblaciones de mujeres mayores de 35 años y las que se encuentran entre 20-34 años.

Se encontró que las pacientes son multíparas en un 63%, seguidas de primíparas con 23,9% y nulíparas en 13%. Lo que concuerda con lo encontrado por Oscanoa et al ¹² con 79,7%, e Isla et al en 58%

El 71,7% de las gestantes tiene como antecedente cirugía uterina previa, destacando en primer lugar el legrado uterino (28,3%), luego la combinación de legrado uterino y cesárea anterior (21,7%), en tercer lugar cesárea (19,6%) y por último la miomectomía (2,2%); solo un 28,3% no tienen antecedente quirúrgico ginecológico u obstétrico.

Isla et al ¹⁹ encuentra que la cesárea con 32,3% y los legrados previos con 25,8% fueron las cirugías más frecuentes en pacientes con placenta previa, siendo estos a la inversa de lo que presenta nuestra población. Majeed et al ¹ que la frecuencia de placenta previa en útero con cicatriz es de 67,54%, similar a los resultado encontrados

El tipo de placenta previa total o completa fue el más frecuente encontrado con 71,7%, el tipo parcial y marginal fue 8,7% cada uno y el tipo inserción baja fue 10,9%. Majeed et al ¹ encuentra 77,19% de frecuencia de placenta previa total, como en nuestra población estudiada. Esta característica del tipo de

placenta previa es importante para el tipo de manejo del parto en este caso cesárea programada y así disminuir la morbimortalidad materno perinatal.

Observamos población de gestantes que se encontraban en edad reproductiva adecuada, y de estas solo el 6,5% del total de pacientes con placenta previa, no tienen otro factor de riesgo, por lo que son consideradas gestantes de bajo riesgo. Es decir que el 93,5% son pacientes que presentan factores de riesgo ejm: añosas, multíparas o pacientes con antecedente de cirugías uterinas previas teniendo o no edad reproductiva adecuada, o asociaciones de estas. Oscanoa et al ¹² refiere que ser gestante añosa tiene un OR 2.03 (IC al 95% 1.11-3.68), tener cesárea previa un OR 3,31 (IC al 95% 1.84-5.90). Rivero et al ¹⁸, que la multiparidad tiene un OR 1,55% (IC al 95% 2.55-4.41), el legrado uterino OR 5,08% (IC al 95% 1.34-19.23), cesárea OR 3,21% (IC al 95% 2.85-12,09), por lo que nuestra población en su mayoría presenta factores de riesgo para tener placenta previa.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- El grupo etario más afectado es el de mujeres añosas, mayor de 35 años. Aunque por mínima diferencia porcentual en comparación con las pacientes entre 20-34 años.
- En cuanto a paridad, se encontró que la multiparidad fue lo más frecuente en esta población.
- La mayoría de gestantes con placenta previa por lo menos ha tenido una cirugía uterina previa, siendo la más frecuente el legrado uterino, seguido de la cesárea.
- Y el tipo de placenta previa más frecuente fue la parcial o total, siendo esta característica importante para el planeamiento del parto.
- La población de pacientes con placenta previa atendidas en el HNERM en el periodo enero-setiembre 2015, el 93.5% tiene por lo menos un factor de riesgo para presentar dicha patología obstétrica. Por lo que es necesario el diagnóstico oportuno de placenta previa, para disminuir la morbimortalidad perinatal.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un estudio descriptivo de las complicaciones de tener placenta previa para observar cómo repercute en la vida reproductiva de la paciente y que consecuencia se observa en el producto.
- También se podría realizar un estudio tipo casos y control de alguna de las complicaciones más resaltantes que podría ocurrir en pacientes con placenta previa para así poder identificar si es que es un factor de riesgo.
- Conocer el perfil patológico y este sirva como instrumento de educación médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cho HY, Hwang HS, Jung I, Park YW, Kwon JY, Kim YH. Diagnosis of Placenta Accreta by Uterine Artery Doppler Velocimetry in Patients With Placenta Previa. *J Ultrasound Med.* 2015 Sep;34(9):1571-5. doi: 10.7863/ultra.15.14.08039. Epub 2015 Aug 7. PubMed PMID: 26254156.
2. Majeed T, Waheed F, Mahmood Z, Saba K, Mahmood H, Bukhari MH. Frequency of placenta previa in previously scarred and non scarred uterus. *Pak J Med Sci.* 2015 Mar-Apr;31(2):360-3. doi: 10.12669/pjms.312.6509. PubMed PMID: 26101491; PubMed Central PMCID: PMC4476342.
3. Tian JS, Pan FX, He SN, Hu WS. [Risk factors of pregnancy termination at second and third trimester in women with scarred uterus and placenta previa]. *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* 2015 May 25;44(3):247-52. Chinese. PubMed PMID: 26350003.
4. Heidari Z, Sakhavar N, Mahmoudzadeh-Sagheb H, Ezazi-Bojnourdi T. Stereological analysis of human placenta in cases of placenta previa in comparison with normally implanted controls. *J Reprod Infertil.* 2015 Apr-Jun;16(2):90-5. PubMed PMID: 25927025; PubMed Central PMCID: PMC4386091
5. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Programa de Reproducción Humana. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Organización Mundial de la Salud. 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1
6. Algebally AM, Yousef RR, Badr SS, Al Obeidly A, Szmigielski W, Al Ibrahim AA. The value of ultrasound and magnetic resonance imaging in diagnostics and prediction of morbidity in cases of placenta previa with abnormal placentation. *Pol J Radiol.* 2014 Nov 12;79:409-16. doi: 10.12659/PJR.891252. eCollection 2014. PubMed PMID: 25411586; PubMed Central PMCID: PMC4237028.

7. Nur Azurah AG, Wan Zainol Z, Lim PS, Shafiee MN, Kampan N, Mohsin WS, Mokhtar NM, Muhammad Yassin MA. Factors associated with placenta praevia in primigravidas and its pregnancy outcome. *ScientificWorldJournal*. 2014;2014:270120. doi: 10.1155/2014/270120. Epub 2014 Nov 12. PubMed PMID: 25478587; PubMed Central PMCID: PMC4244955.
8. ACHO-MEGO, Segundo Cecilio; Salvador Pichilingue, Jorge; Diaz-Herrera, Jorge Antonio Y Paredes-Salas, José Raúl. Hemorragia De La Segunda Mitad Del Embarazo En Un Hospital Nacional De Lima. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet.* [Online]. 2011, Vol.57, N.4, Pp. 243-247. ISSN 2304-5132.
9. Antonio M. Quispe, y et al. Cesáreas En Siete Hospitales Públicos De Lima: Análisis De Tendencia En El Periodo 2001-2008. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2010; 27(1): 45-50.
10. Schwarcz, Sala, Duverges. *Obstetricia*. 6°ed. Buenos Aires: El Ateneo;2005.78-9
11. Mainero L, Martínez G, Rubino M, De Mucio B, Díaz Rosello JL, Durán P, Serruya S, Fescina RH. . *Sistema informático perinatal (SIP)2ª*. Ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2011. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1587) ISBN:978-92-75-33232-0
12. Ascanio Selene, et al. *Manual Nacional para el Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención*. OPS-OMS- PRONACCAN. 2009.
13. Oyelese Yinka, Smulian, John. Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa. *Obstet Gynecol* 2006;107:927–41.
14. M Perelló, R Mula, M López. *Anomalías Placentarias (Placenta Previa, Placenta Accreta Y Vasa Previa) Y Manejo De La Hemorragia De Tercer Trimestre*. *Protocols*

Medicina Fetal I Perinatal. Servei De Medicina Maternofetal – ICGON – Hospital Clínic Barcelona. 2012

15. Oscanoa A. Placenta previa. Instituto Especializado Materno Perinatal. Rev Per Ginecol obstet 2005; 5:219-224.
16. Kaplanoglu et al. Effect of Multiple Repeat Cesarean Sections on Maternal Morbidity: Data from Southeast Turkey. Med Sci Monit. 2015; 21: 1447–1453.
17. Gonçalves ZR, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. FEMINA. Setembro-Outubro 2012. Vol 4: 275-279.
18. Gurol-Urganci et al. Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2011, 11:95
19. Rivero Pérez, Yuraicis; Gutiérrez Valdez, Nelsa; Romero Díaz, Carlos Y Fragoso Rodríguez, Yasmín. Factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa: Hospital "Abel Santamaría Cuadrado", abril 2006- 2007. Rev Ciencias Médicas [online]. 2009, vol.13, n.2, pp. 185-194. ISSN 1561-3194.
20. Isla Valdes, Ariana et al. Comportamiento de la placenta previa en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", período 2003-2005. Rev Cubana Med Gen Integr[online]. 2008, vol.24, n.3, pp. 0-0. ISSN 1561-3038.
21. Getahun D et al. Previous Cesarean Delivery and Risks of Placenta Previa and Placental Abruption. Obstetrics & Gynecology. Vol. 107, No. 4, April 2006.
22. Ihab M. Usta et al. Placenta previa-accreta: Risk factors and complications. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2005) 193, 1045–9

23. Hernández Cabrera Jesús. Placenta Previa. Incidencia, Algunas Consideraciones Y Su Repercusión En La Morbimortalidad Perinatal Y Materna, 1995-1996. Rev Cubana Obstet Ginecol 1998;24(2):92-7

ANEXOS

ANEXO01: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

	Naturaleza	Escala de Medida	Indicador	Instrumento	Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional
Edad	Cuantitativa	De razón	Edad materna	Ficha de recolección de datos	Clínica – Epidemiológica	Tiempo que ha vivido una persona	Adolescente: ≤15 años Añosa: ≥ 35 años Edad reproductiva adecuada: 16-34 años
Paridad	Cuantitativa	De razón	Fórmula obstétrica	Ficha de recolección de datos	Clínica – Epidemiológica	Número de partos que tiene la gestante, ya sea cesárea o parto vaginal	Nulípara: no partos vaginales, tiene abortos y/o cesáreas. Primípara: 1 parto vaginal Multípara: más de un parto vaginal Gran multípara: 6 o más partos vaginales
Cirugía uterina previa	Cuantitativa	De razón	Número de cirugías uterinas previas	Ficha de recolección de datos	Clínica – Epidemiológica	Operación manual o instrumental en el útero	Cesáreas Legrados uterinos AMEU Miomectomías Extracción manual de placenta
Periodo intergenésico	cuantitativa	De razón	Cantidad de tiempo (años) que ha pasado desde el último parto	Ficha de recolección de datos	Clínica – Epidemiológica	Periodo comprendido entre la terminación del último embarazo (aborto o parto) y el inicio del actual	Corto < a 3 años Adecuado 3-5 años Largo >5 años
Tipos de placenta previa	cuantitativa	Nominal	Tipos de placenta previa	Ficha de recolección de datos	Clínica – Epidemiológica	PP completa: ocluye completamente el orificio interno del cuello uterino (OCI). PP parcial: ocluye parcialmente el OCI PP marginal: la placenta es adyacente al margen del OCI pero sin sobrepasarlo. <i>Placenta de inserción baja:</i> borde placentario a menos de 2 cm del OCI.	PP completa PP parcial PP marginal Placenta de inserción baja

ANEXO 02: INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. Edad: _____

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

a. G__P_____

b. Periodo intergenésico: _____

c. Cesárea: SI ___ NO ___

d. Miomectomía: SI ___ NO ___

e. Legrado uterino y/o AMEU: SI ___ NO ___

f. Extracción manual de placenta: SI ___ NO ___

g. Tipo de placenta previa:

i. Completa: _____

ii. Parcial: _____

iii. Marginal: _____

iv. Inserción baja: _____