

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**TRABAJO ACADÉMICO**

**Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes atendidas en  
el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2021**

**Para optar el título de Especialista en:**

**Emergencias Obstétricas**

**Autora: Obsta. Katty Elisa ROSALES SEDANO**

**Asesor: Dra. Giovanna Bethzabe ENRIQUEZ GONZÁLES**

**Cerro de Pasco – Perú - 2023**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**TRABAJO ACADÉMICO**

**Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes atendidas en  
el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2021**

**Sustentado y aprobado ante los miembros del jurado:**

---

**Dr. Ricardo Arturo GUARDIÁN CHÁVEZ  
PRESIDENTE**

---

**Dr. César Iván ROJAS JARA**

**MIEMBRO**

---

**Mg. Vilma Eneida PALPA INGA**

**MIEMBRO**

## RESUMEN

La placenta es un órgano importante en el embarazo, cuya función de secretar hormonas y enzimas para la alimentación del feto, productos metabólicos e intercambios de gases, hacen que su rol no pueda ser ignorado. En el Perú, la hemorragia en el embarazo, parto y puerperio es la primera causa de muerte materna, las patologías tenemos a placenta previa siendo una causa que se debe prevenir, o caso contrario diagnosticar a tiempo antes de generar complicaciones.

La identificación de componentes relevantes de la placenta previa en mujeres embarazadas es crucial para reducir los episodios de hemorragia en el parto y las complicaciones neonatales, lo que lleva a la atención y hospitalización urgentes, que requieren transfusión de hemoderivados, parto prematuro y atención neonatal especializada, lo que puede causar morbilidad y mortalidad. Cuando los bebés y las madres. Se desconoce la causa exacta del desprendimiento de la placenta, pero la hipótesis principal se relaciona con la transformación anormal del endometrio, la pared interna del útero, debido a la cicatrización o atrofia debido a un traumatismo, cirugía, cirugía o una infección previa.

Esta patología es más frecuente después de las 20 semanas de embarazo, causante de diferentes casos de morbilidad y mortalidad de la madre y el bebé. Para PP con manejo no intervencionista, el diagnóstico por ultrasonido y el uso de cesárea contribuyeron a la reducción de la morbimortalidad materna y fetal.

Palabras Claves: Factores de riesgo, Placenta previa y Gestantes

## **ABSTRACT**

The placenta is an important organ in pregnancy, whose function of secreting hormones and enzymes for feeding the fetus, metabolic products and gas exchanges means that its role cannot be ignored. In Peru, hemorrhage in pregnancy, childbirth and the puerperium is the leading cause of maternal death, pathologies have placenta previa being a cause that must be prevented, or otherwise diagnosed in time before generating complications.

Identification of relevant components of placenta previa in pregnant women is crucial to reduce bleeding episodes in childbirth and neonatal complications, leading to urgent care and hospitalization, requiring transfusion of blood products, preterm delivery, and specialized neonatal care. , which can cause morbidity and mortality. when babies and mothers. The exact cause of placental abruption is unknown, but the leading hypothesis relates to abnormal transformation of the endometrium, the inner wall of the uterus, due to scarring or atrophy due to trauma, surgery, surgery, or a previous infection.

This pathology is more frequent after 20 weeks of pregnancy, causing different cases of morbidity and mortality of the mother and the baby. For PP with non-interventional management, ultrasound diagnosis and the use of cesarean section contributed to the reduction of maternal and fetal morbidity and mortality.

**Keywords:** Risk factors, Placenta previa and Pregnant women

## INTRODUCCIÓN

La placenta previa es una complicación obstétrica que ocurre durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Su tasa notificada es del 0,5 al 1,0% de todos los embarazos y, aunque el diagnóstico es relativamente raro, se considera una de las principales causas del sangrado menstrual. Más adelante en el embarazo, se reconoce como un determinante importante de la morbilidad y mortalidad materna (1).

Se define como la implantación anormal de tejido placentario cerca de la célula dentro del cuello uterino, que puede obstruir total o parcialmente el tejido placentario. Su presentación clínica clásica es la presencia de sangrado vaginal indoloro en el segundo y tercer trimestre del embarazo y el diagnóstico se realiza por ecografía transvaginal (2).

Factores que acrecientan el riesgo de placenta previa, como cirugía uterina previa: parto por cesárea, curetaje, linfadenectomía, desprendimiento manual de placenta, y otros como la edad materna, el tabaquismo, la etnia negra y asiática, los partos múltiples, los embarazos múltiples, la maternidad. Las complicaciones informadas con el tratamiento incluyen nacimiento prematuro, ruptura prematura de membranas, trastorno de disociación fetal, sangrado severo y la necesidad de un tapón vascular y transfusión, lo que puede provocar un shock hipovolémico (3).

Además, la presencia de la placenta, el desplazamiento vascular y la presión excesiva sobre el cable del freno, conducen a la hemorragia posparto: gracias a la

introducción de la placenta en el segmento inferior, la identificación de la necesidad de histerectomía urgente, complicaciones del líquido amniótico como embolia (3).

Se han reportado complicaciones perinatales como parto prematuro con puntaje de Apgar menor a 7, aumento de la hospitalización del recién nacido, mortinatos y muerte (1).

Debido a las complicaciones maternas y neonatales, es fundamental conocer los componentes de riesgo comunes y comprender el perfil clínico epidemiológico de las gestantes en nuestra sociedad actual.

La Autora

## ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

### I. DATOS GENERALES

a. Título de ensayo académico .....	1
b. Línea de investigación .....	1
c. Presentado por .....	1
d. Fecha de inicio y término .....	1

### II. TEMA DE INVESTIGACIÓN

a. Identificación del tema .....	2
b. Delimitación del tema .....	5
c. Recolección de datos .....	5
d. Planteamiento del problema de investigación.....	6
e. Objetivos .....	6
f. Esquema del tema .....	7
g. Desarrollo y argumentación.....	7
h. Conclusiones .....	19

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

## I. DATOS GENERALES

**a. Título de ensayo académico**

Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Félix Mayorca soto – Tarma 2021.

**b. Línea de investigación**

Salud Pública, Epidemias, Recursos Medicinales

**Sub Línea de Investigación:** Salud Materna Perinatal

**c. Presentado por**

Obsta. ROSALES SEDANO. Katty Elisa

**d. Fecha de inicio y término**

20 de febrero – 20 de agosto 2021



## II. TEMA DE INVESTIGACIÓN

### a. Identificación del tema

En el embarazo, el útero sufre las modificaciones más notorias, desde el aumento de tamaño hasta el desarrollo de la placenta que nutre al producto de la gestación hasta el parto donde participa activamente. Su rol es importante en todo el embarazo, nutre, permite el desarrollo, lleva a la sangre, debido a ello es importante la implantación para su buen funcionamiento (4)

La placenta es un órgano importante en el embarazo, cuya función de secretar hormonas y enzimas para la alimentación del feto, producto metabólicos e intercambios de gases, hacen que su rol no pueda ser ignorado (5).

La placenta se localiza en el útero y crece a lo largo del embarazo. Se ubica en la parte inferior del útero pero a medida que crece el embarazo se ubica en la parte superior dejando libre el cérvix para el parto, la dificultad es que esto no suceda (2).

Esta patología se presenta en la segunda mitad del embarazo, es aquella que se implanta cerca, o en el segmento uterino, dando como resultado la oclusión del orificio cervical interno, poniendo en riesgo la continuidad del embarazo ya que causa un sangrado sin dolor (5).

Las cifras de muerte materna y perinatal reflejan el estado de la mujer en los países latinoamericanos, los cuales no son alentadores, nos muestra la

diferencia y falta de atención en el embarazo, parto y puerperio y más aún a los menores de edad, que debe ser mejor para garantizar el futuro del país. Es solo una forma de medir el desarrollo de un país, el cual muestra la pobreza con la que se vive, el retraso y la poca calidad de atención referente en salud que recibe la población vulnerable (6).

El peligro de muerte relacionada con la maternidad durante la vida (es mencionar, la posibilidad de que una dama de 15 años acabe falleciendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en las naciones desarrolladas y de 1 en 180 en los Territorio en desarrollo. En territorios clasificados como estados frágiles, el peligro es de 1 en 54, lo cual muestra las secuelas del colapso de los sistemas de salud (7).

En el Perú, la hemorragia en el embarazo, parto y puerperio es la primera causa de muerte materna, las patologías tenemos a placenta previa siendo una causa que se debe prevenir, o caso contrario diagnosticar a tiempo antes de generar complicaciones. (8).

La incidencia en nuestro país es de 0,5% -1.0 %. En la Región de Junín se registraron casos de placenta previa aproximadamente en 1.2% en el 2019. Respecto a Tarma en el Hospital Félix Mayorca Soto, se reportaron casos, de los cuales es importante resaltar que fueron diagnosticados en forma tardía, se presentaron una complicación seria para la madre y el feto, esto debido a que las atenciones en control prenatal, fueron tardías, las pacientes no cumplieron con las ecografías solicitadas, y frente al sangrado demoraron en acudir a al hospital (8).

La identificación de componentes relevantes de la placenta previa en mujeres embarazadas es crucial para reducir los episodios de hemorragia en el parto y las complicaciones neonatales, lo que lleva a la atención y hospitalización urgentes, que requieren transfusión de hemoderivados, parto prematuro y atención neonatal especializada, lo que puede causar morbilidad y mortalidad. cuando los bebés y las madres (2).

Los factores de riesgo que la literatura hace referencia son: aumento de la edad materna y de las cesáreas, anemia, incrementa la incidencia de placenta previa entre otras, los cuales en la actualidad son un desafío de la prevención (5).

Según Mejía (2) los factores encontrados son: Partos múltiples, alteraciones del endometrio, abortos múltiples, sepsis ginecológica, cesárea previa, anomalías uterinas, entre otras; algunos autores informan que fumar está relacionado con la poca vascularización del endometrio en el cuerpo y fondo del útero, lo cual a lo largo del tiempo se asocia a placenta previa.

Las complicaciones que se presentan asociada a placenta previa son transfusiones de sangre frecuentemente en las pacientes, histerectomías, neonatos prematuro, APGAR al nacimiento de 7, óbito fetal y muerte (2).

El aumento de la placenta previa, en los últimos años, muestra el valor de conocer los factores de riesgo involucrados en este problema y, lo más importante, la morbimortalidad neonatal asociada a esta enfermedad. Síntomas

a largo plazo. Asimismo, la placenta previa es definitivo para el incremento de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal (8).

Por todo lo antes mencionado, desarrollo el presente ensayo sobre Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto Tarma debido a la incidencia de esta patología y complicaciones de la misma; esto me motivó a comprender la atención que recibe la paciente partiendo desde el diagnóstico, manejo y recuperación.

**b. Delimitación del tema**

**Delimitación Espacial**

El estudio será realizado en la Red de Salud de Tarma

**Delimitación Temporal**

El período en el cual se desarrollará la investigación, para el ensayo comprende el período de 20 de febrero – 20 de agosto 2021.

**c. Recolección de datos**

Revisión exhaustiva del tema elegido, se inició con la revisión bibliográfica, artículos científicos, conferencias y libros para la argumentación en el presente ensayo (9), (10). Se realizó los siguientes pasos:

Inicié con la búsqueda de artículos científicos en la base de datos Pub Med, Elsevier, Scielo, repositorios en universidades licenciadas, Alicia, y libros actualizados, gestionados en una base de datos y gestor bibliográfico de Zotero.

En seguida se realizó lectura y análisis de la literatura encontrada para discriminar aquellos que no son afines al planteamiento realizado y analizar los que serán incluidos en el ensayo.

Finalmente se realizó los resúmenes de la literatura seleccionada, se procedió a la redacción de los hallazgos del ensayo.

Los pasos se respetaron para la elaboración del presente ensayo con la finalidad de realizar una revisión de la bibliografía y artículos científicos sin conflicto de interés.

**d. Planteamiento del problema de investigación**

¿Cuál son los factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2021?

**e. Objetivos**

**Objetivo General:**

Determinar los factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2021.

**Objetivo Específico**

Identificar cuáles son los factores de riesgo asociados a la placenta previa.

**f. Esquema del tema**

- 1.- Definición
- 2.- Etiología
- 3.- Factores de riesgo
- 4.- Signos y Síntomas
- 5.- Fisiopatología
- 6.- Diagnóstico
- 7.- Tratamiento
- 8.- Complicaciones
- 8.- Pronóstico

**g. Desarrollo y argumentación**

Se llama placenta previa si está ubicada en el segmento uterino inferior, cerca de la orificio cervical interno (OIC) o cuando cubre total o parcialmente el OIC (2).

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), el desprendimiento de placenta es una condición en la que la placenta se implanta en la parte inferior del útero, cerca del interior del cuello uterino (OCI), o se cubre total o parcialmente. Así, aparece frente a la posición de la cabeza del feto (11).

Placenta previa: placenta que se inserta en el segmento uterino inferior en el tercer trimestre de gestación, cerca o cubriendo el orificio cervical interno. Se divide en:

Implantación baja: la placenta se implanta en el segmento uterino inferior, el borde placentario está a menos de 2 cm de la abertura cervical interna.

Placenta previa: “la placenta cubre o sobrepasa la abertura cervical interna” (12).

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

PP completa: -ocluye completamente el orificio interno del cuello uterino” (11)

PP parcial: “ocluye parcialmente el orificio interno del cuello uterino. Este escenario solo ocurre cuando el orificio interno del cuello uterino esta dilatado en algún grado” (11)

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” (11)

La placenta es un órgano complejo que se ocupa de la liberación de hormonas y enzimas, lleva nutrientes y productos metabólicos y posibilita el trueque de gases. Mientras la mamá envejece y las cesáreas han incrementado, ha incrementado la incidencia de placenta previa y placenta accreta, que se han convertido en inconvenientes para la obstetricia actualizada (12).

La placenta previa se refiere a una implantación de placenta en el segmento inferior del útero, ya sea muy cerca o con cierto grado de cobertura del cuello uterino interno. Por lo general, se manifiesta como un sangrado indoloro hacia el final del segundo trimestre. La placenta accreta se refiere a la placenta que tiene una adhesión deficiente o cierto grado de invasión, ya sea hacia el útero o hacia las estructuras vecinas. Ambas enfermedades presentan

riesgo de hemorragia intraparto con una alta morbilidad materna y fetal asociada, información general sobre estas patologías se puede encontrar a continuación (13).

Se desconoce la causa exacta del desprendimiento de la placenta, pero la hipótesis principal se relaciona con la transformación anormal del endometrio, la pared interna del útero, debido a la cicatrización o atrofia debido a un traumatismo, cirugía, cirugía o una infección previa. Este trastorno puede ser multifactorial, incluida su asociación con embarazos múltiples, embarazos múltiples, edad materna avanzada, antecedentes de parto por cesárea o aborto espontáneo y posiblemente tabaquismo (8).

Los factores de riesgo asociados con la placenta previa son edad materna avanzada, multiparidad, antecedentes de cesárea o cicatrices uterinas, antecedentes de aborto, tabaquismo materno, antecedentes de placenta previa.

La multiparidad y el número de cesáreas previas crean un efecto sinérgico que aumenta el riesgo de presentar placenta previa (4).

### **Factores Sociodemográficos**

**Edad Materna:** Cuanto mayor es la madre, mayor es el riesgo de placenta previa. La incidencia de placenta previa aumenta significativamente con la edad. Para mujeres menores de 19 años, es 1 en 1500, y para mujeres mayores de 35 años, es 1 en 100. El aumento de la edad materna en los Estados Unidos condujo a un aumento en la incidencia general de placenta previa, del 0,3 % en 1976 al 0,7 % en 1997 (Frederiksen et al, 1999). El riesgo de placenta previa es



del 1,2 % para mujeres embarazadas mayores de 35 años y del 0,5 % para mujeres menores de 35 años (13).

**Tabaco:** Las enfermedades en las fumadoras embarazadas están directamente relacionadas con la cantidad de cigarrillos fumados y la persistencia de lugares donde el ambiente es contaminado por el humo del tabaco, aumentando la responsabilidad directa de muchas mujeres embarazadas fumadoras por la contaminación ambiental. sus placentas eran mucho más grandes que las de las que nunca fumaron o nunca fumaron durante el embarazo. Se entiende que esta respuesta compensa la hipoxia inducida por el tabaquismo materno. Debido al mayor tamaño de la placenta en estas mujeres, existe una mayor frecuencia de placenta previa y un mayor riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta, sangrado y ruptura prematura de membranas (14).

### **Factores Obstétricos**

**Aborto:** Se define como la interrupción clínicamente reconocida del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o cuando el feto pesa menos de 500 gramos y es expulsado. Los estudios han confirmado que un historial de aborto espontáneo puede afectar la aparición de la placenta previa. Además, cuantos más abortos espontáneos, mayor es la posibilidad de placenta previa (4).

**Cesárea Anterior:** cesárea previa: por razones desconocidas, una cesárea previa aumenta el riesgo de placenta previa. Silver et al realizaron un estudio de 30 132 mujeres en trabajo de parto que se sometieron a cesárea. (2006) citaron un mayor riesgo de placenta previa en mujeres que habían tenido previamente una cesárea. La incidencia fue del 1,3% para pacientes con cesáreas previas y del 3,4% para pacientes con 6 o más cesáreas (4).

**Paridad:** Paridad: Se dice que una mujer ha dado a luz uno o más productos (vivos o muertos) con un peso de 500 gramos o más por cualquier vía (vaginal o cesárea), o 22 semanas de edad gestacional (12).

**PIG:** menos de 18 meses en el medio del último evento obstétrico y la próxima fecha de diseño del embarazo. Es importante mencionar que el riesgo de proporcionar diferentes complicaciones aumenta según el tiempo de 3.6, 9, 12 o 18 meses, entre estas complicaciones es la placenta anterior (4).

Cuando el blastocisto entra en contacto con el revestimiento del útero, la placenta se desarrolla con la implantación. La parte externa del blastocisto corresponde a una sola capa celular de células epiteliales llamada trofoblasto. Cuando el trofoblasto entra en contacto con el revestimiento endometrial, se convierte en un sincitio que penetra en las células endometriales. Después de la implantación, el producto está completamente rodeado de sincitiotrofoblastos, en los que comienzan a aparecer vacuolas que se combinan para formar cavidades. En este punto, el sincitiotrofoblasto comienza a adelgazarse para formar trabéculas, el antepasado del árbol peludo. Al final de la tercera semana, ya está presente una placenta rudimentaria. Al final del embarazo, la placenta tiene 15-20 cm de diámetro, 3 cm de grosor y pesa unos 500 gramos (18).

Como se mencionó anteriormente, la placenta previa está asociada con la cicatrización uterina anterior y los trastornos endometriales que ocurren con los DIU, como legrado, placenta previa y cirugía. Sin embargo, por razones aún desconocidas, la presencia de cicatrices o cambios endometriales en la parte inferior del útero predispone a la implantación de la placenta en esta zona. Una complicación de la PP es el sangrado frecuente durante el segundo trimestre del embarazo. La causa del sangrado se debe a la dinámica de crecimiento de la

parte inferior del útero, pero también puede ser causada por la actividad del útero (15).

La placenta previa diagnosticada en el segundo trimestre generalmente no persiste a término. Aunque se diagnostica en el 1% al 6% de los embarazos en el segundo trimestre, su incidencia a término es mucho menor, aproximadamente del 0,14% al 0,3%. Se cree que la razón de esta aparente migración placentaria es un aumento o elongación del segmento uterino inferior y las células trofoblásticas buscan principalmente alimento en la superficie vascularizada del fondo. Esto da como resultado una migración significativa de la placenta desde el segmento uterino inferior cicatrizado e hipoperfundido (en más del 90% de los casos) (15).

La migración placentaria ocurre debido al estiramiento de la parte inferior del útero durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, y es menos probable que ocurra en la placenta posterior o en una cesárea previa. El tejido placentario que queda en la parte inferior del útero puede estar completamente atrófico, quedando en forma de lóbulos, o atrofiado dejando vasos intactos (vaso previo). La clasificación del prolapso vascular y del cordón umbilical en el segundo trimestre está bien aceptada, con un riesgo relativamente mayor de su ocurrencia en pacientes con sangrado prenatal y un mayor riesgo de parto pretérmino, que también es más grave en pacientes con embarazos múltiples (15).

Los signos y síntomas de la PP es una hemorragia aislada de abundante sangre roja brillante de origen materno. En el 10 al 30% de los casos se asocia una dinámica clínica uterina. El 30% de los pacientes presentará sangrado antes de

las 30 semanas, entre las 30 y 36 semanas y el 10% permanecerá asintomático (16).

Para el diagnóstico: la localización de la placenta debe determinarse mediante un examen ecográfico de rutina en el segundo y tercer trimestre. La valoración de un PP en la ecografía de TV incluye (13).

Observar todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral (corte transversal) rechazando, si es necesario, la presentación fetal (17).

Aplicar Doppler color para descartar hematoma marginal o vasa previa. Localizar la inserción cordón (17).

Si la vejiga está parcialmente llena: Confirmación del diagnóstico de PP después de orinar. Examen de signos de Accreta, especialmente en PP con una cesárea previa en el pasado (17).

La recomendación de los especialistas en el diagnóstico se basa en estos tres pasos.

### **Clínica**

El síntoma principal es el sangrado genital con las siguientes características: (18).

- Sangre roja y brillante, variable en cantidad
- Aparece abrupto e indoloro y en ausencia de contracciones uterinas.
- Aparece en el segundo o tercer trimestre (un tercio de las pacientes presentan el primer episodio de metrorragia antes de la semana 30; otro tercio lo presentan entre la semana 30-35 y el resto después de la semana 36)

- Es recurrente, aumentando la severidad y frecuencia de los ataques, y tendiendo a la hemostasia espontánea

La aparición del sangrado parece deberse a la formación de la parte inferior del útero, que consiste en el deslizamiento de sus capas que no puede ser seguida por la inserción de la placenta hasta este punto, y que se desprende parcialmente provocando que los vasos sanguíneos romperse causando 'sangrado(18).

El principio del trabajo de parto, una vez que empieza la dilatación cervical, puede agravar la magnitud del sangrado, en especial en casos de placenta oclusiva total (18).

Los episodios de sangrado no suelen ir acompañados de signos de "pérdida del bienestar fetal", a menos que el sangrado sea lo suficientemente grave como para causar un shock hipovolémico en la mujer embarazada. Hay una afirmación en obstetricia de que "todo sangrado en el tercer trimestre es placenta previa hasta que se demuestre lo contrario"(18).

### **Examen Clínico**

El examen del abdomen revela un útero blando y sin dolor, ya que generalmente no hay dinámica uterina (5).

El tacto vaginal, en principio, está prohibido, dado que puede movilizar cotiledones y coágulos formados e incrementar la hemorragia. No se puede

efectuar, contando con que se dispone de los métodos quirúrgicos adecuados al alcance inmediato (5).

La especuloscopia se utiliza para verificar el origen uterino del sangrado y para confirmar o descartar otras causas locales de sangrado. No es una prueba recomendada por todos los autores. Si está hecho, debe hacerse con cuidado (5).

### **Ecografía**

Numerosos Varios estudios informan que la ecografía transvaginal es segura como método diagnóstico de placenta previa. Su uso no aumenta el riesgo de sangrado y es más sensible que la ecografía abdominal para localizar la placenta (5)

Para establecer el diagnóstico de placenta previa es muy importante la existencia de tejido placentario en la zona del segmento inferior del útero, anterior, siguinte o lateralmente El descubrimiento de una placenta previa parcial o marginal previo a la semana 24 debería interpretarse con precaución, más todavía si la paciente está asintomática (19).

Es probable que la placenta previa deje de existir a medida que avanza el embarazo, especialmente si el margen del cráneo se extiende hasta la base del útero. Se debe realizar una ecografía de seguimiento hasta el tercer trimestre, antes de poder establecer un diagnóstico definitivo (5).

Respecto al tratamiento, definitivamente se realiza de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento (14)

En la práctica clínica, cuando se sospecha placenta previa, se realiza una ecografía diagnóstica para determinar la posición de la placenta en el útero. Según los hallazgos ecográficos en el tercer trimestre del embarazo o a partir de la semana 32 de gestación, se realizan ecografías periódicas para confirmar el diagnóstico de placenta previa. Las embarazadas son informadas de los cuidados que deben recibir hasta el momento del parto (20).

No se requiere control directo en el tercer trimestre en los casos en que se presente tan bajo como 10-20 mm porque la posibilidad de desplazamiento es muy alta (más del 90%) (14).

Placenta previa asintomática: en la semana 36, se realizará una ecografía de seguimiento para confirmar el diagnóstico de placenta previa y determinar el método de parto (21).

Placenta previa sintomática: De acuerdo a los antecedentes y la intensidad de hemorragia que presenta la paciente se determina el tipo de atención (22).

Seguimiento de la paciente: solo el estado hemodinámico de las mujeres embarazadas es estable a pesar del sangrado leve a moderado (21).

Anamnesis y examen físico: Realice una ecografía transvaginal como procedimiento de rutina y no realice un examen vaginal (21).

Realice pruebas bioquímicas básicas con regularidad.

Ecografía ginecológica: para valorar si la membrana amniótica está preservada o no, para hematomas placentarios y para valorar longitud cervical(21)

La paciente requiere reposo relativo (21).

Si la mujer está embarazada, después de algunas horas de observación, si la paciente se encuentra estable y la ecografía ha descartado riesgo, se le dará el alta hospitalaria(21).

Después de 1 o 2 semanas la gestante tiene su control ginecológico (21).

Ingreso hospitalario: Cuando los criterios de observación fueron descartados. Además de las recomendaciones de un ingreso en observación se tiene que se realiza a la paciente se debe de hacer lo siguiente: (21).

Dependiendo del volumen de reserva de sangre se evalúa posibilidad de una transfusión sanguínea (3).

El monitoreo de la madre tiene que ser frecuente: signos vitales, diuresis (21).

Se debe de administrar gammaglobulina anti-D si son pacientes RhD negativas (21).

El monitoreo de la frecuencia cardiaca del feto y la dinámica uterina se realiza diariamente a partir de las 24 semanas de gestación (21).



En ausencia de dinámica uterina o longitud cervical normal, se realiza terapia tocolítica. No se deben utilizar medicamentos que inhiban la función plaquetaria, como la indometacina (21).

Cuando exista la sospecha de mala salud fetal o dinámica fetal inestable y persista un sangrado importante tras la terapia mitótica, el médico decidirá la interrupción del embarazo (21).

Cuando se decide finalizar la gestación se considera una interconsulta con anestesiología, además contar con 3 paquetes de sangre tres días previos a la cesárea. Para la finalización electiva de la gestación generalmente se utiliza un bloqueo loco-regional (21).

Placenta previa asintomática: la cesárea electiva en gestantes que no presentan signos clínicos se realiza a las 37 o 38 semanas de gestación (21).

Placenta Previa sintomática: La cesárea programada en gestantes que presentaron uno o más episodios se realiza a las 36 o 37 semanas de gestación. Según el criterio del médico y el estado de salud de la gestante puede variar el número de semana (21).

La tasa de éxito es del 69% para partos vaginales cuando el número de inserciones de PP es bajo. Antes de considerar la posibilidad de una cesárea, se debe realizar una ecografía inicial para obtener la posición exacta de la placenta y poder elegir el tipo de incisión adecuada, la incisión transversal más utilizada. Debe evitar la incisión de la placenta (21).

Las complicaciones reportadas son:(6).

Mayor morbi-mortalidad perinatal: RPM, parto prematuro.

Distocia de presentación fetal.

Hemorragia grave: Se hace necesario el uso de drogas vasoactivas y transfusión.

shock hipovolémico: Relacionada a placenta ácreta, vasa previa, inserción velamentosa de cordón.

Hemorragia posparto: Causada por la inserción placentaria en el segmento inferior, las gestantes con PP presentan un mayor riesgo de hemorragia posparto.

Histerectomía urgente.

Embolia de líquido amniótico.

## **h. Conclusiones**

1. Esta patología es más frecuente después de las 20 semanas de embarazo, causante de diferentes casos de morbilidad y mortalidad de la madre y el bebe.
2. El tipo más común de placenta previa total fue 5,2 % placenta previa total, además, 3,8 % tenía placenta previa parcial, 2,4 % tenía placenta acreta baja y 1,5 % tenía placenta previa en un centro de atención registrado.
3. La cesárea anterior fue encontrada en el 60,4% de las gestantes siendo esta la causa asociada a la presencia de placenta previa.

4. El periodo intergenésico corto es la segunda causa de presencia de placenta previa, respecto a los otros factores.
  
5. Para PP con manejo no intervencionista, el diagnóstico por ultrasonido y el uso de cesárea contribuyeron a la reducción de la morbilidad materna y fetal

## BIBLIOGRAFÍA

1. Munive E. Características de la Gestantes con Diagnóstico de Placenta Previa atendidas en el Hospital Regional de Huancavelica Zacarias Correa Valdivia 2017 [Internet] [Tesis para optar Título de Especialista en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico]. [Huancavelica]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2017 [citado 23 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://1library.co/document/qo5dj80y-caracteristicas-gestantes-diagnostico-placenta-atendidas-hospital-regional-huancavelica.html>
2. Mejía M. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes del Hospital San Bartolome 2018 [Internet] [Tesis para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia]. [Lima Perú]: Universidad San Martín de Porres; Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4775/mejia\\_cmm.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4775/mejia_cmm.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
3. Oscanoa A. Placenta Previa. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015;51(4):7.
4. Guisado L. Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa [Internet] [Tesis para Optar Título de Médico Cirujano]. [Lima Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2017. Disponible en: [https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/523/Guisado\\_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/523/Guisado_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
5. Ávila S, Alfaro T, Olmendo J. Placenta Previa. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR - HSJD [Internet]. 2017;6(3):10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>

6. Rivero Pérez Y, Gutiérrez Valdéz N, Romero Díaz C, Fragoso Rodríguez Y. Factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa: Hospital «Abel Santamaría Cuadrado», abril 2006- 2007. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. junio de 2009 [citado 15 de septiembre de 2021];13(2):185-94. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1561-31942009000200019&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942009000200019&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. OMS. Mortalidad materna [Internet]. 2018 [citado 17 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
8. Arizapana C. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca en el año 2018. [Internet] [Tesis para Optar Título de Médico Cirujano]. [Puno - Perú]: Universidad Nacional del Altiplano; 2019. Disponible en: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11190/Arizapana\\_Zamata\\_C%C3%A9sar\\_Abraham.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11190/Arizapana_Zamata_C%C3%A9sar_Abraham.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
9. Martínez VMM, Ríos SSJ. Guía para la elaboración de ensayos de Investigación (ensayo de un ensayo). 2006;7:18. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/342/34202605.pdf>
10. Gamboa Y. Guía para la escritura del ensayo. 2018;5(3):10. Disponible en: [https://www.unipiloto.edu.co/descargas/archivo\\_administracion\\_de\\_empresas/guia\\_ensayos.pdf](https://www.unipiloto.edu.co/descargas/archivo_administracion_de_empresas/guia_ensayos.pdf)
11. Jain V, Bos H, Bujold E. Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. J Obstet Gynaecol Can. julio de 2020;42(7):906-917.e1.

12. Mimbela. *Semiologia Obstetrica* [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2017 [citado 24 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/20576918/Semiologia-Obstetrica>
13. Mulla BM, Weatherford R, Redhunt AM, Modest AM, Hacker MR, Hecht JL, et al. Hemorrhagic morbidity in placenta accreta spectrum with and without placenta previa. *Arch Gynecol Obstet*. diciembre de 2019;300(6):1601-6.
14. Gibbins KJ, Einerson BD, Varner MW, Silver RM. Placenta previa and maternal hemorrhagic morbidity. *J Matern Fetal Neonatal Med*. febrero de 2018;31(4):494-9.
15. Carusi DA, Fox KA, Lyell DJ, Perlman NC, Aalipour S, Einerson BD, et al. Placenta Accreta Spectrum Without Placenta Previa. *Obstet Gynecol*. septiembre de 2020;136(3):458-65.
16. Darcia SÁ, Moya TA, Soriano JO. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Rev Clin Esc Med* [Internet]. 15 de agosto de 2016 [citado 17 de septiembre de 2021];6(3):11-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67315>
17. Quispelazo Ramos CE. Incidencia y factores de riesgos asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino. año 2018. Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet]. 2019 [citado 15 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2917>
18. Anderson-Bagga FM, Sze A. Placenta Previa. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539818/>

19. Rojas E, Salas K, Oviedo G, Plenzyk G. Incidencia y Factores de Riesgo Asociados al Óbito Fetal en 2 Hospitales Venezolanos. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2006 [citado 24 de agosto de 2019];71(1):26-30. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75262006000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262006000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
20. Véliz O F, Núñez S A, Selman A. A. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. Rev chil obstet ginecol [Internet]. noviembre de 2018 [citado 22 de septiembre de 2021];83(5):513-26. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000500513&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000500513&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
21. Fan D, Wu S, Liu L, Xia Q, Wang W, Guo X, et al. Prevalence of antepartum hemorrhage in women with placenta previa: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 9 de enero de 2017; 7:40320.
22. Uribe E. Diagnóstico y manejo de Anomalías en la Inserción Placenta Previa y Vasa Previa. 2019; 3:68. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/589GER.pdf>

## **ANEXOS**



## Diagnóstico y manejo de placenta previa

