



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

“ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES”

“RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE LA INTERRUCCIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO PLACENTARIO”

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA MATERNO FETAL

PRESENTA:

DRA. MARTHA IVETTE GUERRERO GONZÁLEZ

DRA. SANDRA ACEVEDO GALLEGOS

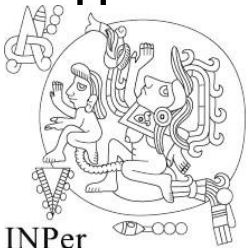
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Materno Fetal

DR. JOSE ANTONIO RAMIREZ CALVO

Asesor de Tesis

DR. OSVALDO MIRANDA ARAUJO

Asesor de Tesis y Asesor Metodológico



INPer

CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

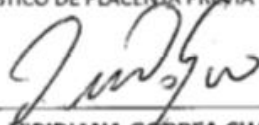
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE LA INTERRUPCIÓN
EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO PLACENTARIO



DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ

Directora de Educación en Ciencias de la Salud
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



DRA. SANDRA ACEVEDO GALLEGOS

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Materno Fetal
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



DR. JOSÉ ANTONIO RAMÍREZ CALVO

Director de tesis
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



DR. OSVALDO MIRANDA ARAUJO

Asesor Metodológico
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar infinito agradecimiento a Dios, a mí familia y a las personas que de forma incondicional me brindaron su apoyo para la realización de este trabajo de investigación.

- Dra. Sandra Acevedo Gallegos (INPer)
- Dr. José Antonio Ramírez Calvo (INPer)
- Dr. Arturo Alejandro Canúl Euan (INPer)
- Dra. María Amparo Morales Acuña (INPer)
- Dra. Diana Magdalena Esparza Valencia (INPer)

Dedicatoria

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorar la vida cada día más.

A mis padres por ser las personas que me han acompañado durante todo mi trayecto profesional y de mi vida, a mis hermanos que siempre me han apoyado en todo momento.

A mis maestros por su tiempo y apoyo en estos dos años de residencia que a su lado he aprendido mucho.

INDÍCE

Resumen en Español.....	05
Resumen en Ingles.....	05
Introducción.....	06
Material y métodos.....	06
Análisis estadístico.....	06
Resultados.....	07
Discusión.....	08
Conclusiones.....	10
Bibliografía.....	11
Anexos.....	13

“RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE LA INTERRUPCIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO PLACENTARIO”

RESUMEN

Introducción: Placenta previa y acretismo placentario son complicaciones potencialmente graves y pueden causar una morbilidad y mortalidad significativa por hemorragia postparto, la incidencia ha aumentado en las últimas cuatro décadas, datos recientes han demostrado que la endemia continua en aumento y se ha atribuido a la creciente prevalencia de cesáreas. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de determinar los resultados obstétricos y perinatales en pacientes con diagnóstico de placenta previa y acretismo placentario de acuerdo a la edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo, en el “Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes. Enero 2015 febrero 2019” **Resultados:** 87 pacientes (58.3%) fueron diagnosticadas con placenta previa, 59 (39.5%) pacientes con Placenta Previa Acreta y 3 (2%) pacientes con Placenta Acreta no previa. Las pacientes con diagnóstico de placenta previa, en 50% se interrumpieron antes de las 34 SDG, pacientes con placenta acreta el mayor porcentaje de complicaciones obstétricas se presentó en las pacientes que se interrumpieron a mayor edad gestacional en cambios los resultados neonatales adversos se presentaron en menor porcentaje en este grupo de pacientes. **Conclusiones:** En vista del aumento importante de la morbilidad obstétrica y perinatal en este grupo de pacientes, el momento de la interrupción del embarazo debe adaptarse al escenario clínico de cada paciente y requiere un balance cuidadoso optimizando los resultados tanto maternos como neonatales.

Palabras clave: Placenta previa y acreta, resultados adversos obstétricos y perinatales, momento de interrupción del embarazo.

SUMMARY

Introduction: Placenta previa and placenta accreta are potentially serious complications and can cause significant morbidity and mortality due to postpartum hemorrhage. The incidence has increased in the last four decades. Recent data have shown that the endemic continues to increase and has been attributed to the growing Prevalence of cesareans. **Methods:** A descriptive study was carried out with the objective of determining the obstetric and perinatal outcomes in patients with a diagnosis of placenta previa and placenta accreta according to gestational age at the time of delivery, in the “Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes. January 2015 February 2019. **Results:** 87 patients (58.3%) were diagnosed with placenta previa, 59 (39.5%) patients with Placenta Previa Accreta and 3 (2%) patients with Placenta Acreta no previa. Patients with a diagnosis of placenta previa, in 50% were interrupted before 34 SDG, patients with placenta accreta the highest percentage of obstetric complications occurred in patients who were interrupted at higher gestational age in changes adverse neonatal outcomes were presented in lower percentage in this group of patients. **Conclusions:** In view of the significant increase in obstetric and perinatal morbidity in this group of patients, the timing of the termination of pregnancy must be adapted to the clinical scenario of each patient and requires a careful balance optimizing both maternal and neonatal outcomes.

Keywords: Placenta previa y acreta, perinatal and maternal outcomes, timing of delivery.

INTRODUCCIÓN

Existe una creciente evidencia epidemiológica que demuestra que la incidencia de placenta previa y placenta acreta está aumentando en todo el mundo. Esto es más probablemente debido a las crecientes tasas de cesárea (10).

Placenta previa y placenta acreta son unas de las muchas causas de hemorragia obstétrica importante (5). Estudios han confirmado que estas entidades aumentan el riesgo de severos resultados adversos tanto para la madre como para el neonato. En general se ha asociado a múltiple morbilidad materna que incluye un mayor riesgo de hemorragia, histerectomía, transfusiones, daño a órgano diana entre otros (12).

La presencia de placenta previa y placenta acreta es un factor de riesgo independiente para mortalidad perinatal. Estudios han demostrado un aumento sustancial tanto en el riesgo de muerte fetal como neonatal.

El momento óptimo del parto en la placenta previa y placenta acreta es un tema importante que esta poco estudiado en la literatura. Diversas sociedades no ofrecen pautas oficiales y muchas de las recomendaciones son opuestas, en gran parte basadas en opiniones de expertos y se derivan de equilibrar el riesgo materno de continuar el embarazo con el riesgo asociado a la prematuridad en el neonato.

Por lo tanto el momento de la interrupción debe ser adaptado a cada escenario de circunstancias y basado en el riesgo individual de cada paciente.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes en el periodo enero 2015 y febrero 2019, de pacientes con diagnóstico de Placenta Previa y/o placenta acreta. No se requirió de cálculo de muestra ya que fue no probabilística, de casos consecutivos. Se incluyeron expedientes de pacientes con embarazo único que hayan sido atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología con diagnóstico de Placenta previo y/o placenta acreta y que tuvieran información completa en el expediente, se excluyeron pacientes que la indicación de cesárea haya sido por preeclampsia, RCIU o malformación fetal incompatible con la vida. La información sobre los antecedentes obstétricos y resultados adversos obstétricos y perinatales se recabó de los expedientes así como del expediente electrónico. Se formaron tres grupos (placenta previa // placenta acreta previa // placenta acreta no previa) y se describieron los resultados adversos obstétricos y perinatales de acuerdo a la edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo (antes de las 34 SDG, entre las 34-36.5 SDG y después de las 37 SDG).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se ingresaron en una base de Excel, donde se ingresaron las variables del estudio. Posteriormente se analizó utilizando un paquete estadístico SPSS versión 23. Se utilizó estadística descriptiva para las variables demográficas medidas de tendencia central (media) para variables cuantitativas.

RESULTADOS

Un total de 149 pacientes fueron incluidas en el estudio, según los hallazgos 87 pacientes fueron diagnosticadas con placenta previa, 59 pacientes con Placenta Acreta Previa y 3 pacientes con Placenta Acreta no previa (figura 1).

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS

La edad promedio de todas las pacientes incluidas en el estudio fue de 32.9 años, sin presentar diferencias importantes entre los tres grupos. En relación a los antecedentes ginecológicos, el 91% de todas las pacientes incluidas en el estudio fueron multigestas, presentando un mayor porcentaje en el grupo de pacientes con diagnóstico de placenta acreta (previa y no previa). El 8.4% de pacientes con diagnóstico de placenta acreta tenían antecedente de placenta previa. El 37.2% de pacientes con diagnóstico de placenta acreta previa tenían antecedente de legrado uterino. 39.5 % del total de pacientes tenían edad materna avanzada. (Tabla1).

RESULTADOS OBSTETRICOS ADVERSOS

Pacientes con placenta previa fueron un total de 87, de estas el 48.2% se interrumpieron a las 37 o más SDG. La Hemorragia obstétrica se presentó en el 37.9% del total de pacientes, con un mayor porcentaje de presentación (50%) en los embarazos que se interrumpieron antes de las 34 SDG. El 27% requirió de la transfusión de al menos un paquete globular con un mayor porcentaje 40% en el grupo de menos de 34 SDG.. En el grupo de pacientes con diagnóstico de placenta previa no se presentaron casos de muerte materna ni daño a órgano abdominal (tabla 2).

Un total de 59 pacientes incluidas en el estudio presentaron diagnóstico de *Placenta Acreta Previa*, de estas el 54.2% se interrumpió entre las 34-36 SDG. La Hemorragia obstétrica se presentó en 30 pacientes (52.5%) con un mayor porcentaje de presentación en el grupo de edad gestacional que se interrumpió después de las 37 SDG (76%). El 50.8% de pacientes requirió de al menos la transfusión de un paquete globular, las pacientes que se interrumpieron después de las 37 SDG presentaron un mayor porcentaje de transfusiones. Se realizó histerectomía obstétrica al 77% de todas las pacientes de este grupo, y las interrumpidas entre las 34-36.6 SDG tuvieron el mayor porcentaje de este evento. No se reportaron casos de muerte materna (tabla 2).

3 presentaron diagnósticos de *Placenta Acreta no Previa* que corresponden al 2%. La mayor morbilidad la presentó el grupo de pacientes que se interrumpió el embarazo menos de 34 SDG, presentado hemorragia obstétrica, transfusión sanguínea, histerectomía obstétrica e ingreso a UCIA principalmente.

RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS

En el grupo de pacientes con diagnóstico de Placenta previa, 19 neonatos fueron diagnosticados como pequeños para la edad gestacional, presentándose en mayor porcentaje en el grupo de edad gestacional que se interrumpió antes de las 34 SDG, el promedio de apgar al nacimiento fue de 8.8 en los tres grupos. El peso de los neonatos estuvo relacionado con la edad gestacional al momento de la interrupción, con una media general de 2284.6 g. El 50% de los neonatos que nacieron antes de las 34 SDG ingresaron a unidad de cuidados intensivos neonatales. Hubieron 2 muertes perinatales en una de ellas la paciente acudió a urgencias presentado muerte fetal intrauterina. (tabla 3) En pacientes con diagnóstico de placenta acreta previa el 18.3% de los neonatos de este grupo fueron clasificados como pequeños para edad gestacional, el promedio de apgar a los 5 minutos fue más bajo en aquellas que se interrumpieron antes de las 34 SDG. La media de peso en este grupo fue de 2239.9 g, presentando la media más baja el grupo de pacientes que el embarazo se interrumpió antes de las 34 SDG. El 42.8 % de los neonatos que nacieron antes de las 34 SDG ingresaron a unidad de cuidados intensivos neonatales y la muerte perinatal se presentó en el 3.3 % del total de pacientes. (Tabla 3)

DISCUSIÓN

El paso más importante para asegurarse que los pacientes con sospecha de placenta previa y placenta acreta se identifiquen antes del nacimiento es realizando un historial médico quirúrgico minucioso. Si bien los estudios de imagen pueden ser complementos útiles, todas las pacientes obstétricas deben ser examinadas en busca de factores de riesgos, cuya presencia debe alertar a los médicos a un mayor nivel de vigilancia.

Dentro de las características sociodemográficas, podemos observar que en nuestro estudio la media de edad fue de 32 años, y en un alto porcentaje eran mayores de 35 años, a como es reportado en la literatura donde la edad materna avanzada es considerada un factor de riesgo importante para placenta previa y placenta acreta(17,18).

El antecedente de cesárea previa también se considera como factor de riesgo importante para presentar placenta acreta. En nuestro estudio el antecedente de cesárea previa se presentó en el 67.1 % del total de pacientes y en el 94% de las pacientes catalogadas como placenta acreta previa y no previa, por lo tanto sería razonable considerar medidas para reducir la tasa de cesáreas sin aumentar el compromiso fetal.

En cuanto al antecedente de legrado uterino estudios recientes han demostrado una fuerte asociación entre una gama de procedimientos ginecológicos y el desarrollo de placenta acreta. David A. y col. Reportan una incidencia del 48 % de pacientes con antecedente de

legrado uterino. En nuestro estudio la incidencia fue del 54% por lo que podemos decir que nuestro resultado.(19)

En nuestro estudio se muestra que la morbilidad materna aumenta de forma importante en pacientes con diagnóstico de placenta previa, placenta acreta previa y no previa, esto ya está ampliamente descrito en la literatura (8,14,15)

En nuestros resultados observamos una reducción en la pérdida masiva de sangre y la transfusión de gran volumen de sangre en comparación de otros estudios. La media estimada de pérdida de sangre en pacientes con placenta acreta fue de 1786 ml, el 55 % de estas pacientes se clasifico como hemorragia obstétrica y el promedio de unidades transfundidas fue de 2.8. Galman A Kassem (17) en su estudio sobre resultados obstétricos reporto una media de pérdida sanguínea de 3000 ml y una media de unidades transfundidas de 7 Unidades. Una disminución de la pérdida hemática en nuestro estudio probablemente se deba al manejo multidisciplinario y las distintas intervenciones que se realizan para disminuir la perdida hemática, entre ellas el manejo expectante, en nuestro instituto.

Wright en su estudio retrospectivo de 77 pacientes con diagnóstico de placenta acreta reporta que se requirió de histerectomía en el momento de nacimiento en el 88.3% de las pacientes, muy similar a lo reportado en nuestro estudio en el cual se realizó histerectomía en el 77% del total de pacientes con diagnóstico de placenta acreta previa y no previa. (18)

Los efectos de un parto prematuro iatrogénico han sido bien establecidos (14), estos neonatos tienen mayor morbilidad y mortalidad debido a su inmadurez fisiológica y metabólica, en nuestro estudio el parto pretérmino se presentó en el 51% de las pacientes con diagnóstico de paciente previa así como un mayor porcentaje en la morbilidad neonatal, Jacques Balayla en un estudio de cohorte donde comparo los resultados neonatales en pacientes que se interrumpieron en el periodo pretérmino temprano (35, 36 SDG) y termino temprano (37-38 SDG) encontraron que la interrupción del embarazo en el periodo pre termino temprano estuvo más asociado a apgar bajo así como ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales. (4)

La morbilidad neonatal en nuestro estudio fue significativa el 62% de nuestras pacientes la cesárea se realizó antes de las 37 SDG y el 20% de los recién nacidos ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales.

La morbilidad fue más marcada antes de las 34 SDG, notamos que hubo una mejoría de la morbilidad neonatal, el peso al nacimiento, mejoras en los puntajes de apgar y menos ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales a medida que avanza la edad gestacional como es esperado. Esperar la resolución del embarazo desde antes de las 34 sdg hasta las 34-36.6 sdg resulto en un aumento de peso neonatal aproximadamente de 600 g y una disminución de los ingresos a unidad de cuidados intensivos neonatales por lo tanto la interrupción del embarazo entre las 34-36.6 SDG podría disminuir la morbilidad neonatal. Sin

embargo el obstetra debe equilibrar a los riesgos de la prematuridad neonatal frente a los beneficios de realizar una cesárea planificada.

Los diferentes estudios sobre asociaciones entre placenta previa y pequeño para la edad gestacional han sido inconsistentes desde moderado hasta sin riesgo por lo tanto no hay pruebas claras para implicar placenta previa como causa de pequeño para edad gestacional. Sari y colaboradores realizaron un estudio para valorar la asociación de pequeño para edad gestacional y placenta previa y ellos observaron que entre mujeres multíparas, placenta previa fue asociada en un aumento de dos veces con un OR de 2.08 (IC 1.50-2.89), en nuestro estudio el 20% de los neonatos fueron pequeños para edad gestacional mayor que lo reportado en la literatura. (16)

Las fortalezas de este estudio son la cantidad de pacientes incluidas en el estudio 149, los distintos estudios revisados contaban con un número menor de pacientes, y dentro de las limitaciones es que es un estudio de tipo descriptivo donde no se pueden buscar relaciones o asociaciones causales, sin embargo nuestros resultados pueden dar pie a hipótesis en relación a estas patologías y el momento de la interrupción.

CONCLUSIONES

Las pacientes con diagnóstico de placenta previa, presentaron en mayor porcentaje complicaciones tanto obstétricas como neonatales en el grupo que el embarazo se interrumpió antes de las 34 SDG.

Las pacientes con placenta acreta el mayor porcentaje de complicaciones obstétricas se presentó en las pacientes que se interrumpieron a mayor edad gestacional en cambios los resultados neonatales adversos se presentaron en menor porcentaje en este grupo de pacientes.

Por lo que, el momento de interrupción del embarazo debe adaptarse al escenario clínico de cada paciente y requiere un balance cuidadoso optimizando los resultados tanto maternos como neonatales.

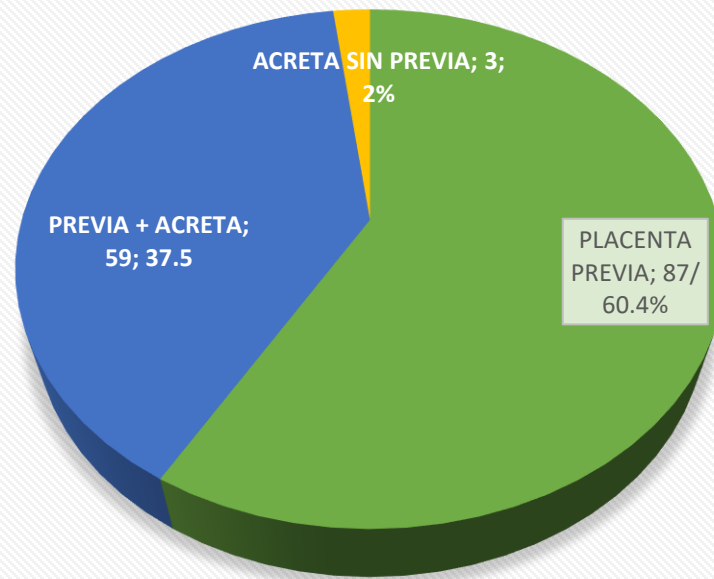
REFERENCIAS

1. Diagnóstico y Manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de prácticas clínicas.
2. Sean C.BlackwellMD. Timing of Delivery for Women with Stable Placenta Previa. Seminars in Perinatology Volume 35, Issue 5, October 2011, Pages 249-251.
3. Obstetric Care Consensus (Replaces Committee Opinion No. 529, July 2012 and SMFM Clinical Guideline #1, November 2010) I #7.
4. Jacques Balayla, Bi Lan Wo & Marie-Josée Bédard (2015) A late-preterm, early-term stratified analysis of neonatal outcomes by gestational age in placenta previa: defining the optimal timing for delivery, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 28:15, 1756-1761, DOI: [10.3109/14767058.2014.970529](https://doi.org/10.3109/14767058.2014.970529)
5. Merriam, A., & D'Alton, M. E. (2018). *Placenta Previa. Obstetric Imaging: Fetal Diagnosis and Care*, 455–458.e1. doi:10.1016/b978-0-323-44548-1.00106-6
6. Cresswell J, Ronsmans C, Calvert C, et al. Prevalence of placenta previa by world region: a systemic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*. 2013;18:712-7.
7. Crane JM, Van den Hof MC, Dodds L, Armson BA, Liston R. Maternal complications with placenta previa. *Am J Perinatol* 2000;17:101e5.
8. Marya G. Zlatnik, Yvonne W. Cheng, Mary E. Norton, Mari-Paule Thiet, & Aaron B. Caughey. Placenta previa and the risk of preterm delivery. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, October 2007; 20(10): 719–723
9. Ananth, C. V., Smulian, J. C., & Vintzileos, A. M. (2003). *The effect of placenta previa on neonatal mortality: A population-based study in the United States, 1989 through 1997. American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(5), 1299–1304.doi:10.1067/mob.2003.76.
10. Collins SL, Alemdar B, van Beekhuizen HJ, Bertholdt C, On behalf of the International Society for Abnormally Invasive Placenta (IS-AIP), Evidence-based guidelines for the management of abnormally-invasive placenta (AIP): recommendations from the International Society for AIP, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2019), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.054>.
11. Jauniaux E, Chantraine F, Silver Rm, Langhoff-Roos J, DIAGNOSIS FPA, MANAGEMENT EXPERT CONSENSUS P. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology. *Int J Gynaecol Obstet* 2018;140:265-73.
12. Whitney Booker MD , Leslie Moroz MD , Abnormal Placentation, *Seminars in Perinatology* (2018), doi: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.11.009>.
13. Robinson BK, Grobman WA. Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. *Obstet Gynecol*. 2010;116(4):835-842.
14. Carri R. Warshak, MD, Gladys A. Ramos, MD, Ramez Eskander, Effect of Predelivery Diagnosis in 99 Consecutive Cases of Placenta Accreta. *Obstet Gynecol* 2010;115:65–

15. Junichi Hasegawa, Masamitsu Nakamura, Shoko Hamada, Ryu Matsuoka, Kiyotake Ichizuka, Akihiko Sekizawa, Takashi Okai. Prediction of hemorrhage in placenta previa. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 51 (2012) 3-6.
16. Räisänen, S., Kancherla, V., Kramer, M. R., Gissler, M., & Heinonen, S. (2014). *Placenta Previa and the Risk of Delivering a Small-for-Gestational-Age Newborn. Obstetrics & Gynecology, 124(2, PART 1), 285–291.*
17. Gamal AKassem Ali K Alzahrani, Maternal and neonatal outcomes of placenta previa and placenta accreta: three years of experience with a two-consultant approach. Department of Obstetrics and Gynecology, 2Neonatal Intensive Care Unit, King Abdul-Aziz Specialist Hospital, Taif, Kingdom of Saudi Arabia
18. Wright JD, Pri-Paz S, Herzog TJ, et al. Predictors of massive blood loss in women with placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:38.e1-6.
19. Miller, D. A., Chollet, J. A., & Goodwin, T. M. (1997). *Clinical risk factors for placenta previa–placenta accreta. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 177(1), 210–214.*doi:10.1016/s0002-9378(97)70463-0

ANEXOS

ANOMALÍA DE INSERCIÓN PLACENTARIA



■ PLACENTA PREVIA

■ PREVIA + ACRETA

■ ACRETA SIN PREVIA

Figura1. Distribución de acuerdo al diagnóstico.

	Placenta Previa 87 58.3%	Acreta Previa 59 39.5%	Acreta no Previa 3 2.0%	TOTAL 149 100%
Edad (años) * Media.	33.19	32.75	32.3	32.9
Multigestas (n,%)	75 86.3%	58 98.3%	3 100%	136 91%
Antecedente de placenta previa (n,%)	2 2.2%	5 8.4%	0 0%	5 3.3%
Antecedente de cirugía ginecológica(n,%)	2 2.2%	1 1.9%	0 0%	3 2.01%
Antecedente de Legrado uterino. (n,%)	20 22.9%	22 37.2%	2 66.6%	44 29.5%
Cesárea previa (n,%)	44 50%	53 94%	3 100%	100 67.1%
Edad materna avanzada (n,%)	36 40.0%	22 39.2%	1 33.0%	59 39.5%
Patologías maternas asociadas (n,%)	18 20.6%	8 13.5%	0 0%	26 17.4%

Tabla 1. Características obstétricas de pacientes con diagnóstico de placenta previa// placenta acreta previa // placenta acreta no previa.

	PLACENTA PREVIA				PLACENTA ACRETA + PREVIA			
	< 34 10 11.4%	34-36.6 35 40.2%	≥ 37 42 48.2%	TOTAL 87 100%	< 34 14 23.7 %	34-36.6 32 54.2%	≥ 37 13 24.0%	TOTAL 59 100%
H. OBST (N,%)	5 50%	11 31.4%	17 40.4%	33 37.9%	6 42.8%	15 46.8%	10 76%	31 52.5%
T. SANG (N,%)	4 40%	8 22.8%	12 28.5%	24 27.5%	6 42.8%	15 46.8%	9 69.2%	30 50.8%
HTO (N,%)	5 50%	7 20%	8 19.0%	20 22.9%	8 57.1%	27 84.3%	10 76.9%	45 76.9%
I UCI (N,%)	3 30%	2 5.7%	7 16.6%	12 13.7%	7 50%	11 43.3%	6 46.1%	24 42.8%
MM (N,%)	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
VM (N,%)	2 20%	0 0%	0 0%	2 2.2%	2 14.2%	0 0%	1 7.6%	3 5.3%
DAÑO OD (N:2)	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 7.1%	4 12.5%	3 23%	8 15.5%

Tabla 2. Resultados obstétricos adversos en pacientes con diagnóstico de placenta previa placenta acreta previa de acuerdo a la edad gestacional de interrupción. H. OBST (hemorragia osbstrétrica). T.SANG (transfusión sanguínea). HTO (histerectomía obstétrica. I UCI(ingreso a unidad de cuidados intensivos). MM (muerte materna). VM (ventilación mecánica). DAÑO OD (daño a órgano diana)

	PLACENTA PREVIA				PLACENTA ACRETA + PREVIA			
	< 34	34-36.6	≥ 37	TOTAL	< 34 SDG	34-36.6	≥ 37	TOTAL
	10	35	42	87	14	32	13	59
	11.4%	40.2%	48.2%	100%	23.7 %	54.2%	24.0%	100%
SGA (n,%)	4 40%	8 22.8%	7 16.6%	19 21.8%	5 35.7 %	3 9.3%	3 23%	11 18.3%
Apgar *(media)	8.8*	8.8*	8.9 *	8.8	6.6	8.9	8.8	8.8
Peso al nacer *(media)	1993.6 g	2575.6 g	2873.6 g	2284. 6g	1465.42 g	2595.7 g	2658.7 g	2239.9g
Ingreso a UCIN (n,%)	5 50%	2 5.7%	3 7.1% %	10 11.4%	6 42.8%	2 6.2%	0 0%	8 13.5%
Muerte perinatal (n,%)	2 20%	0 0%	0 0%	2 2.2%	2 14,2%	0 0%	0 0%	2 3.3%

Tabla 3. resultados perinatales adversos en pacientes con diagnóstico de placenta previa placenta acreta previa de acuerdo a la edad gestacional de interrupción

