

Tratamiento de la placenta previa y sus resultados perinatales en el Hospital General de Zona No. 20

Pérez-Huerta Andrés E¹, Martínez-Marín DG², López-Díaz F², Corona-Alvarado E², De La Luz-Ochoa Y²

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona No. 20

² Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General Regional No. 36

Resumen

Introducción: La placenta previa es la presencia de tejido placentario sobre el segmento uterino inferior cubriendo parcial o totalmente la luz del orificio cervical interno siendo una de las principales causas de hemorragia obstétrica, y cuyo tratamiento es la interrupción de la gestación por cesárea. **Objetivos:** Describir el tratamiento de la placenta previa y sus resultados perinatales en el Hospital General de Zona No. 20 “La Margarita” **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, homodémico, unicéntrico, estudiando expedientes de pacientes con el diagnóstico de placenta previa. **Resultados:** Se estudiaron 30 expedientes de pacientes con el diagnóstico de placenta previa en el periodo de enero 2018 a diciembre 2019, el rango de edad de las pacientes fue de 20 a 44 años, 23% se interrumpieron de urgencia, el sangrado promedio fue de 2000 ml, a 36% pacientes se realizó histerectomía obstétrica, 63% ameritaron hemotransfusión, 23% ingresaron a unidad de cuidados intensivos y no hubo muertes maternas. La complicación perinatal más frecuente fue diestrés respiratorio, 43% recién nacidos ingresaron al cuero patológico y no hubo muertes neonatales al nacimiento. **Conclusión:** El tratamiento de la placenta previa en el grupo estudiado de pacientes fue manejo conservador en 73% e interrupción de la gestación de urgencia en el 27% restantes, en cuanto a los resultados perinatales la mortalidad materna fue del 0% y la mortalidad perinatal del 4%.

Abstract

Introduction: Placenta previa is the presence of placental tissue on the lower uterine segment, partially or completely covering the lumen of the internal cervical os, being one of the main causes of obstetric hemorrhage, and whose treatment is the interruption of pregnancy by cesarean section. **Objective:** Describe the treatment of placenta previa and its perinatal results at Hospital General Zona No. 20 “La Margarita”. **Material and methods:** An observational, descriptive, cross-sectional, retrospective, homodemic, single-center study was carried out, studying patient records with diagnosis of placenta previa. **Results:** 30 records of patients with the diagnosis of placenta previa were studied in the period from January 2018 to December 2019, the age range of the patients was 20 to 44 years, 23% were terminated urgently, the average bleeding was 2000 ml, 36% underwent obstetric hysterectomy, 63% required hemotransfusión, 23% were admitted to the intensive care unit and there were no maternal deaths. The most frequent perinatal complication was respiratory distress, 43% of newborns were admitted to the pathological nursery and there were no neonatal deaths at birth. **Conclusion:** The treatment of placenta previa in the studied group of patients was conservative management in 73% and emergency termination of pregnancy in the remaining 27%. Regarding perinatal results, maternal mortality was 0% and perinatal mortality was 4%.

Palabras Clave: Placenta previa, hemorragia obstétrica, mortalidad materna, mortalidad perinatal

Keywords: Placenta previa, obstetric hemorrhage, maternal mortality, perinatal mortality

1. ANTECEDENTES

De acuerdo con la Dirección General de Epidemiología y el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en México, la hemorragia obstétrica se encuentra como tercera causa de muerte materna en nuestro país hasta la semana epidemiológica número 44 de 2020 y las alteraciones del sitio de inserción de la placenta, representadas en su mayoría por la placenta previa, se consideran una de las principales causas de la hemorragia de la segunda mitad de la gestación y potencialmente capaz de desarrollar hemorragia obstétrica ante, trans y postparto en el 12% de los casos.

La placenta previa se define como la implantación anormal de tejido placentario sobre el segmento uterino inferior que puede o no encontrarse recubriendo parcial o totalmente la luz del orificio cervical interno con incidencia de aproximadamente 1.28%, complicando alrededor de 1 de cada 100 a 200 embarazos y prevalencia de hasta 4 a 5 por cada 1000 gestaciones a nivel mundial y a través del incremento en el uso y perfeccionamiento de las técnicas imagenológicas por ultrasonografía en años recientes se ha permitido un mejor entendimiento y clasificación de las alteraciones de inserción placentaria reduciéndose a dos entidades que se caracterizan en la inserción de la placenta por debajo del límite superior del segmento inferior, placenta previa cuando el borde inferior de la placenta se encuentra ocluyendo parcial o totalmente la luz del orificio cervical interno, y placenta de inserción baja que localiza el borde inferior placentario implantado a una distancia menor de 2 cm y no mayor de 3.5 cm del orificio cervical interno.

La causa de las alteraciones de la inserción placentaria se encuentra relación principalmente con una lesión endometrial previa o la presencia de cirugías y cicatrices uterinas, primiparidad a edad materna por arriba de los 39 años, raza negra, antecedente de placenta previa, multiparidad, embarazo múltiple con bicorionicidad, periodo intergenésico menor a un año o mayor a 4 años, feto hombre, tabaquismo y consumo de sustancias nocivas, técnicas de reproducción asistida y aborto previo manejado con evacuación quirúrgica de la cavidad uterina instrumentada.

Se requiere de un ambiente rico en oxígeno y colágeno para que el cigoto se implante de forma adecuada en el endometrio y una vez formado el blastocito, las células del trofoblasto se adhieran a la capa basal del endometrio, sin embargo la presencia de una cicatriz representa un sitio con mayor cantidad de fibras de colágeno y de mayor aporte de oxígeno para la adherencia del trofoblasto comparado con el fondo o las paredes del cuerpo uterino, siendo esta la explicación más aproximada de porque al adherirse en este lugar la placenta cubrirá el orificio cervical interno o invadirá el miometrio. Hasta el 90% de las placentas de inserción baja corregirán durante el tercer trimestre secundario al tropotropismo placentario junto con el aumento en la distensión y tamaño de las fibras miometriales donde el segmento uterino inferior se alargará de 5 mm a las 20 semanas de gestación hasta 5 cm a término, reubicando el borde inferior de la placenta a una mayor distancia del orificio cervical interno.

La presentación clínica en un 70-80% es la presencia de hemorragia transvaginal rojo rutilante súbita e indolora de mínima a abundante cantidad previo a las 30 semanas de gestación. El diagnóstico de placenta previa se sospecha en pacientes gestantes que presentan hemorragia transvaginal posterior a las 20 semanas de gestación y se confirma a través de evaluación ultrasonográfica transvaginal definiendo la relación del sitio de implantación del borde inferior de la placenta y el orificio cervical interno con sensibilidad del 87.5%, especificidad del 98.8%, valor predictivo positivo del 93.3% y valor predictivo negativo del 97.6%.

Dentro de las principales asociaciones mórbidas a la placenta previa encontramos las alteraciones del espectro del acretismo placentario, trabajo de parto pretérmino con o sin ruptura de membranas, parto pretérmino, distocia de presentación, restricción del crecimiento intrauterino, vasa previa e inserción velamentosa del cordón umbilical, anomalías congénitas y embolia de líquido amniótico.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, transversal, ambielectivo, homodémico y unicéntrico en el Hospital General de Zona No. 20 “La Margarita” del Instituto Mexicano del Seguro Social, con expedientes de pacientes con el diagnóstico de placenta previa que ingresaron al servicio de ginecología y obstetricia el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2019.

La elección de expedientes a estudiar estuvo determinada por los criterios de selección. Criterios de inclusión: Expedientes clínicos de pacientes quienes se hayan encontrado hospitalizadas con los diagnósticos de placenta de inserción baja y placenta previa, expedientes de pacientes en estado grávido con gestación única o múltiple a partir de las 22 semanas de gestación que ingresaron al servicio de ginecología y obstetricia en el periodo de estudio con o sin presencia de sangrado del segundo trimestre con el diagnóstico de placenta previa con y sin patología previa. Criterios de eliminación: Expedientes de pacientes quienes solicitaron egreso hospitalario voluntario, expedientes de pacientes quienes hayan sido trasladadas a otra unidad, expedientes clínicos con información incompleta.

El tipo de muestra fue no probabilístico, se analizaron los expedientes clínicos de todas las pacientes que ingresaron al servicio de ginecología y obstetricia con el diagnóstico de placenta de inserción baja y placenta previa durante el periodo de estudio.

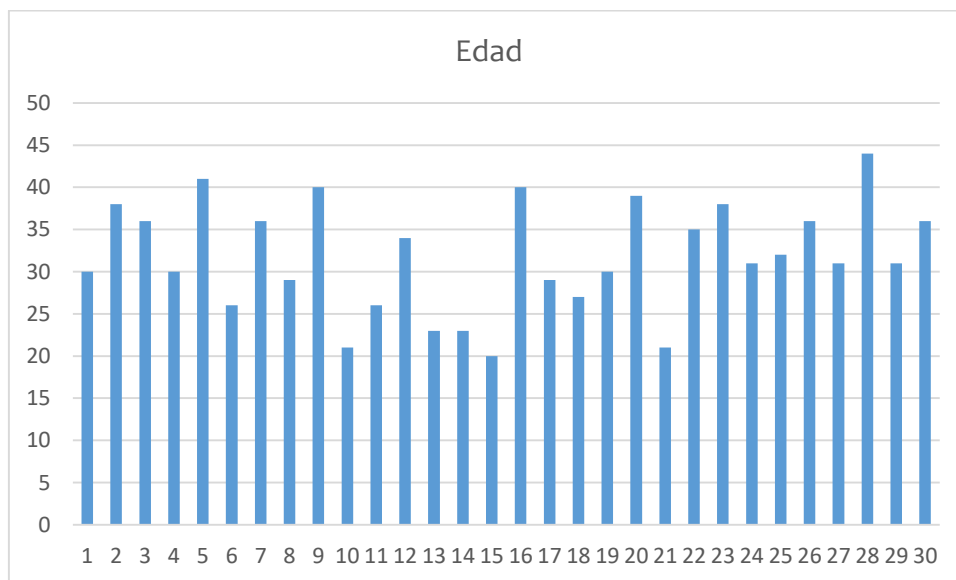
El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva de datos numéricos (media) y categóricos (proporciones). Para el análisis de los datos se utilizó hoja de cálculo Excel.

3. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Esta investigación fue aprobado y autorizado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud (R-2020-2108-031) teniendo estricto apego a lo determinado por las leyes de nuestro país, lo establecido por la Ley General de salud en materia de investigación y Normas Internacionales.

4. RESULTADOS

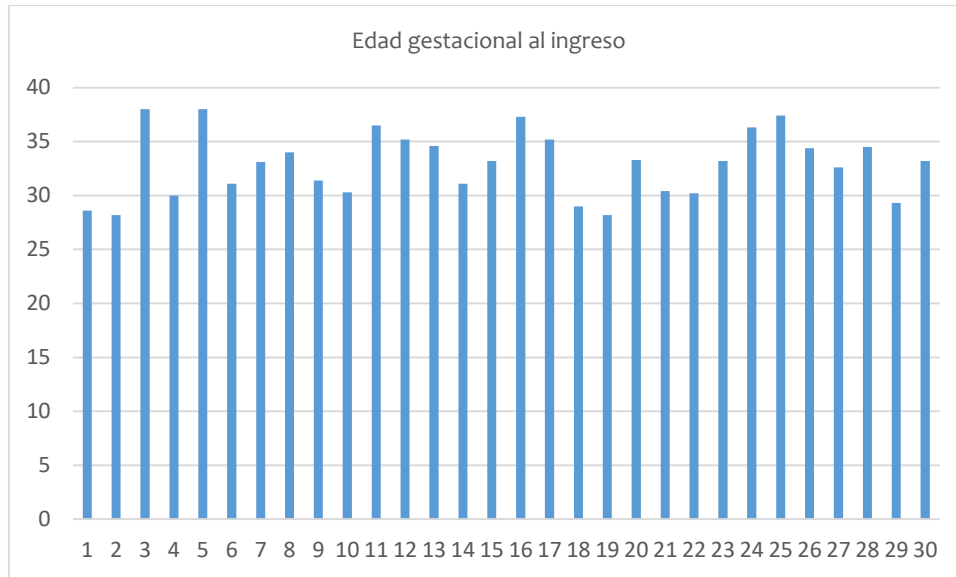
Se analizaron de 30 expedientes de pacientes que se registraron con el diagnóstico de placenta previa. Las pacientes estudiadas se encontraron en un rango de edad de 20 a 44 años con edad promedio de 31.7 años. (Gráfica 1).



Gráfica 1. Edad de las pacientes incluidas en el estudio

Del total, 8 (26.6%) de las pacientes contaban con alguna comorbilidad materna, siendo diabetes gestacional en 4 (50%), hipotiroidismo en el 2 (25%), infección de vías urinarias en el 1 (12.5%), síndrome de anticuerpos antifosfolípidos en el 2 (25%) y púrpura trombocitopénica idiopática en el 1 (12.5%) de los casos obtenidos del diagnóstico de ingreso al servicio de tococirugía.

La gestación en curso se caracterizó de acuerdo a la edad gestacional, que se dató en función a la fecha de última menstruación en 27 pacientes (90%) y en 3 pacientes (10%) por el primer ultrasonido reportado en el expediente, siendo al momento del ingreso la mínima de 28.2 semanas, a máxima de 38 semanas y en promedio de 33.2 semanas de gestación (Gráfica 2).



Gráfica 2. Edad gestacional datada al momento del ingreso al servicio

En el 12 (40%) de los casos se reportó como motivo de envío e ingreso a urgencias de obstetricia el antecedente de sangrado transvaginal escaso a moderado, rojo rutilante, en domicilio, mismo que se mantuvo presente en el 4 (10%) de los casos en la valoración inicial, 1 de los casos (2.3%) reportó curso de trabajo de parto.

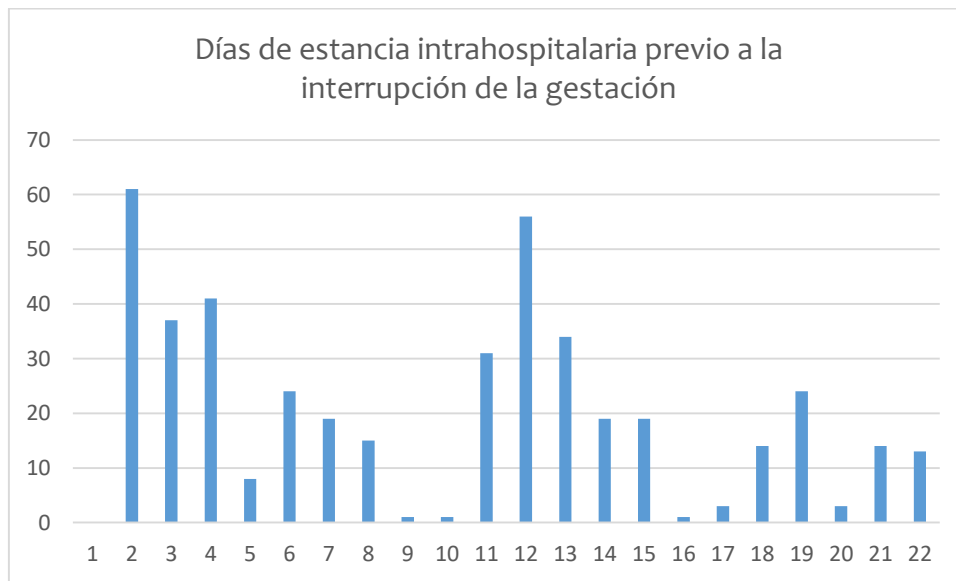
Dentro del escenario obstétrico 24 de las pacientes (80%) conocía las características de su placentación de ultrasonidos previos siendo placenta previa en el 17 (70.8%), placenta de inserción baja en 2 (8.3%), placenta corporal anterior en el 4 (16.6%) y placenta previa con probable acretismo placentario en el 1 (4.1%) de los casos, corroborando en 23 pacientes (76%) a través de ultrasonido transvaginal en nuestro servicio, reportando placenta previa en 15 (65%), placenta de inserción baja en 3 (13%), placenta corporal anterior en 1 (4.3%), placenta previa con probable acretismo placentario en el 2 (8.6%) y confirmando placenta previa con acretismo placentario en 2 (8.6%) de los casos estudiados (Tabla 1).

Tabla 1. Diagnóstico ultrasonográfico en las pacientes consideradas en nuestro estudio previo y posterior a su ingreso al servicio

	Diagnóstico ultrasonográfico de placentación previo a su ingreso	Diagnóstico ultrasonográfico de placentación en el servicio
Placenta previa	17	15
Placenta de inserción baja	2	3
Placenta previa + acretismo placentario.	-	2
Placenta previa + probable acretismo placentario.	1	2
Placenta corporal anterior	4	1

Se evaluó el manejo inicial en el área de tococirugía de las 30 pacientes, donde en 7 pacientes (23.3%) se determinó necesidad de interrupción urgente de la gestación, teniendo la oportunidad en 23 pacientes (76.6%) de ingresar a hospitalización y llevar a cabo manejo conservador en el área de hospitalización en ausencia de emergencia obstétrica y en ningún caso se otorgó manejo ambulatorio en domicilio.

En cuanto a las 23 pacientes que recibieron manejo conservador se les estudió el número de días de estancia y prolongación de la gestación en hospitalización antes de realizar la interrupción de la gestación, siendo como mínimo 1, máximo 61 y un promedio de 20 días, 1 paciente (3.3%) del grupo que ingresó a hospitalización manifestó sangrado transvaginal por lo que se indicó interrupción inmediata (Gráfica 3).



Gráfica 3. Días promedio de hospitalización y prolongación de la gestación en las pacientes a quien se decidió otorgar manejo conservador

De las pacientes restantes, 17 (80.9%) recibieron y completaron curso de maduración pulmonar fetal con dexametasona 24 mg en 48 horas mientras que en 4 (19%) se interrumpió la gestación sin su administración.

De las 22 pacientes que se mantuvieron en hospitalización para recibir manejo conservador, 7 pacientes (31.8%) consiguieron las condiciones materno fetales para programar la interrupción de la gestación cerca del término

o al término de la gestación, 14 (68.1%) cursaron con alguna complicación durante su estancia hospitalaria que ameritó llevar a cabo la interrupción de la gestación de forma urgente, siendo el sangrado transvaginal abundante la indicación en 8 casos (50%), en 3 pacientes (18.7%) el sangrado se acompañó de actividad uterina y en 1 (6.2%) de hipomotilidad fetal, se reportó como indicación de interrupción de la gestación de forma urgente la ruptura prematura de membranas, hipertensión gestacional descontrolada y la presencia de actividad uterina regular sin sangrado transvaginal concomitante en 1 paciente (6.2%) respectivamente.

La edad gestacional al momento de la indicación de urgencia para interrupción de la gestación en pacientes que cursaban con manejo conservador en hospitalización correspondió como mínima de 30.4 semanas, máxima de 39.3 semanas y un promedio de 34.4 semanas de gestación, así como en los casos que se logró interrumpir la gestación de forma programada fue la mínima de 35.4 semanas, la máxima de 38 semanas y un promedio de 38.5 semanas de gestación (Tabla 2).

Tabla 2. Edad gestacional al momento de la interrupción de la gestación de las pacientes que se encontraban recibiendo manejo conservador en el área de hospitalización

Edad gestacional datada al momento de la interrupción en pacientes que cursaron con manejo conservador en hospitalización			
	Mínimo	Máximo	Media
Indicación de interrupción por urgencia	30.4	39.3	34.4
Sin indicación de interrupción urgente	35.4	38	38.5

En el total de los casos la interrupción se llevó a cabo a través de operación cesárea, las técnicas quirúrgicas que se realizaron fueron en 14 pacientes (46%) histerotomía tipo Kerr, en 8 pacientes (26%) histerotomía tipo Beck, en 3 pacientes (16%) histerectomía-cesárea, en 1 paciente (6.6%) acompañando la histerectomía-cesárea con ligadura de arterias hipogástricas, en 1 paciente (3.3%) histerotomía Kerr y desarterialización de arterias uterinas, en 1 paciente (3.3%) histerotomía Beck y desarterialización selectiva de arterias uterinas y en 1 paciente (3.3%) histerotomía Kerr + ligadura de arterias hipogástricas.

19 pacientes (63%) presentaron complicaciones transoperatorias, 8 pacientes (26%) acretismo placentario, 2 pacientes (6.6%) sangrado del lecho placentario, 2 pacientes (6.6%) atonía uterina, 3 pacientes (10%) placenta previa como hallazgo al realizar la histerotomía Kerr, 2 pacientes (6.6%) placenta percreta y 1 paciente (3.3%) cursó con lesión vesical. En 2 pacientes (10%) que presentaron alguna complicación transoperatoria no hubo la necesidad de realizar ninguna técnica quirúrgica complementaria para su resolución, en las 18 pacientes restantes (90%) ameritaron la realización de alguna técnica quirúrgica complementaria para resolverla, siendo histerectomía subtotal en 2 pacientes (11.1%), histerectomía total en 9 pacientes (61%), histerectomía total acompañada de empaquetamiento tipo Mickulicz en 2 pacientes (11.1%), desarterialización de arterias uterinas en el 2 pacientes (11.1%), administración de úterotónicos y realización de sutura uterina de compresión externa en 2 pacientes (11.1%) e interconsulta al servicio de urología en 1 paciente (5%) para reparación del daño vesical.

La hemorragia obstétrica se reportó en 14 casos (46%), 4 (28.5%) durante el curso de la interrupción de la gestación programada determinando un sangrado máximo de 4500 ml, mínimo de 1050 ml y un promedio de 2475 ml en este grupo y un sangrado máximo de 2800 ml, mínimo de 1100 ml y un promedio de 1810 ml cuando se trató de las 10 (71.5%) interrupciones urgentes de la gestación que la presentaron. (Tabla 3).

Tabla 3. Presencia de hemorragia obstétrica durante la interrupción de la gestación de las pacientes consideradas en nuestro estudio y estimación aproximada del sangrado

Presencia de hemorragia obstétrica (14 pacientes)			
Grupo de interrupción de la gestación sin indicación urgente.	4		
Grupo de interrupción de la gestación con indicación de interrupción urgente.	10		
Cuantificación del sangrado (ml)			
	Mínimo	Máximo	Promedio
Grupo de interrupción de la gestación sin indicación urgente.	1050	4500	2475
Grupo de interrupción de la gestación con indicación de interrupción urgente.	1100	2800	1810

Se observó la necesidad de recibir apoyo hemotransfusional en 19 pacientes (63%), de las cuales 15 (78.9%) correspondieron al grupo con indicación de interrupción de la gestación de forma urgente y 4 pacientes (21%) sin indicación urgente para interrupción de la gestación, administrando en promedio de 3 paquetes globulares, 4 plasmas frescos congelados, y 7 concentrados plaquetarios (Ver tabla 4).

Tabla 4. Promedio de hemoderivados administrados en que ameritaron hemotransfusión posterior a la interrupción de la gestación

Apoyo hemotransfusional administrado			
	Mínimo	Máximo	Media
Paquete globular	1	8	3
Plasma fresco congelado	1	10	4
Concentrado plaquetario	5	11	7

7 pacientes (23.3%) ameritó ingreso a la unidad de cuidados intensivos reportando los días de estancia en el servicio como máximo de 9, mínimo de 1 y un promedio de 3.1 días. Posterior a su egreso del servicio de unidad de cuidados intensivos su estancia en hospitalización de obstetricia fue máximo de 6, mínimo de 2 y un promedio de 3.8 días.

En última instancia se evaluaron los resultados perinatales del manejo e interrupción de la gestación, en 29 (96.6%) de los casos se obtuvieron recién nacidos vivos, 15 (50%) mujeres y 14 (46.6%) hombres, con peso mínimo de 750, máximo de 3320 y un promedio de 2275 gr, talla mínima de 33, máxima de 52 y un promedio de 45.5 cm, obteniendo un promedio de APGAR de los recién nacidos vivos al minuto de 7 y a los cinco minutos de 8 y edad gestacional mínima de 26, máxima de 39 y un promedio de 35.2 semanas en los 22 casos en los que la gestación fue interrumpida de forma urgente antes de las 36 semanas de la gestación y observado un peso mínimo de 2220, máximo de 3170 y un promedio de 2687 gr, talla máxima de 50, mínima de 45 y un promedio de 47.2 cm, obteniendo un promedio de APGAR de 8 al minuto y 8 a los cinco minutos y edad gestacional mínima de 35, máxima de 39 y promedio de 36.6 semanas en los 8 casos que se logró prolongar la gestación a partir de la semana 36 de la gestación; se observan de forma general que el destino más frecuente del recién nacido es el cunero patológico y que de las complicaciones al nacimiento la dificultad respiratoria es la más frecuentemente reportada (Ver tabla 5).

Tabla 5. Resultados perinatales

Resultados perinatales			
Sexo			
Hombre	14		
Mujer	15		
Peso al nacimiento (gr)			
	Mínimo	Máximo	Media
Grupo que ameritó interrupción de la gestación urgente	1300	3320	2352
Grupo que ameritó interrupción de la gestación sin urgencia	2220	3170	2687
Talla al nacimiento (cm)			
	Mínimo	Máximo	Media
Grupo que ameritó interrupción de la gestación urgente	37	52	46.1
Grupo que ameritó interrupción de la gestación sin urgencia	45	50	47.2
Edad gestacional			
	Mínimo	Máximo	Promedio
Grupo que ameritó interrupción de la gestación urgente	31	39	35.3
Grupo que ameritó interrupción de la gestación sin urgencia	35	39	36.6
Calificación de APGAR			
	Promedio 1 minuto	Promedio 5 minutos	
Grupo que ameritó interrupción de la gestación urgente	7	8	
Grupo que ameritó interrupción de la gestación sin urgencia	8	8	
Destino			
	Alojamiento conjunto	Cunero patológico	Unidad de cuidados intensivos neonatales
Grupo que ameritó interrupción de la gestación urgente	7	9	5
Grupo que ameritó interrupción de la gestación sin urgencia	3	4	1
Complicaciones al nacimiento (17)			
Dificultad respiratoria	12		
Peso bajo al nacimiento	1		
Paro cardiorrespiratorio	1		
Deglución de sangre materna	1		
Otras complicaciones por prematuridad	2		

5. DISCUSIÓN

La Dirección General de Epidemiología cerró el año 2022 reportando 664 muertes maternas, de las cuales el 17.4% correspondió por causa directa a hemorragia obstétrica; para la semana epidemiológica 7 de 2023 se refieren 70 muertes maternas, 21.4% reportadas por hemorragia obstétrica, tomando peso en el interés en la búsqueda de áreas de oportunidad en pro de la disminución de la mortalidad materna por esta causa.

Del grupo de pacientes que se estudiaron no deja de llamar la atención recibir 4 casos de paciente primigesta en quienes no se identificaron factores de riesgo para desarrollo de placenta previa, así como la presencia de comorbilidades endócrinas y reumatológicas en 8 pacientes gestantes de nuestro grupo etario de 31 años en promedio.

De acuerdo con los datos clínicos de la obstetricia clásica y lo reportado en nuestro estudio en la mayoría se observa relación en el motivo de ingreso a nuestro servicio e interrupción urgente de la gestación antes de la semana 34 a la presencia de sangrado transvaginal en la segunda mitad de la gestación espontáneo, rojo rutilante, sin actividad uterina, de moderado a abundante e indoloro en promedio hacia las 33 semanas de la gestación, corroborando el diagnóstico en el mayor de los casos a través de ultrasonografía endovaginal; a su vez se pudo observar un resultado favorable de las acciones del control prenatal a través de la orientación y comprensión de los datos de alarma obstétrica que indican acudir de forma inmediata al servicio de urgencias obstetricia.

En el área de hospitalización el manejo conservador del grupo de pacientes estudiadas se apegó a la administración de esteroide en gestantes menores de 34 semanas, vigilancia del crecimiento y bienestar y crecimiento fetal, la disponibilidad vigente de hemoderivados en banco de sangre hasta la interrupción de la gestación, sin embargo, sólo en 8 de las pacientes se logró la programación quirúrgica de la semana 36 hasta la semana 38 de la gestación.

De las complicaciones reportadas hacía el final o durante la resolución de la gestación se señalan en especial a la ruptura prematura de membranas, prematuridad, hemorragia severa, hemorragia postparto, e histerectomía urgente, mismas que también se identificaron en nuestra población de estudio, de acuerdo con esta evidencia se deberá mantener la vigilancia y anticiparse a su desarrollo durante el manejo conservador en hospitalización y el manejo quirúrgico al resolver la gestación.

Existen dos metas en el manejo de la paciente con sangrado agudo, las cuales son determinar si la interrupción de la gestación está indicada y salvaguardar la estabilidad hemodinámica de la madre; se considera que en esta unidad hospitalaria se mantiene apego a ambas metas, determinando el momento y la necesidad de interrupción de la gestación en presencia de complicaciones, el mantenimiento del estado hemodinámico de la madre o su corrección y estabilidad en unidad de cuidados intensivos en las pacientes que lo ameritan.

La literatura internacional describe distintas técnicas quirúrgicas aprobadas o en protocolo para el manejo de la interrupción de la gestación y de las complicaciones por presencia de placenta previa como la embolización selectiva de arterias uterinas con apoyo radiológico, observando que en nuestro hospital a pesar de las limitaciones de recursos e infraestructura no se reportan muertes maternas en las pacientes se sometieron a interrupción de la gestación por cesárea con histerotomía segmentaria, histerectomía-cesárea en los casos con acretismo placentario sobreagregado, histerotomía clásica así como técnicas de ligadura vascular a nivel de arterias uterinas e hipogástricas, determinando la alta capacitación del personal adscrito a nuestro hospital,

gineco-obstetra que lleva a cabo el tratamiento quirúrgico y no gineco-obstetra que compone el equipo de respuesta inmediata y desarrolla el manejo médico de las complicaciones a la par y posterior a la interrupción de la gestación.

En 2015 Pérez-Calatayud en México llevó a cabo una revisión bibliográfica respecto al uso de la tromboelastografía y tromboelastometría para la transfusión racional y oportuna de hemoderivados en pacientes quienes la ameritaron posterior a presentar hemorragia obstétrica, concluyendo que al dirigirla hacia trastornos específicos promueve mejorar el pronóstico y disminuir la morbimortalidad por coagulopatía, a razón de lo arrojado por nuestro estudio del apoyo hemotransfusional en promedio de 3 paquetes globulares, 4 plasmas frescos congelados y 7 plasmas frescos congelados, se sugiere continuar y promover la solicitud, adiestramiento y utilización del reporte del tromboelastógrafo en el personal que compone el equipo de respuesta inmediata en nuestro hospital así como continuar dentro de los programas de vigilancia prenatal con la determinación trimestral y mantenimiento de la cuantificación de hemoglobina materna por arriba de 10 gr/dl. García-Sandoval-Travesi en 2019 realizó un estudio de pacientes con gestación complicada por placenta previa en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico Nacional “La Raza” reportando resultados similares a nuestro estudio, interrumpiendo la gestación hacia la semana 36, realizando histerectomía obstétrica en más de la mitad de las complicaciones postoperatorias, cero muertes maternas, la presencia de dificultad respiratoria en el recién nacido como complicación más frecuente al nacimiento y una muerte neonatal.

Baloch en 2018 reporto una serie de casos en Pakistán donde 70% de los nacimientos fueron prematuros, 16% de los recién nacidos desarrolló síndrome de dificultad respiratoria, reportando una mortalidad perinatal del 12%, y una muerte materna, que comparando con el estudio desarrollado en nuestro hospital donde el 62% de los recién nacidos fueron prematuros, 50% desarrollo dificultad respiratoria como complicación más frecuente y la mortalidad neonatal es menor, representando el 4%, podemos asumir que los resultados perinatales del tratamiento de la placenta previa en hospitales de países en vías de desarrollo son similares.

En función a la muerte neonatal observada en este estudio se hace referencia a que en esta la unidad hospitalaria la sobrevivencia del recién nacido prematura se espera cuando se reporta un peso promedio mayor o igual a 1000 gr y edad gestacional por arriba de 29 semanas.

Hacia 2018 Ahn realizó un estudio que evaluó recién nacidos con presencia de síndrome de dificultad respiratoria en embarazos que cursaron con placenta previa identificando una asociación significativa (OR 4.6) entre la placenta previa anterior diagnosticada durante el segundo trimestre y desarrollo de síndrome de dificultad respiratoria neonatal, al ser la dificultad respiratoria la complicación perinatal más común en este estudio, se sugiere que en la población de mujeres gestantes que corresponde a nuestro hospital, se realice como rutina una ultrasonografía obstétrica a las 20 a determinar de forma objetiva la localización de la placenta, de reportar placenta previa se propone previo a la resolución del embarazo la comunicación estrecha con el médico pediatra que atenderá y vigilará y ofrecerá apoyo oportuno al recién nacido ante la alta posibilidad de su desarrollo.

La estancia promedio en hospitalización de 20 días previo a la interrupción de la gestación sugiere considerar el manejo ambulatorio en domicilio de las pacientes con placenta previa en las que se descarta o remite el sangrado activo, esta acción promoverá una disminución significativa en el gasto por día de estancia en hospitalización por paciente.

6. CONCLUSIONES

El tratamiento de la placenta previa en el grupo estudiado de pacientes fue manejo conservador en 73% e interrupción de la gestación de urgencia en el 27% restantes. En cuanto a los resultados perinatales la mortalidad materna fue del 0% y la mortalidad perinatal del 4%. En general los resultados de este estudio son favorables.

REFERENCIAS

- [1] Li L, Liu Y, Yu N, et al. Analysis of risk factors for pernicious placenta praevia. *Int J Clin Exp Med* 2017; 10 (2): 3575-3581.
- [2] Abduljabbar HSO, Al-Basir S, Al Hachim E. Complication of abnormal placental implantation. En: Ahmed RG. *Placenta*. IntechOpen 2018; 59-72.
- [3] Silver RM. Implantación anormal de la placenta. *Obstet Gynecol* 2015; 126: 654-658.
- [4] Brennan K. Placental Pathology: A review of placenta previa, placental abruption and placenta accreta. *Update in Anesthesia* 2019; 34: 51-55.
- [5] Anderson-Bragga FM, Sze A. Placenta Previa. In: *Stat Pearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
- [6] Lockwood MD, Russo-Stieglitz K. Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality. *UpToDate*. 2019.
- [7] Takahashi H, Ohkuchi A, Usui R, et al. Matsubara-Takahashi cervix-holding technique for massive postpartum hemorrhage in patients with placenta previa with or without placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynecol Obstet* 2018; 140: 357-364.
- [8] Rauf M, Ebru C, Sevil E et al. Conservative management of post-partum hemorrhage secondary to placenta previa-accreta with hypogastric artery ligation and endo-uterine hemostatic suture. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2017; 43 (2): 265-271.
- [9] Maher MA, Abdelaziz A. Comparison between two management protocols for postpartum hemorrhage during cesarean section in placenta previa: Ballon protocol versus non-ballon protocol. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2017; 43 (3): 447-455.
- [10] Verspyck E, de Vienne C, Muszynski C, et al. Maintenance nifedipine therapy for preterm symptomatic placenta previa: A randomized multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *PLoS ONE* 2017; 12 (3): 1-13.
- [11] Dai M, Jin G, Lin J, et al. Pre-cesarean prophylactic ballon placement in the internal iliac artery to prevent postpartum hemorrhage among women with pernicious placenta previa. *Int J Gynecol Obstet* 2018; 142: 315-320.
- [12] Villegas-Cisneros A, Ortega-Montoya C, García-López A. Técnica quirúrgica vascular integral avanzada (VIVA) aplicada en pacientes con placenta previa anormalmente adherida con feto in situ. *Ginecol Obstet Mex* 2019; 87 (1): 36-45.
- [13] Jung EJ, Cho HJ, Byun JM, et al. Placental pathologic changes and perinatal outcomes in placenta previa. *Placenta* 2017; 63 (2018): 15-20.
- [14] Baloch I, Bajari N, Talpur S, et al. Placenta previa; Maternal and fetal outcomes in major degree of placenta previa. *Professional Med J* 2019; 26 (3): 375-379.
- [15] Ahn KH, Lee EH, Cho GJ, et al. Anterior placenta previa in the mid-trimester of pregnancy as a risk factor for neonatal respiratory distress syndrome. *PLoS ONE* 2018; 13 (11): 1-9.
- [16] Ibrahim SA, Farag AM. Evaluation of Pregnancy Outcomes in Relation to Placenta Previa Location. *Gynecol Obstet (Sunnyvale)* 2018; 8 (8): 1-6.
- [17] Jing L, Wei G, Mengfan S, et al. Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa. *PLoS ONE* 2018; 13 (7): 1-11.
- [18] Sandoval-García-Travesí FA, Reyes-Hernández MU, Sandoval-Barajas D, et al. Placenta previa: resultados perinatales en la experiencia de una unidad médica de tercer nivel. *Cir. Cir.* 2019; 87: 667-673.
- [19] Ghasemi M, Noori N, Dashipour A, et al. Investigating outcome and risk factors of placenta previa and placental abruption in pregnant women referred to Ali Ibn Abitalib Hospital In Zahedan. *Journal of Critical Reviews* 2020; 7 (3): 608-612.
- [20] Afzal S, Akram R, Fatima T, et al. Fetomaternal Outcome with Placenta Previa and Morbidly Adherent Placenta, A Cross Sectional Study. *International Journal of Contemporary Medical Research* 2020; 7 (3): 5-8.

Correo de autor de correspondencia: aeperezh@gmail.com