

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



“PREVALENCIA DE PLACENTA PREVIA EN UN HOSPITAL DE TERCER

NIVEL Y SUS COMPLICACIONES”

POR

DRA. MERICIA DEL ROSARIO RODRÍGUEZ CONTRERAS

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

FEBRERO, 2021

**“PREVALENCIA DE PLACENTA PREVIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y
SUS COMPLICACIONES”**

Aprobación de la tesis:



Dr. Juan Antonio Soria López

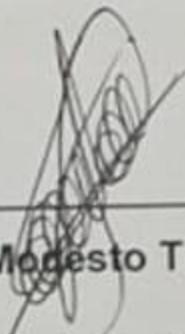
Director de la tesis

Profesor adscrito del Departamento de Ginecología y Obstetricia



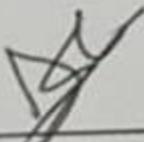
Dr. Óscar Rubén Treviño Montemayor

Profesor adscrito del Departamento de Ginecología y Obstetricia



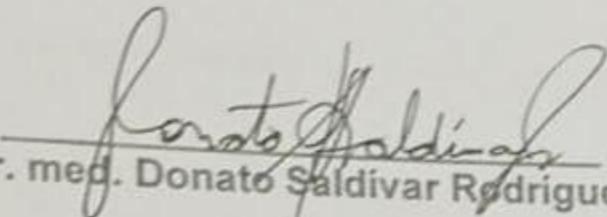
Dr. med. Emilio Modesto Treviño Salinas

Profesor adscrito del Departamento de Ginecología y Obstetricia



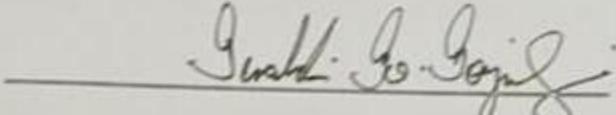
Dr. med. Abel Guzmán López

Jefe del Servicio de Obstetricia



Dr. med. Donato Saldivar Rodriguez

Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia

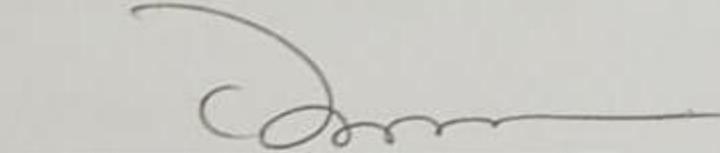


Dra. Sci. Geraldina Guerrero González

Coordinadora de Investigación

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martinez

Subdirector de Estudios de Posgrado

Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios por permitirme estar en donde estoy, por cada día de vida.

Agradezco a la Universidad Autónoma de Nuevo León y al Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” por la formación profesional proporcionada.

Al Departamento de Ginecología y Obstetricia, por el acceso a la información.

A mi asesor, Dr. Juan Antonio Soria López por ayudarme con sus conocimientos y experiencia a generar esta investigación, así como a mis maestros y compañeros, quienes contribuyeron a mi formación como especialista.

Agradezco así mismo a mi esposo, mi madre, mi abuela, al resto de mi familia cercana y amigos quienes me han apoyado y amado incondicionalmente.

A cada una de las pacientes que contribuyeron a mi formación como médico, como especialista y como ser humano.

Dedico esta tesis a Dios

Mi esposo

Mi madre

Mi abuela.

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINA
CAPÍTULO 1	
RESUMEN	9
CAPÍTULO 2	
ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	11
CAPÍTULO 3	
HIPÓTESIS.....	21
CAPÍTULO 4	
OBJETIVOS.....	22
CAPÍTULO 5	
MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
CAPÍTULO 6	
RESULTADOS	28
CAPÍTULO 7	
DISCUSIÓN	36
CAPÍTULO 8	
CONCLUSIONES	42

CAPÍTULO 9

ANEXOS 43

CAPÍTULO 10

REFERENCIAS 44

CAPÍTULO 11

ABSTRACT..... 48

CAPÍTULO 12

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO..... 50

Índice de tablas

Tabla 1. Frecuencia de variedad de placenta previa.....	29
Tabla 2. Frecuencia de acretismo placentario.....	29
Tabla 3. Relación de y variedad de placenta previa.....	30
Tabla 4. Relación de número de cesáreas con variedad de placenta previa.....	31
Tabla 5. Relación de edad materna y variedad de placenta previa.....	32
Tabla 6. Frecuencia de complicaciones neonatales.....	34

Índice de figuras

Figura 1. Frecuencia de procedimientos realizados.....	33
--	----

Lista de Abreviaturas

Abreviatura	Significado
DM1	Diabetes Mellitus Tipo 1
DM	Diabetes Mellitus
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
HTA	Hipertensión Arterial
LIEBG	Lesión Intraepitelial de Bajo Grado
PPEG	Producto Pequeño para Edad Gestacional
RCIU	Restricción del Crecimiento Intrauterina
SFA	Sufrimiento Fetal Agudo
SPCB	Salpingoclasia Bilateral
SOD	Salpingooforectomía derecha

CAPITULO I

RESUMEN

Introducción. La placenta previa es la inserción de la misma en un lugar cercano al orificio cervical o cerca del mismo anómalamente. Está relacionada con muchos factores de riesgo sumamente comunes en nuestro medio y se relaciona estrechamente con anomalías de la placentación referente a la profundidad de inserción (placenta acreta, increta y percreta) aumentando las complicaciones perinatales que pueden ser muy graves. Por esto es de suma importancia conocer la prevalencia para generar conductas en todos los niveles de prevención. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de placenta previa en mujeres hospitalizadas cursando embarazo mayor a 28 semanas en un hospital de tercer nivel. **Material y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo, comparativo y descriptivo realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” revisando expedientes de pacientes con placenta previa reportados en el área de Obstetricia en quienes se haya realizado histerectomía obstétrica, corroborando el diagnóstico histopatológico por medio del Departamento de Patología Humana de enero de 2018 a junio de 2019. **Resultados.** Se incluyeron 40 pacientes, 12.5% presentó placenta con implantación marginal, el 2.5% placenta de inserción baja, el 82.5 % tuvo diagnóstico de placenta previa total y sólo el 2.5% resultó con placenta previa parcial con componente posterior. **Conclusiones.** La placenta previa es una patología de gran importancia relacionada con complicaciones importantes tanto maternas como perinatales y/o neonatales que

ponen en riesgo la vida materna, así como del producto. Es preponderante diagnosticar prenatalmente esta entidad para así tomar medidas pertinentes para disminuir complicaciones perinatales y maternas.

Palabras clave: Embarazo / Prevalencia / Placenta previa / Inserción placentaria.

CAPITULO II

ANTECEDENTES

En México, las anomalías en la inserción placentaria constituyen un grupo diverso de entidades clínicas que a lo largo de los últimos años ha ido tomando más relevancia debido a que son una razón frecuente de hemorragia obstétrica, y en 2010, esta última alcanzó el primer lugar en mortalidad materna obstétrica. La placenta previa tiene una prevalencia reportada en México de entre el 0.33% y 2.6% pero tener una aproximación concreta a su presentación es difícil debido a que su evaluación y diagnóstico se ejecutan a través de diversos métodos dependiendo del centro hospitalario. [1] La etiología es poco conocida, sin embargo, se puede relacionar con diversos factores que determinantes en la aparición de la entidad clínica, tales como antecedente de anomalías placentarias previas y sobre todo lesiones previas de endometrio y/o miometrio. Existe una fuerte asociación entre la placenta previa y acretismo placentario, esta asociación ha ido en aumento, sobre todo en países industrializados, debido al aumento de la cesárea electiva. [2] Ambas, placenta previa y acretismo placentario, representan un aumento en la morbimortalidad fetal y materna, sobre todo relacionadas a hemorragia materna, por lo que su diagnóstico oportuno es de vital importancia.

Marco Teórico

La placenta previa está definida por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia como el tejido placentario sobre o cerca del orificio cervical interno después de la semana 20 de gestación.[3] Debe sospecharse de placenta previa en cualquier mujer embarazada que haya pasado 20 semanas de gestación y que presenta sangrado transvaginal.[4] Está asociado con un alto riesgo de complicaciones maternas como la hemorragia e histerectomía obstétrica y complicaciones fetales-neonatales consecuencia directa de la hemorragia materna. [3][5]

Se presenta en 5 de cada 1,000 embarazos[6] y existen estudios que reportan el aumento de riesgo de presentar placenta previa posterior a una cesárea,[7] así como en pacientes con edad materna avanzada, tabaquismo y toxicomanías durante el embarazo, cirugías uterinas previas, fertilización in vitro, y multiparidad, fetos masculinos y raza negra.[6] El sangrado es principalmente de origen materno.

Una hipótesis es que la presencia de áreas de decidua pobremente vascularizada en la cavidad uterina debido a una cirugía previa o los embarazos múltiples promueven la implantación de trofoblasto o crecimiento unidireccional del trofoblasto hacia la cavidad uterina cerca del orificio cervical. Otra hipótesis es que una superficie placentaria particularmente grande, como en la gestación múltiple, aumenta la probabilidad de que la placenta invada o cubra la totalidad del orificio

cervical. [8] Hay una asociación entre el daño endometrial y la cicatrización uterina con la posterior placenta previa. [9] Sin embargo la etiología aún no está clara.

Por tanto, la ecografía de cribado de la implantación placentaria es esencial ya que apoya la medición precisa entre el borde de la placenta y el orificio cervical interno ayudando al diagnóstico, este procedimiento se realiza durante el segundo trimestre del embarazo por vía vaginal o abdominal, [10][11] proporcionando una ventana de oportunidad para la preparación tanto de la paciente como de los médicos.[12] Siendo un hallazgo en el ultrasonido el diagnóstico más común de la presentación de la placenta previa en alrededor de 16 a 20 semanas de gestación, ya sea para la evaluación de la edad gestacional, revisión anatómica fetal o el diagnóstico prenatal.[8]

El término migración placentaria se usa para describir el movimiento aparente de la placenta lejos del orificio cervical interno, sin embargo, el mecanismo de dicho movimiento se desconoce.[13] Existen dos teorías que explican este fenómeno:

- El segmento uterino inferior se alarga desde 0,5 cm a las 20 semanas de gestación hasta más de 5 cm al término.
- El crecimiento unidireccional progresivo del tejido trofoblástico hacia el fondo produce un aumento hacia arriba de la placenta alejándose del cuello uterino. Este fenómeno ha sido denominado "trofotropismo".[8]

Se dice que es un movimiento aparente ya que persiste la invasión de la de la decidua por vellosidades coriónicas en uno y otros lados del orificio cervical, existiendo un crecimiento diferencial.

El espectro de placenta previa y placenta de inserción baja no presenta la misma posibilidad de “migrar” dentro del útero que tiene una cicatriz previa de una cesárea.[13] En base a lo anterior, se estima que solo 6 al 7% de los diagnosticados en las 15 a 19 semanas y del 39 al 63% de los diagnosticados a las 32 a 35 semanas fueron corroboradas al momento del nacimiento.

Aunque los datos disponibles son insuficientes para hacer predicciones precisas, se estima que cuando la placenta se extiende al menos de 14 a 15 mm pero <25 mm sobre el orificio cervical a las 18 a 23 semanas de gestación, la probabilidad de placenta previa en el parto es de alrededor del 20 %; la extensión ≥ 25 mm es asociado con una probabilidad del 40 al 100 % de placenta previa en el nacimiento.[8]

Siempre se debe sospechar de una placenta previa en mujeres con sangrado transvaginal durante el segundo y tercer trimestre de embarazo.

La ecografía transabdominal, es el método más sencillo, seguro para la localización de la placenta, en tanto la ecografía transvaginal es el método más exacto.

Se utiliza además resonancia magnética como auxiliar de la ecografía, ante la sospecha de placenta acreta, identificándose tres hallazgos: 1) masa intrauterina,

2) intensidad heterogénea dentro de la placenta, 3) presencia de bandas intraplacentarias oscuras en la secuencia T2.[13]

En aproximadamente un tercio de los embarazos con placenta previa, presenta episodio inicial de sangrado antes de las 30 semanas de gestación; este grupo tiene más probabilidades de requerir transfusiones de hemoderivados y está en mayor riesgo de parto prematuro y mortalidad perinatal contra las mujeres cuyo sangrado comienza más tarde en la gestación. Un tercio adicional de las pacientes se vuelve sintomático entre las 30 y las 36 semanas, mientras que la mayoría de los pacientes restantes tienen su primer sangrado después de 36 semanas. Además, se ha descrito que alrededor del 10 por ciento de las mujeres llegan a término sin sangrado.[8]

La hemorragia se correlaciona con el grado en el que la placenta invade el miometrio, el área involucrada, y la presencia o ausencia de invasión en tejidos extrauterinos como la vejiga o los tejidos parametriales debido al riesgo de hemorragia masiva previo o durante el proceso del nacimiento, algunas posibles complicaciones es la falla o insuficiencia multiorgánica y/o coagulación intravascular diseminada.[14]

En la placentación normal, existe una capa fibrinoide llamada capa de Nitabuch en la interfaz placentaria-endometrial que impide la implantación excesivamente profunda en la pared uterina, cuando esta capa está alterada se puede formar una placenta anormalmente adherente. [15]

La invasión placentaria anormal en la pared uterina al igual que la placenta previa es una causa importante de hemorragia obstétrica. [15] Esta adherencia anormal del trofoblasto placentario al miometrio uterino [14] es provocada por la falta de desarrollo del espacio de Nitabuch.

Dentro del espectro de placenta adherente o acretismo placentario se encuentra: placenta acreta, increta y percreta.[14] Éstas tres variantes se clasifican de acuerdo al grado de invasión trofoblástica y representan una proporción aproximada de 80:15:5 respectivamente.[13]

A continuación, se describen las características de cada uno de los defectos en la placentación mencionados previamente:

-Placenta previa total

Se considera placenta previa total, cuando la placenta cubre totalmente el orificio cervical interno. [16] Caracterizada por la fijación a la pared anterior cubriendo la cicatriz uterina. [17] La prevalencia de placenta con implantación anterior son más propensas a asociarse con hemorragia que aquellas de predominio posterior o previas laterales.[8]

-Placenta previa parcial

Se considera placenta previa parcial, cuando la placenta cubre en parte el orificio cervical interno.[16]

-Placenta previa marginal

Se considera placenta previa marginal, cuando ésta se encuentra de lado del orificio cervical interno sin cubrirlo aproximadamente a menos 2 cm de este.[16]

-Placenta de inserción baja

Se considera placenta de situación baja, cuando ésta se encuentra implantada en el segmento uterino inferior, en el cual el borde placentario no llega al orificio cervical interno permaneciendo a una distancia de más de 2 cm. [13]

-Placenta acreta

Se considera placenta acreta cuando las vellosidades invaden la decidua basal y parte del miometrio.[15][13] Su incidencia, que en la actualidad es de 3/1000, ha aumentado en gran parte debido al aumento del número de cesáreas. Su morbilidad asociada está principalmente causada por el elevado riesgo de hemorragia masiva, necesidad de transfusiones, infección intraabdominal y lesión de órganos adyacentes. [18] Puede que todos los cotiledones penetren definiendo como placenta acreta total o solo afectar solo un lóbulo definida como placenta acreta parcial

-Placenta percreta

Se considera placenta percreta cuando las vellosidades penetran el miometrio llegando a la serosa o atravesándola, [13] sin afectar estructuras vecinas.

-Placenta increta

Se considera placenta increta cuando el trofoblasto invade al miometrio, serosa y en el entorno de las estructuras vecinas, principalmente vejiga y recto.[14]

Su incidencia ha incrementado desde 1970 debido al aumento en el número de nacimientos vía cesárea el cual representa uno de los factores de riesgo importantes así otras cirugías uterinas. Se ha observado que de acuerdo al número de cesáreas el factor de riesgo se eleva a razón de 0.65, 1.5, 2.3 y 10%, en caso de 1, 2, 3 y 4 cesáreas previas respectivamente.[1] El manejo debe de ser individualizado, recomendándose la interrupción del embarazo vía abdominal[14] teniendo en cuenta tres aspectos importantes, la edad fetal, el grado de madurez del producto y la gravedad de la hemorragia.[19] Una decisión definitiva sobre la planeación de manejo conservador o cesárea más histerectomía debe hacerse previo al procedimiento. Se recomienda la histerectomía con la placenta que no se haya desprendido cuando el diagnóstico prenatal de placenta acreta es certero en base a estudios de imagen y/o factores de riesgo. [10]

La cesárea de tipo segmentaria es la más empleada en el manejo de placenta previa, usada hasta en tres cuartas partes de los casos. De estas se prefiere mayormente la transversal que la vertical; la vertical es preferible en caso de gran prematuridad, porque el segmento inferior solo mide 1 cm de largo a las 28 semanas y 4 cm a las 34 semanas; se aconseja igualmente la incisión vertical en los casos de en los que el feto se encuentra en situación transverso con dorso inferior.[1] Se sugiere realizar la incisión uterina (histerotomía) al menos dos dedos sobre el borde de la placenta; dejando un margen para ayudar a prevenir la ruptura de la placenta durante la apertura o el cierre del útero. Después del parto, se realiza el pinzamiento

y corte del cordón umbilical y se realiza la histerorrafia lo antes posible para disminuir la pérdida de sangre. y se realiza la histerectomía.[10]

En caso de que la placenta no se separe con las medidas usualmente utilizadas durante una cesárea, se debe evitar forzar el desprendimiento, dejarla en su sitio o cerrar el útero y posteriormente realizar una histerectomía; si la placenta se separa parcialmente, se recomienda retirar la porción desprendida y el resto puede dejarse en la cavidad uterina y optar por manejo conservador o histerectomía.[1]

Si se ha optado por un manejo conservador, para preservación de la fertilidad, pero la mujer deberá de ser alertada del riesgo de hemorragia e infección postoperatoria.[1] Si permanece la placenta en la cavidad uterina después del parto del recién nacido y la ligadura del cordón, la histerorrafia es realizada de manera habitual; se aplican medicamentos uterotónicos, suturas de compresión, taponamiento con balón intrauterino, más sin embargo la embolización de la arteria uterina y / o la ligadura de la arteria uterina se usan, solo para controlar la hemorragia posparto masiva.

Se han realizado tratamientos con metotrexato, sin evidencia de que mejora cualquier resultado en estos casos, y evidencia clara de daños relacionados con este medicamento.[10]

Es importante conocer la prevalencia de placenta acreta, increta y percreta en nuestro medio, así como comparar los diferentes tipos de placentación y centrarnos en los factores de riesgo de aparición de anomalías en la placentación,

examinando cuales tipos de placenta previa se asocian con peor pronóstico tanto para madre y feto, para formular estrategias de prevención y tratamiento, además de tener información para estudios futuros.

La principal causa de morbi-mortalidad neonatal está relacionada con la prematuridad, ya que se resuelven los embarazos previamente al término del mismo.

CAPÍTULO III

HIPOTÉISIS

Hipótesis Verdadera

En las pacientes con diagnóstico de placenta previa la prevalencia de complicaciones perinatales y de acretismo placentario es mayor si tiene como antecedente cesárea previa en comparación con las que no tienen cesárea.

Hipótesis nula

En las pacientes con diagnóstico de placenta previa la prevalencia de complicaciones perinatales y de acretismo placentario NO es mayor si tiene como antecedente cesárea previa en comparación con las que no tienen cesárea.

CAPITULO IV

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia placenta previa en mujeres hospitalizadas cursando embarazo mayor a 28 semanas en un hospital de tercer nivel.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evaluar la prevalencia de placenta previa de acuerdo al grado de invasión trofoblástica.
- Verificar la incidencia de factores de riesgo conocidos para placenta previa (edad, cesáreas previas, gestaciones y cirugías uterinas).
- Determinar la incidencia de histerectomía post-cesárea relacionada al diagnóstico de acretismo placentario.
- Evaluar la morbi-mortalidad neonatal.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio cohorte transversal, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se recopilaron los datos de los expedientes clínicos de pacientes embarazadas con diagnóstico de placenta previa y/o acretismo placentario atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, y en las cuales se corroboró el diagnóstico histopatológico por medio del Departamento de Patología humana en el periodo comprendido de enero de 2018 a junio de 2019.

Se incluyeron expedientes de pacientes femeninas, con embarazo mayor de 28 semanas, con diagnóstico de placenta previa, acreta, increta o percreta y anomalías de la placentación con valoración por un profesor de Medicina Materno Fetal. La edad de las pacientes fue 18 – 40 años indistintamente de si contaban o no con comorbilidades.

Se excluyeron expedientes de pacientes que no fueron evaluadas por un profesor de Medicina Materno Fetal, expedientes no encontrados, así como pacientes en puerperio mediato atendidas y referidas por otras instituciones de salud.

Materiales

Se revisaron expedientes clínicos proporcionados por el Departamento de Archivo del Hospital Universitario “Dr. José E. González” de pacientes con diagnóstico de placenta previa, quienes fueron sometidas a cesárea o cesárea-histerectomía, así como las complicaciones presentadas.

Procedimiento

Con el fin de conocer la prevalencia de placenta previa, presentación de la misma, asociación con factores de riesgo conocidos, complicaciones perinatales e histerectomía post-cesárea se solicitó al departamento de archivo la información del número total de embarazos con diagnóstico de placenta previa resueltos en la institución de enero 2018 a junio 2019. Se recopiló la información de las pacientes y sus recién nacidos en un formato con las variables a estudiar y se analizaron e interpretaron dichos resultados.

Muestra poblacional.

Se incluyeron todos los expedientes de pacientes con placenta previa reportadas en el área de Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de enero de 2018 a junio de 2019.

Variables, definición operacional y escala de medición

Las pacientes embarazadas con diagnóstico de placenta previa se clasificaron por edad materna, número de gestación, número de cesáreas previas, comorbilidades, diagnóstico conjunto de acretismo placentario y la variante de la misma (acreta, increta y percreta), requerimiento de transfusión de hemoderivados, resultado perinatal adverso y complicaciones perinatales relacionadas con placenta previa.

Los recién nacidos se clasificaron por capurro, APGAR, peso del producto (kilogramos) y admisión a unidad de cuidados intensivos neonatales.

Análisis Estadístico

Se realizó un análisis de estadística descriptiva con medidas de tendencia central. Los resultados obtenidos se recabaron en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante el programa IBM SPSS Statistics V24. Se obtuvieron de todas las variables evaluadas, los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, de dispersión y posición) para las variables cuantitativas, así como las frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas.

Los valores de estudio fueron contrastados según variables de interés, mediante pruebas de hipótesis para medias (T de Student o U de Mann-Whitney según distribución) y proporciones (Z), según sea el caso para cada tipo de variable (cuantitativas y cualitativas respectivamente) a una confiabilidad del 95%; la obtención de asociación y correlación estadística se realizó mediante los test de

Chi2 y Pearson o Sperman (según distribución) respectivamente a la misma confiabilidad del 95%.

Aspectos éticos

El presente estudio fue sometido al Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León para su aprobación con número de identificación: G119-00017.

No existen ganancias financieras o comerciales por la realización del presente estudio, por lo que los autores declaran no tuvieron ningún tipo de conflicto de interés.

Todos los autores enumerados cumplen con los criterios de autoría de acuerdo con las directrices del comité internacional de editores de revistas médicas, y que todos los autores están de acuerdo con la versión final del manuscrito.

Confidencialidad

La recopilación de datos para este estudio se limitó solo a los necesarios, sin necesidad de utilizar información de identificación personal. La información obtenida fue solo la relevante para el propósito del estudio; se evitará su divulgación, será utilizada con responsabilidad y no se pondrá a disposición de personas ajenas a los investigadores.

Limitaciones del estudio

La pérdida, así como la falta del cumplimiento en el llenado del expediente clínico dificultaron en gran medida la inclusión de un mayor número de pacientes, resultando en una pérdida del tamaño de la muestra en algunos de los casos y con variables específicas las cuales se detallan en la sección de resultados.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

En el periodo de enero de 2018 a junio de 2019, se registraron 13086 nacimientos, de los cuales 40 pacientes tenían el diagnóstico de placenta previa con una prevalencia de 0.31%, por ende, se incluyó un total de 40 pacientes (N=40) con diagnóstico de placenta previa corroborado por profesor.

En cuanto a los datos demográficos, se reportó escolaridad como sigue: primaria 3, secundaria 22, preparatoria 7 y licenciatura 8 pacientes. La residencia de las pacientes fue reportada en su mayoría en Monterrey con 34 casos, y el resto de las pacientes 1 del municipio de Galeana, 1 de García, 1 de Guadalupe, 1 de Juárez, 1 de Salinas Victoria y 1 del estado de Tamaulipas. La mediana de edad fue 28 años con un rango de 18 a 38. De la totalidad de pacientes, el 77.5% (31 pacientes) no reportaron comorbilidades asociadas.

La prevalencia de variantes de implantación la placentaria

De 40 pacientes incluidas en el estudio el 12.5% (n=5) presentó placenta con implantación marginal, el 2.5% (n=1) placenta de inserción baja, el 82.5 % (n=33) tuvo diagnóstico de placenta previa total y sólo el 2.5% (n=1) resultó con placenta previa parcial con componente posterior (Tabla 1).

TABLA 1. Frecuencia de variedad de placenta previa

Placentación	Frecuencia	%
Marginal	5	12.5
Inserción baja	1	2.5
Previa total	33	82.5
Parcial con componente posterior	1	2.5
Total	40	100.0

Prevalencia de placenta previa de acuerdo al grado de invasión trofoblástica

Sólo las pacientes con diagnóstico de placenta previa total se relacionaron con casos de acretismo placentario (Tabla 2), de las 33 pacientes con el diagnóstico, 54.5% (n=18) presentaron datos de acretismo placentario (P=0.74).

Tabla 2. Frecuencia de acretismo placentario (%)

Acretismo	n	Datos de acretismo	Total
Placentación Marginal	5(22.7)	0(0)	5(12.5)
Inserción baja	1(4.5)	0(0)	1(2.5)
Previa total	15(68.2)	18(100)	33(82.5)
Parcial con componente posterior	1(4.5)	0(0)	1(2.5)
Total	22(100)	18(100)	40(100)

Se confirmó el diagnóstico en 23 pacientes (57.5%).

Incidencia de factores de riesgo conocidos para placenta previa

Las pacientes quienes representaron el mayor número con placenta previa fueron quienes cursaban su tercera gestación (P=0.29) seguidas de quienes estaban en su segundo embarazo (Tabla 3).

Tabla 3. Relación de gesta con variedad de placenta previa (%)

Placentación según gestación	Marginal	Inserción baja	Previa total	Previa parcial con componente posterior	Total	
Gesta 1	1	1(20)	0(0)	3(9.1)	0(0)	4(10)
Gesta 2	2	1(20)	1(100)	10()	0(0)	12(30)
Gesta 3	3	3(60)	0(0)	12(36.4)	0(0)	15(37.5)
Gesta 4	4	0(0)	0(0)	2(6.1)	1(100)	3(7.5)
Gesta 5	5	0(0)	0(0)	4(12.1)	0(0)	4(10)
Gesta 6	6	0(0)	0(0)	2(6.1)	0(0)	2(5)
Total		5(100)	1(100)	33(100)	1(100)	40(100)

Las pacientes que no habían sido sometidas a cesárea previa representaron el 25% (n=10) de la incidencia de placenta previa, en este grupo las variantes fueron marginal con 1 caso, inserción baja con 1 caso, placenta previa total con 7 y previa parcial con componente posterior con 1 caso. Quienes tenían historial de una cesárea previa conformaron el 45% (n=18) de los casos con las variantes marginal con 2 casos y previa total 16 casos.

Pacientes con 2 cesáreas previas representaron el 22.5% (n=9) con 2 variantes marginales y 7 placentas previas totales.

Mujeres sometidas a 3 ó 4 cesáreas previas sumaron el 7.5% (n=2) del total, de ellos, 2 con previa total para quienes contaban con 3 cesáreas, y para quienes contaban con 4 presentaron sólo 1 placenta previa total como lo muestra la tabla 4. (P=0.81)

Tabla 4. Relación del número de cesáreas y variedad de placenta previa (%)

Número de cesáreas y placentación.		0	1	2	3	4	Total
Placentación	Marginal	1(10)	2(11.1)	2(22.2)	0(0)	0(0)	5(12.5)
	Inserción baja	1(10)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2.5)
	Previa total	7(70)	16(89)	7(77.8)	2(100)	1(100)	33(82.5)
	Parcial con componente posterior	1(10)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2.5)
Total		10(100)	18(100)	9(100)	2(100)	1(100)	40(100)

En asociación respecto a la edad, el análisis estadístico arrojó que en el grupo de 18 y 19 años solo se tuvo un caso de placenta previa total (Tabla 5). Los grupos de 20 a 24 y 25 a 30 tuvieron un comportamiento similar, ambos con 12 casos totales, igualmente ambos con 2 casos de placenta previa marginal, en el primer grupo existió un caso de placentación baja y 9 previas totales y en el segundo grupo se presentaron 10 previas totales. En el grupo de 35 años o más se contó con 1 previa total y 1 previa parcial (P=0.55).

Tabla 5. Relación edad materna y variedad de placenta previa (%)

			18-19	20-24	25-30	31-35	35 o más	Total
Placentación marginal	recuento		0(0)	2(16.7)	2(16.7)	1(10)	0(0)	5(12.5)
Baja	Recuento		0(0)	0(0)	1(8.3)	0(0)	0(0)	1(2.5)
Previa Parcial	Recuento		0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0)	1(0)
Previa Total	Recuento		1(100)	10(83.3)	9(75)	9(90)	4(80)	33(82.5)
Total	Recuento		1(100)	12(100)	12(100)	10(100)	5(100)	40(0)

Comorbilidades maternas asociadas

De las 40 pacientes, el 77.5% (n=31) no tenía ninguna comorbilidad asociada, el 7.5% (n=3) padecía Diabetes Mellitus Gestacional, el 2.5% (n=1) Diabetes pregestacional y otro 2.5% Diabetes Mellitus tipo 1 (n=1) (Tabla 6).

Incidencia de histerectomía post-cesárea relacionada al diagnóstico de acretismo placentario

Veintitrés pacientes fueron sometidas a histerectomía por acretismo placentario representando el 57.7% (n=23) de la muestra. Los procedimientos realizados se muestran en la figura 1.

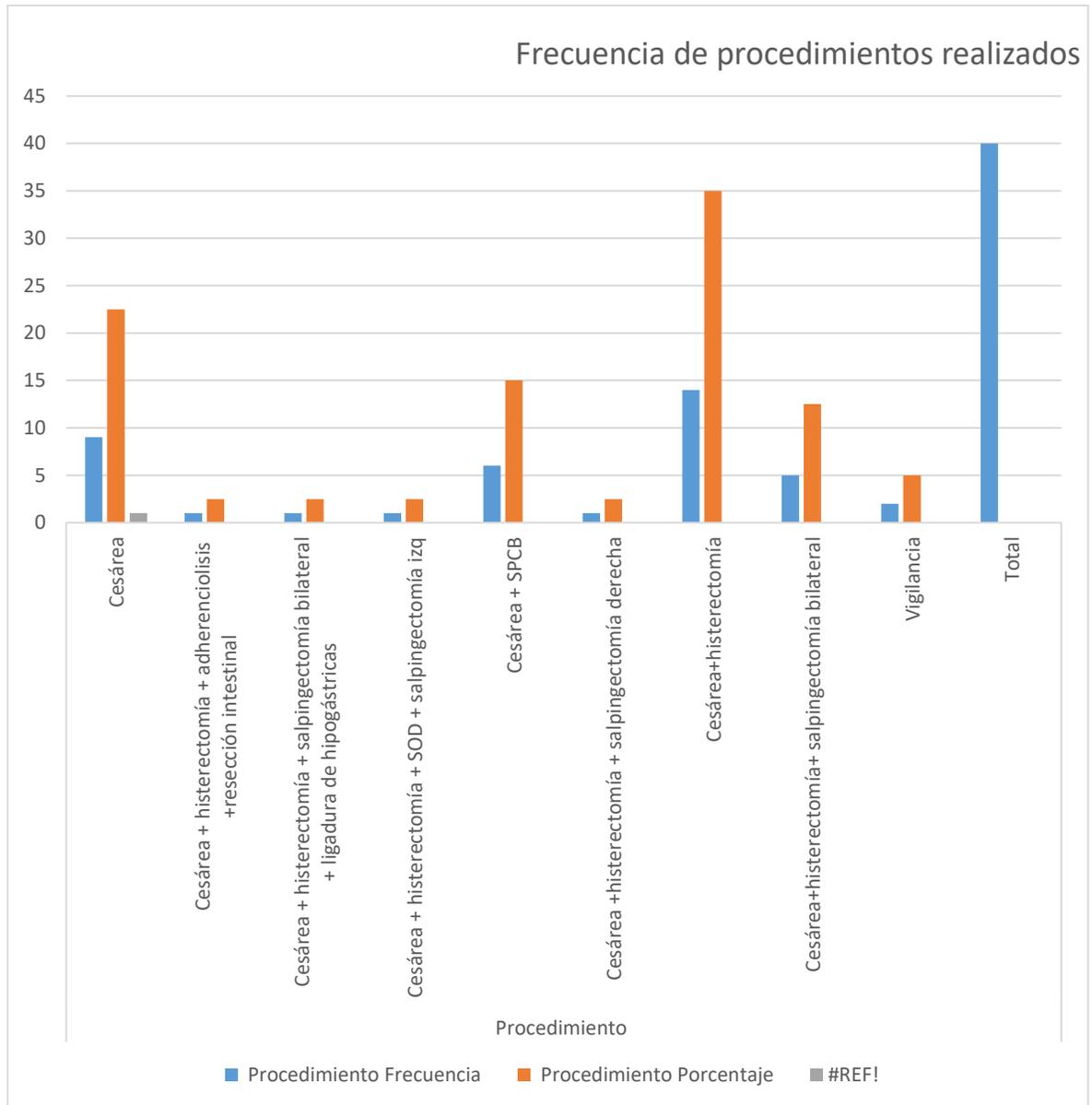


Figura 1 Frecuencia de procedimientos realizados.

Morbi-mortalidad neonatal.

De todos los nacidos, el 87.5% (n=35) no presentó ninguna morbilidad asociada, el 7.5% (n=3) presentó RCIU tipo I, el 2.5 % (n=1) presentó peso bajo para edad gestacional 2.5% (n=1) presentó riñón multiquístico (Tabla 6).

El APGAR al primer minuto resultó en las valoraciones de 0 a 4 puntos con un caso cada una, dos casos de valoraciones de 5 puntos, dos casos con valoración de 6, 10 casos para puntuaciones de 7, 20 puntuaciones de 8 y con una sola puntuación de 9. Por otra parte, el Apgar a los 5 min tuvo 2 valoraciones de 0, 1 valoración de 5 puntos, 2 ocasiones de 6 puntos, 1 puntuación de 7, 7 puntuaciones de 8, 26 valoraciones con 9 y sólo 1 con 10 puntos (P=1.00).

Tabla 6. Frecuencia de complicaciones neonatales.

Alteración del producto	Frecuencia	Porcentaje
negado	35	87.5
RCIU I	3	7.5
PPEG	1	2.5
Riñón multiquístico	1	2.5
Total	40	100.0

Requerimientos transfusionales

Respecto a hemoderivados, al 10% (n=4) de las pacientes se le transfundió plasma fresco congelado, siendo el 100% de este grupo de placenta previa total (P=0.81). Fue necesario transfundir paquetes globulares al 42.5% (n=17) de las pacientes del estudio, siendo el grupo mayoritario las

pacientes con placenta previa total recibiendo el 88.2% (n=35) del total de los paquetes trasfundidos (P=0.99).

De las 5 pacientes con diagnóstico de placenta marginal, solo el 13.6% (n=2) requirieron paquetes globulares; de las 33 pacientes con diagnóstico de placenta previa total el 77.3% (n=15) requirieron paquetes globulares; y por último las pacientes con diagnóstico de placenta de inserción baja y placenta previa parcial con componente posterior no requirieron componentes globulares.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

De enero de 2018 a junio de 2019, la prevalencia de placenta previa en nuestra institución fue de 0.31% con un total de 13084 nacimientos, con 40 pacientes incluidas en nuestro estudio, de las cuales 82.5% entró dentro de la clasificación de placenta previa total. Comparado con un estudio prospectivo realizado en Estiria, Austria el cual incluyó un total de 10 hospitales, donde se identificaron 328 pacientes con placenta previa en un periodo de tiempo de 19 años con reportando el 0.4% de incidencia[11] con similitud en nuestro estudio.

Existe una alta relación entre placenta previa anterior, placenta acreta y cesárea previa, demostrado en una revisión retrospectiva de un Hospital de Jordán [20] donde se presentaron 18651 nacimientos de los cuales 65 pacientes tenían placenta previa y 21 contaban con el antecedente de cesáreas previas. El riesgo de placenta acreta fue del 9% en pacientes con placenta previa y útero sin cicatrices, aumentando al 50% en pacientes con tres cesáreas previas. En nuestro estudio de las 33 pacientes con diagnóstico de placenta previa el 54.5% resultaron con acretismo placentario.

Ahora bien, todos los nacimientos de pacientes con diagnóstico previo de anomalías de la placentación, ocurrieron vía abdominal, a pesar de no contraindicarse en ciertas inserciones, a comparación del estudio retrospectivo

realizado en la Universidad Jiao Tong de Shanghai[17] donde se incluyeron 678 casos, en el cual la cesárea fue la vía de nacimiento en 676, ,mientras que 2 pacientes presentaron parto vaginal, ambos con placenta marginal. En dicho estudio se comparan las variedades de placentación con notables diferencias con los resultados obtenidos en nuestro estudio, sin embargo, esta desigualdad puede ser explicada principalmente, por dos razones; el número de pacientes incluidas en los estudios dista mucho, así como también el sesgo de reclutamiento que tiene su propio peso. Además, en dicho estudio, no se tomó en cuenta la variedad de inserción baja como en el estudio realizado por nosotros. No obstante, es importante resaltar que la variedad de placenta previa total es, por mucho, la más frecuente en ambos.

En nuestro estudio, las pacientes cursando su tercera gestación representaron el mayor subgrupo con placenta previa (22.5%), seguidas de quienes estaban en su segundo embarazo, tal como fue descrito en el análisis de Silver et al, en el que cada parto por cesárea previa se asocia a un riesgo posterior de presentar nuevamente placenta previa [21] ya que en cada cirugía uterina a la cual son sometidas las pacientes se presenta daño al endometrio e inclusive al miometrio, provocando posteriormente adherencia anormal al trofoblasto, debido a la falta del desarrollo del espacio de Nitabuch. [14]

En cuanto a la edad, los grupos de 20 a 24 y 25 a 30 tuvieron un comportamiento similar entre sí, ambos grupos con 12 casos totales, siendo el periodo de edad de mayor incidencia, igualmente ambos tuvieron 2 casos de placenta previa marginal. En el primer grupo existió un caso de placentación baja y

9 previas totales y en el segundo se presentaron 10 previas totales. En contraste, con el estudio retrospectivo de Mortalidad materna de los Estados Unidos de Norteamérica comprendido entre los años de 1979 a 1986 se concluyó que el riesgo de placentas previas era mayor en mujeres mayores de 35 años que en las mujeres menores de 20 años,[22] demostrando una clara diferencia con lo realizado en nuestra institución.

La placenta previa es una patología de gran importancia debido a que se relaciona con complicaciones importantes tanto maternas como perinatales y/o neonatales, las cuales ponen en riesgo la vida del binomio materno-fetal y debido a que existe la posibilidad de hacer diagnóstico prenatal es obligatorio detectar oportunamente esta entidad, ya que existe un riesgo mayor de hemorragia post evento obstétrico con el espectro de placenta previa, inclusive sin diagnóstico de acretismo, atribuido al sangrado difuso en el segmento uterino inferior. [10] En nuestro estudio 23 pacientes fueron sometidas a histerectomía por acretismo placentario, representando el 57.7% de la muestra. En un análisis retrospectivo durante un periodo de 3 años, se incluyeron a pacientes con trastornos del espectro placentario incluyendo a un total de 74 pacientes[23] quienes fueron divididas en 2 grupos, en el primero las pacientes se diagnosticaban en el periodo intraparto y el segundo tenían diagnóstico previo de dicha patología. El 79.7% de las mujeres reclutadas en el primer grupo fueron sometidas a histerectomía, mientras que el segundo grupo se trató de forma conservadora, sometiéndose el 40% a una histerectomía.

En un estudio observacional retrospectivo de 246 pacientes en el periodo de 1999 a 2005 [24] realizado con el fin de recabar información acerca de la necesidad

de transfusión de hemoconcentrados en pacientes sometidas a cesárea con diagnóstico de placenta previa, fue necesario transfundir a 71 (28%) pacientes, comparado con nuestro estudio en el que el 42.5% necesitaron hemotransfusión. Esto confirma que la placenta previa es un fuerte factor de riesgo para esta complicación obstétrica e indica que siempre que se diagnostique una placenta previa, el hospital o clínica que esté dando la atención, debe tener una adecuada disponibilidad de recursos para hemoterapia, como los son paquetes globulares y plaquetarios.

Ahora bien, en referencia a los parámetros neonatales, el APGAR al primer minuto resultó con el puntaje más bajo, comparado con el estudio retrospectivo de la Universidad de Shanghai.[17] Los productos de pacientes con diagnóstico de previo de placenta de inserción anterior obtuvieron el puntaje más bajo del APGAR.

Finalmente, Los productos quienes obtuvieron las peores puntuaciones APGAR tanto al primer minuto como al minuto cinco fueron los productos relacionados con placenta previa total llegando a puntuaciones tan bajas como 0 por lo que se puede precisar relación entre placenta previa total y complicaciones neonatales.

La generación sobre el conocimiento de la frecuencia de la incidencia de la placenta previa, así como las demás patologías placentarias relacionadas, otorga la posibilidad de esclarecer la necesidad de implementación de protocolos de diagnóstico y tratamiento oportunos para una de las patologías capaz de desencadenar hemorragia obstétrica grave, causal de morbimortalidad importante, para así prever y mitigar desenlaces desfavorables.

En el presente protocolo no se logró establecer alguna relación clara entre alguna comorbilidad materna con el diagnóstico de placenta previa y/o acretismo placentario. La principal complicación materna fue la hemorragia presente en 17 pacientes en donde fue necesario el uso de paquetes globulares, siendo los casos de placenta previa total los más prevalentes con 15 casos, pudiéndose establecer así una hipotética relación entre placenta previa total y hemorragia materna.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL TRABAJO

Fortalezas: Al solamente incluir pacientes cuyo diagnóstico de placenta previa fue corroborado por profesores, se disminuye la probabilidad de haber incluido a pacientes con diagnósticos erróneos en el estudio y así afectar en los resultados finales.

Debilidades: La inclusión de un mayor número de pacientes pudo haber arrojado resultados con los que se pudieran establecer asociaciones entre variables un tanto más claras. El sistema de archivo con el que se cuenta no ayuda a tener expedientes confiables, lo que propicia la pérdida de información valiosa, propiciando la exclusión de pacientes potencialmente valiosas para el presente estudio.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

La prevalencia de placenta previa en mujeres hospitalizadas en nuestra institución cursando embarazo mayor a 28 semanas fue de .31%. de las cuales la invasión trofoblástica incidió en 54.5% de las pacientes del rubro de placenta previa total.

El 57.7% de las pacientes intervenidas quirúrgicamente fueron sometidas a histerectomía obstétrica. De las pacientes incluidas en el estudio 42.5% recibieron transfusión de hemoderivados.

De la totalidad de los recién nacidos 87.7% no presentaron morbilidad asociada. En el test APGAR a los 5 minutos 3 pacientes obtuvieron puntuación menor a 5, la cual puede asociarse a dificultad respiratoria y posteriores complicaciones en el periodo neonatal.

Siendo la hemorragia materna un tema de suma importancia en la atención a la mujer embarazada y puérpera, se recomienda la realización de futuros estudios para establecer una relación más clara entre la placenta previa y la hemorragia obstétrica con necesidad de utilización de hemoderivados.

CAPÍTULO IX



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. JUAN ANTONIO SORIA LOPEZ

Investigador principal

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Presente.-

Estimado Dr. Soria:

Les informo que nuestro **Comité de Ética en Investigación** del Hospital Universitario "Dr. Jose Eleuterio Gonzalez", ha **evaluado y aprobado** el proyecto de investigación titulado: **"Prevalencia de placenta previa en pacientes de un hospital de tercer nivel y sus complicaciones"**, registrado con la clave **G119-00017** participando además la Dra. Mericia del Rosario Rodríguez Contreras, Dr. Emilio Modesto Treviño Salinas, Est. Jesús Arturo Salazar Cruz, Dr. Max Molina Ayala, Dr. med. Abel Guzmán López y el Dr. med. Donato Saldivar Rodríguez como Co-Investigadores. Además del siguiente documento.

- Protocolo en extenso, versión 1.0 de fecha noviembre del 2019.

Le pedimos mantenemos informados del avance o terminación de su proyecto.

Sin más por el momento, me despido de ustedes.

Atentamente,
"Alere Flamam Veritatis"
Monterrey, N.L. 13 de Diciembre del 2019



DR. med. JOSE GERARDO GARZA
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Comité de Ética en Investigación

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n, Col. Miras Centrales, C.P. 64460, Monterrey, N.L. México
Teléfonos: 81 8329 4050, Ext. 2870 a 2874. Correo Electrónico: investigacionclinica@meduam.com



September 16, 2017

CAPÍTULO X

REFERENCIAS

- [1] CENETEC, “Diagnóstico y manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales ,” 2013, [Online]. Available:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_589_13_ANOMALIASENINSERCIONPLACENTARIA/589GER.pdf.
- [2] J. A. Fernández-Lara, M. Mendoza-Huerta, S. de la Maza-Labastida, C. Peña-Zepeda, D. M. Esparza-Valencia, and J. P. Ling-García, “Placenta previa total acreta complicada con ruptura prematura de membranas pretérmino: Reporte de un caso,” *Ginecol. Obstet. Mex.*, vol. 86, no. 2, pp. 151–157, 2018, doi: 10.24245/gom.v86i2.1568.
- [3] G. Daskalakis *et al.*, “International Journal of Gynecology and Obstetrics Impact of placenta previa on obstetric outcome,” *Int. J. Gynecol. Obstet.*, vol. 114, no. 3, pp. 238–241, 2011, doi: 10.1016/j.ijgo.2011.03.012.
- [4] K. R. and V. Berghella, “Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis,’ UpToDate, pp. 1–17, 2018.”
- [5] P. Previa, V. Previa, P. Accreta, and R. M. Silver, “Abnormal Placentation,” vol. 126, no. 3, pp. 654–668, 2015, doi: 10.1097/AOG.0000000000001005.
- [6] S. Räisänen, V. Kancherla, and M. R. Kramer, “Placenta Previa and the Risk of Delivering a Small-for-Gestational-Age Newborn,” vol. 124, no. 2, pp. 285–291, 2014, doi: 10.1097/AOG.0000000000000368.

- [7] Robert Resnik, "Clinical features and diagnosis of placenta accreta spectrum (placenta accreta, increta, and percreta) - UpToDate," pp. 1–30, 2018, [Online]. Available: [https://nebulosa.icesi.edu.co:2104/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-placenta-accreta-spectrum-placenta-accreta-increta-and-percreta?search=acretismo placentario&source=search_result&selectedTitle=1~48&usage_type=default &display_rank=1](https://nebulosa.icesi.edu.co:2104/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-placenta-accreta-spectrum-placenta-accreta-increta-and-percreta?search=acretismo%20placentario&source=search_result&selectedTitle=1~48&usage_type=default&display_rank=1).
- [8] K. Russo-stieglitz and V. Berghella, "Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis," *UpToDate*, pp. 1–17, 2018.
- [9] D. Fan *et al.*, "The Incidence of Postpartum Hemorrhage in Pregnant Women with Placenta Previa : A Systematic Review and Meta-Analysis," pp. 1–15, 2017, doi: 10.1371/journal.pone.0170194.
- [10] S. Alouini *et al.*, "Diagnosis and management of placenta previa and low placental implantation," *J. Matern. Neonatal Med.*, vol. 0, no. 0, pp. 1–6, 2019, doi: 10.1080/14767058.2019.1570118.
- [11] M. Kollmann, J. Gaulhofer, U. Lang, and P. Klaritsch, "Placenta praevia: Incidence, risk factors and outcome," *J. Matern. Neonatal Med.*, vol. 29, no. 9, pp. 1395–1398, 2016, doi: 10.3109/14767058.2015.1049152.
- [12] A. Berezowsky, M. Ben-zion, and A. Wiznitzer, "Second Trimester Biochemical Markers as Possible Predictors of Pathological Placentation : A Retrospective Case-Control Study," vol. 49100, 2019, doi: 10.1159/000492829.

- [13] C. G. F., *WILLIAMS OBSTETRICIA*. 2015.
- [14] A. G. Cahill, R. Beigi, R. P. Heine, R. M. Silver, and J. R. Wax, "Placenta Accreta Spectrum," *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 219, no. 6, pp. B2–B16, 2018, doi: 10.1016/j.ajog.2018.09.042.
- [15] W. Booker and L. Moroz, "Abnormal placentation," *Semin. Perinatol.*, vol. 43, no. 1, pp. 51–59, 2019, doi: 10.1053/j.semperi.2018.11.009.
- [16] U. Mazumder and S. Rouf, "Review Article Updated Protocol for Management of Placenta Previa."
- [17] L. Jing, G. Wei, S. Mengfan, and H. Yanyan, "Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa," pp. 1–11, 2018.
- [18] P. Y. Manejo, D. E. L. A. Hemorragia, and D. E. T. Trimestre, "1.1. CLÍNICA La manifestación clínica más frecuente de la PP es la metrorragia aislada de sangre roja brillante abundante de origen materno. En el 10-30% de los casos se asocia a dinámica," pp. 1–15.
- [19] M. O'Brien, John M., "Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa."
- [20] Z. S. · A.-H. A. · E.-J. MF, "Placenta previa y acreta: análisis de una experiencia de dos años."
- [21] B. M. M. Grobman, William A. MD, MBA; Gersnoviez, Rebecca MS; Landon, Mark B. MD; Spong, Catherine Y. MD; Leveno, Kenneth J. MD; Rouse, Dwight J. MD; Varner, Michael W. MD; Moawad, Atef H. MD; Caritis, Steve N. MD; Harper, Margaret MD; Wapner, Ronald J. MD; Soroki, "Pregnancy Outcomes for Women With Placenta Previa in Relation to the Number of

Prior Cesarean Deliveries.”

- [22] M. Solomon Iyasu, MB, BS, P. Audrey K. Saftlas, M. Diane L. Rowley, M. Lisa M. Koonin, M. Herschel W. Lawson, and M. Hani K. Atrash, “The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979 through 1987.”
- [23] P. M. J. S. N. P. D. P. R. Bharti, “Comparación de los trastornos del espectro de placenta accreta diagnosticados en el período intraparto y preparto: una experiencia de tres años en una unidad de derivación terciaria de la India.”
- [24] O. P. Boyle RK, Waters BA, “Blood transfusion for caesarean delivery complicated by placenta praevia. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2009 Dec;49(6):627-30. doi: 10.1111/j.1479-828X.2009.01089.x. PMID: 20070711.”

CAPÍTULO XI

ABSTRACT

Background. Placenta praevia is the insertion of the placenta in a place close to or near the cervical orifice, which are abnormal locations. It is related to many risk factors that are extremely common in our environment. It is also closely related to abnormalities of placentation in terms of depth of insertion, such as accretion, incremental and percreta placenta, and these increase perinatal complications, which can be very serious. That is why it is of utmost importance to know the prevalence in order to generate behaviors at all levels of prevention suitable for that purpose.

Objective. To determine the prevalence of placenta previa in hospitalized women who are more than 28 weeks pregnant in a third level hospital. **Material and methods.**

An observational, retrospective, comparative and descriptive study was carried out in the Department of Gynecology and Obstetrics of the University Hospital "Dr. José Eleuterio González" reviewing the databases of patients with placenta previa reported in the area of Obstetrics in those who have undergone obstetric hysterectomy. The histopathological diagnosis will be corroborated by the Department of Human Pathology from January 2018 to June 2019. A statistical analysis of the variables to be studied was carried out. **Results.** Of the 40 patients included in the study, 12.5% presented a placenta with marginal implantation, 2.5% had a low insertion placenta, 82.5% had a diagnosis of total placenta previa and only 2.5% had a partial placenta previa with a posterior component. **Conclusions.** Placenta praevia is a very important pathology because it is related to important maternal, perinatal and/or neonatal

complications that put the life of the mother as well as that of the product at risk. Since it is possible to make a prenatal diagnosis, it is necessary to detect it in time in order to take appropriate measures to reduce perinatal and maternal complications.

CAPÍTULO XII

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Mericia del Rosario Rodríguez Contreras

Candidata para el grado de especialidad de Ginecología y Obstetricia

Tesis: Prevalencia de placenta previa en un hospital de tercer nivel y sus complicaciones

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía

Nacida en Monterrey, Nuevo León, Hija de Eveanna Margarita Rodríguez Contreras, esposa de Rubén Eduardo García Aguirre

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León obteniendo el grado de Médico Cirujano y Partero en el 2016.

Experiencia Profesional: Residente de Cuarto Año (4-4) de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León.