

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO



TRABAJO ACADÉMICO

**Repercusión materna por alteraciones de inserción placentaria en puérperas
atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, 2022**

Para optar el título de Especialista en:

Emergencias Obstétricas

Autor:

Obsta. Magaly Del Pilar ORIHUELA SEMINARIO

Asesor:

Dra. Giovanna Bethzabé ENRIQUEZ GONZALES

Cerro de Pasco – Perú - 2024

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO



TRABAJO ACADÉMICO

**Repercusión materna por alteraciones de inserción placentaria en puérperas
atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, 2022**

Sustentado y aprobado ante los miembros del jurado:

Dr. Ricardo Arturo GUARDIAN CHÁVEZ

PRESIDENTE

Mg. Vilma Eneida PALPA INGA

MIEMBRO

Mg. Yessenia Karina ROSELL GARAY

MIEMBRO



Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
Escuela de Posgrado
Unidad de Investigación

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 0162-2023- DI-EPG-UNDAC

La Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, ha realizado el análisis con exclusiones en el Software Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por:

Magaly Del Pilar ORIHUELA SEMINARIO

Escuela de Posgrado

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA EN EMERGENCIAS
OBSTETRICAS**

Tipo de trabajo:

TRABAJO ACADÉMICO (ENSAYO)

Título del trabajo:

**“REPERCUSIÓN MATERNA POR ALTERACIONES DE INSERCIÓN
PLACENTARIA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL FÉLIX
MAYORCA SOTO, 2022”**

Asesor:

Dra. Giovanna Bethzabé ENRIQUEZ GONZALES

Índice de Similitud:

20%

Calificativo

APROBADO

Se adjunta al presente el informe y el reporte de evaluación del software similitud.

Cerro de Pasco, 09 de octubre del 2023.

Dr. Julio César Carhuaricra Meza
Director de la Unidad de Investigación de la
Escuela de Posgrado UNDAC
Pasco – Perú

SISGEDO - EPG

Reg. Doc. 00382257

Reg. Exp. 00214409

c.c.
Archivo
JCCM/EPG

RESUMEN

El embarazo considerado como un proceso fisiológico, puede presentar complicaciones con riesgo de desarrollar una serie de trastornos que pueden provocar resultados desfavorables para la madre y el niño por nacer.

Las alteraciones de inserción o implantación placentaria se presentan clínicamente a finales del segundo trimestre del embarazo, se asocia con acretismo placentario, principal causante histerectomía periparto, morbilidad y mortalidad maternas y fetal. Las variaciones en la implantación o inserción de la placenta en el cuerpo uterino, incluye la inserción marginal del cordón placentario.

Objetivo General: Realizar una revisión bibliográfica respecto a las repercusiones maternas por alteración de la inserción placentaria en puérperas atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, 2022.

Conclusiones: La placenta previa es una complicación hemorrágica obstétrica que se presenta a fines del segundo trimestre del embarazo, se caracteriza por presentar un sangrado indoloro adherido en el segmento interior del útero. Puede ser: placenta previa total, parcial, marginal y de inserción baja. Los factores de riesgo de la placenta previa tenemos, hábitos de fumar, multiparidad, abortos, embarazo múltiple y la cesárea previa, considerado como el principal factor. La placenta acreta, es una complicación asociada a la placenta previa, caracterizada por una invasión anormal del trofoblasto fuera del endometrio, cuyos grados son: placenta aceta, increta y percreta. Las complicaciones de la placenta previa son: parto prematuro, peso al nacer menor de 2,500 gr. APGAR bajo, además de presentar un alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

Palabras clave: Placenta previa, placenta acreta, inserción placentaria.

ABSTRACT

Pregnancy, considered as a physiological process, can present complications with the risk of developing a series of disorders that can cause unfavorable outcomes for the mother and the unborn child.

Placental insertion or implantation disorders occur clinically at the end of the second trimester of pregnancy, and are associated with placental accreta, the main cause of peripartum hysterectomy, maternal and fetal morbidity and mortality. Variations in the implantation or insertion of the placenta into the uterine body include marginal insertion of the placental cord.

General Objective: To carry out a bibliographic review regarding the maternal repercussions due to alterations in placental insertion in postpartum women treated at the Félix Mayorca Soto Hospital, 2022.

Conclusions: Placenta previa is an obstetric hemorrhagic complication that occurs at the end of the second trimester of pregnancy, characterized by painless bleeding adhered to the inner segment of the uterus. It can be: total, partial, marginal and low-insertion placenta previa. The risk factors for placenta previa are smoking habits, multiparity, abortions, multiple pregnancies and previous cesarean section, considered the main factor. Placenta accreta is a complication associated with placenta previa, characterized by an abnormal invasion of the trophoblast outside the endometrium, whose degrees are: placenta aceta, increta and percreta. Complications of placenta previa are: premature birth, birth weight less than 2,500 g. Low APGAR, in addition to presenting a high risk of maternal morbidity and mortality.

Keywords: Placenta previa, placenta accreta, placental insertion.

INTRODUCCIÓN

La placenta humana, es el órgano discoide fetal, el más grande y el primero en desarrollarse.(1) Tiene relación hemocorial con la madre; debido a que las vellosidades del trofoblasto están en contacto con la sangre materna.(2) Está conformada por tejidos materno fetales, de ella depende la supervivencia y el crecimiento del feto, la parte fetal está representado por el corión y la parte materna está representado por la superficie del endometrio.(1) Las funciones principales de la placenta destacan: Permite el intercambio gaseoso y nutrientes entre la madre y el feto; producción de la gonadotrofina coriónica, progesterona (mantiene el embarazo) y el lactógeno placentario (promueve el desarrollo de la glándula mamaria); y protege al feto de la respuesta inmune materna impidiendo que este, sea rechazado como cuerpo extraño.(2)

La inserción placentaria juega un papel crucial durante el embarazo, y comprender las posibles alteraciones en este proceso es esencial para garantizar la salud y el bienestar de la madre y consecuentemente del niño por nacer. Estas alteraciones, pueden generar diversas complicaciones para la madre y el producto, la hemorragia constituye un trastorno muy peligroso, con riesgo de muerte para la madre. (3)

Las alteraciones placentarias como placenta previa, acretismo placentario, desprendimiento prematuro de la placenta, inserción velamentosa, pueden estar asociadas a diversos factores de riesgo que pueden influir en su desarrollo. Algunos de estos factores incluyen: edad materna avanzada, multiparidad, historia de complicaciones placentarias, enfermedades crónico-maternas, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas, infecciones maternas, malformaciones uterinas entre otros.

En ese sentido, la placenta previa está referida a aquella implantación en el segmento inferior del útero, cerca o con algún grado de cobertura del orificio interno del cuello uterino, (4) está presente en la segunda mitad del embarazo, caracterizado por una

hemorragia indolora que rápidamente puede poner en riesgo la vida de la madre y el producto. Asimismo, el desarrollo placentario desordenado es el principal defecto en las principales enfermedades del embarazo, como la preeclampsia, la restricción del crecimiento fetal, los abortos espontáneos recurrentes y la muerte fetal.(4)

Por otro lado, las contribuciones genéticas de los padres pueden tener efectos también sobre el peso de la placenta. El aumento de peso materno, las enfermedades médicas, las exposiciones ambientales y los hábitos como el consumo de tabaco pueden modificar aún más el crecimiento fetal y placentario, modificando la eficiencia funcional de la placenta.(5)

La placenta previa ha cobrado especial importancia clínica por su asociación con el acretismo placentario que engloba una serie de patologías según en nivel de invasión placentaria en las capas uterinas, incluye placenta increta, la placenta percreta y la placenta acreta.(6) La etiología de la placenta accreta corresponde a defecto de la interfaz endometrio-miometrial que conlleva a una falla en la decidualización normal en la zona de cicatriz uterina previa, dando lugar a una infiltración anormal profunda de las vellosidades placentarias y del trofoblasto.(7)

El espectro de placenta accreta como fenómeno de la inserción placentaria viene afectando los resultados de salud materna a nivel mundial, por lo que, es importante el diagnóstico temprano. (8)

Teniendo en cuenta estos hallazgos, se desarrolló el presente trabajo de investigación, a través de una revisión de la literatura científica actualizada con el propósito de identificar la repercusión materna a consecuencia de las alteraciones de inserción placentaria en las puérperas atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, 2022.

La autora

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

INDICE

I. DATOS GENERALES

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

II. TEMA DE INVESTIGACIÓN

a. Identificación del tema	2
b. Delimitación del tema.....	4
c. Recolección de datos	4
d. Planteamiento del problema de investigación	4
e. Objetivo:	5
f. Esquema del tema.....	5
g. Desarrollo y argumentación	6
h. Conclusiones.....	12

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

I. DATOS GENERALES

a. Título del ensayo académico

Repercusión materna por alteraciones de inserción placentaria en puérperas atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, 2022”

b. Línea de investigación

Salud pública, epidemias, recursos medicinales

Sub línea: Salud materna y perinatal

c. Presentado por:

Magaly Del Pilar ORIHUELA SEMINARIO

d. Fecha de inicio y término

Octubre a Diciembre del 2022.

II. TEMA DE INVESTIGACIÓN

a. Identificación del tema

El embarazo es uno de los mayores desafíos fisiológicos que una mujer puede experimentar. Las que acompañan al embarazo pueden aumentar el riesgo de desarrollar una serie de trastornos que pueden provocar resultados fisiológicos tanto agudos como crónicos.(10)

Las alteraciones de inserción placentaria, son un factor de riesgo para la hemorragia durante el embarazo, constituye una de las causas más frecuentes de la emergencia obstétrica, en muchos casos estos sangrados son catastróficos, no siempre evidentes clínicamente.(11) En ese sentido, las alteraciones de inserción o implantación placentaria, se asocia con alta morbilidad y mortalidad materna y perinatal,(12) se manifiesta clínicamente con sangrado a finales del segundo trimestre del embarazo, debido a la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, con algún grado de cercanía al orificio cervical interno del cuello uterino.(13)

A nivel mundial, la incidencia reportada de alteraciones de inserción placentaria varía entre 1/1000 y 1/2500, pero se ha multiplicado por 10 en los últimos 50 años, probablemente como consecuencia del aumento de las tasas de cesáreas.(14) Su frecuencia en embarazos únicos es de 2.8 por 1000 gestaciones y de 3.9 en embarazos gemelares. La incidencia de placenta previa en nuestro país alcanza del 9 al 15% de todas las gestantes.(12) La incidencia de placenta previa ha aumentado en paralelo con las tendencias cambiantes en los factores de riesgo. (15)

Asimismo, la incidencia del acretismo placentario constituye el 5% de los casos sin antecedente de cesárea y en el 40% de casos con antecedente de tres

cesáreas.(4) La morbilidad materna es alta, se asocian complicaciones como: hemorragia anteparto con el 42,3%, hemorragia posparto 7,1%, anemia materna 30%, placentación adherente comórbida 4% e histerectomía 5,2 %

Los trastornos de placenta acreta es causa principalmente de la histerectomía periparto, morbilidad y mortalidad maternas y fetal.(8) Con el incremento de la edad materna y las cicatrices uterinas producto de las cesáreas, la incidencia de la placenta previa y el acretismo placentario se ha incrementado.(4) Por ello, las mujeres con antecedentes de parto por cesárea anterior, que presentan placenta previa, son el grupo de mayor riesgo de placenta previa accreta.(8)

Otros factores de riesgo incluyen placenta previa, otra cirugía uterina previa, multiparidad, avanzada edad materna, síndrome de Asherman y submucoso mioma. En presencia de placenta previa el riesgo de “placenta accreta” aumenta del 24% en un paciente con una historia de una cesárea previa al 67% en un paciente con antecedentes de tres o más partos por cesárea.(14)

Las variaciones en la implantación o inserción de la placenta en el cuerpo uterino, incluye la inserción marginal del cordón placentario; y la inserción velamentosa del cordón, asociado con resultados adversos del embarazo.(16) Por otro lado, el acretismo placentario es una condición heterogénea asociada con una alta tasa de morbilidad y mortalidad materna, que presenta desafíos únicos en su diagnóstico y manejo, haciéndose notar por un sangrado profuso y falta de desprendimiento de la placenta al momento del alumbramiento.(17)

Por ello, me planteo la siguiente pregunta ¿Cuáles son las repercusiones maternas por alteración de la inserción placentaria en puérperas atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, 2022?

b. Delimitación del tema

Delimitación temporal

Los datos utilizados en la presente investigación, corresponden al periodo de octubre a diciembre del 2022.

Delimitación espacial

El presente estudio de investigación fue desarrollado en el Hospital Felix Mayorca Soto, ubicado estratégicamente en la provincia de Tarma, departamento de Junín.

Delimitación académica

El presente ensayo académico permite generar un aporte académico respecto a las alteraciones de inserción placentaria y su repercusión en la madre.

c. Recolección de datos

Durante el desarrollo de esta investigación documental se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

1. Revisión minuciosa de las diferentes bases de datos, tanto en idioma español e inglés.
2. Organización de la bibliografía a través de un gestor bibliográfico, Zotero.
3. Verificación de los contenidos de los documentos recabados para hacer un filtrado de aquellos que responden a las variables de investigación.
4. Categorización sobre la importancia de la bibliografía recolectada.

d. Planteamiento del problema de investigación

Problema General

¿Cuáles son las repercusiones maternas por alteración de la inserción placentaria en púerperas atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, 2022?

Problemas Específicos

- a. ¿Cuáles son las características de la placenta previa y los riesgos para la madre?
- b. ¿Cuáles son las características de la placenta acreta como complicación de la placenta previa?

e. Objetivo:

Objetivo General

Realizar una revisión bibliográfica respecto a las repercusiones maternas por alteración de la inserción placentaria en puérperas atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, 2022.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las características de la placenta previa y el riesgo para la madre.
2. Identificar las características de la placenta acreta como complicación asociada a la placenta previa.

f. Esquema del tema

- Placenta previa
- Anatomía patológica de la placenta previa
- Etiología
- Clasificación
- Clínica
- La placentación acreta
- Clasificación de la placentación acreta
- Complicaciones maternas

g. Desarrollo y argumentación

La placenta previa es una complicación obstétrica grave, causante común de hemorragia en el embarazo.(9) Es aquella implantación de la placenta en el segmento inferior del útero cerca o con alguna cobertura en el orificio cervical, se presenta a finales del 2do trimestre, (4) se manifiesta con un sangrado indoloro producto del desprendimiento de la placenta adherida al segmento uterino inferior que cubre parcial o completamente el cuello uterino interno.(20) Para embarazos de más de 16 semanas de gestación, se debe utilizar el término placenta baja cuando el borde placentario está a menos de 20 mm del orificio interno en la exploración transabdominal o transvaginal. (8)

Respecto a la anatomía patológica, el lugar de la inserción de la placenta existe un desarrollo considerable de los vasos sanguíneos en algunos casos la invasión del trofoblasto puede llegar hasta el miometrio, pudiendo evolucionar hacia la placenta accreta. La placenta por lo general es más grande, irregular, delgada; puede existir atrofia de algunos cotiledones, las membranas son gruesas pero más frágiles y pueden hallarse desgarradas en el reborde placentario. (21)

Por otro lado, respecto a la etiología de la placenta previa se puede explicar a través de los siguientes mecanismos: 1. Debido a la presencia de alteraciones en el endometrio o miometriales puede conllevar a que la implantación placentaria sea próximo al orificio cervical interno en aquellos tes casos como antecedente de cesárea previas, legrado uterino, multiparidad, edad >35 años, presencia de miomas, malformaciones uterinas, 2. Aumento relativo de la masa placentaria a consecuencia de: embarazo múltiple, consumo de tabaco y residencia en altura. (12)

Esta información se corrobora con la investigación realizada en China entre los años 2009 y 2018, las características clínicas de las pacientes de los grupos de

parto por cesárea y parto vaginal, respectivamente. En el grupo de parto por cesárea, las mujeres con antecedentes de placenta previa eran significativamente mayores ($32,17 \pm 3,99$ vs. $33,64 \pm 3,83$ años, $P < 0,05$) y tenían un nivel educativo significativamente más bajo ($P < 0,05$) que las mujeres sin antecedentes de placenta previa. Placenta previa. El modo de concepción, las semanas de gestación, el número de abortos y partos vaginales previos, el intervalo de tiempo entre los dos partos y el sexo del recién nacido fueron similares en mujeres con y sin placenta previa. La edad materna, el nivel de educación, el número de abortos previos y el sexo del recién nacido fueron similares en mujeres con antecedentes de placenta previa y mujeres sin estos antecedentes. (20)

Al respecto, también algunos investigadores han sugerido que la placenta previa completa, se caracteriza por la unión de la placenta a la pared anterior que cubre la cicatriz uterina, debe definirse como placenta previa perniciosa. Por lo que, estudios anteriores han sugerido que la placenta previa es a menudo un factor de riesgo para la placenta acreta. (9)

La placenta previa se clasifica como: placenta previa total, cuando ocluye totalmente el orificio cervical interno; placenta previa parcial, cuando ocluye parcial el orificio cervical interno; placenta previa marginal, cuando el borde la placenta se ubica en el margen del orificio cervical interno; y placenta previa de inserción baja, cuando el borde de la placenta se acerca al orificio cervical interno.(12)

Clínicamente, el sangrado vaginal a consecuencia la placenta previa es indolora en el 80% de los casos, por lo general sin contracciones uterinas. En el 10% de los casos es asintomática.(12) En estos casos, es necesario la confirmación del diagnóstico ecográfico.

Aproximadamente, en un tercio de las gestantes con este diagnóstico, presentan el primer episodio de sangrado antes de la semana 30 se presenta, en la misma proporción entre la semana 30 a 35 y después de la semana 36. Consecuentemente, se debe de tener en cuenta que cuanto más temprano sea el primer episodio de sangrado, mayor será la intensidad y la probabilidad de recurrencia. (22)

La ecografía tiene una sensibilidad superior al 90 % para el diagnóstico del tipo de placenta previa (placenta previa completa y parcial o marginal), así como también la posición de inserción de la placenta (p. ej., pared uterina anterior, pared posterior, si la la placenta se superpone a una cicatriz quirúrgica de una cesárea anterior). (23)

El comienzo del parto, al iniciar la dilatación cervical, puede agravar la intensidad del sangrado sobre todo en casos de placenta oclusiva total. En los casos de placenta marginal anterior, el inicio del parto y el descenso de la presentación fetal pueden ayudar a cohibir la hemorragia al comprimir la lengüeta placentaria. (22)

Asimismo, en mujeres con placenta baja persistente o placenta previa a las 32 semanas de gestación que permanecen asintomáticas, se recomienda una exploración transabdominal o transvaginal adicional alrededor de las 36 semanas de gestación para decidir la vía del parto. Una longitud cervical corta antes de las 34 semanas aumenta el riesgo de parto prematuro de emergencia y hemorragia masiva en la cesárea. (8)

Como parte de estos fenómenos de implantación placentaria, la placenta accreta, es un fenómeno poco frecuente del embarazo, se caracteriza por una inserción anómala de la placenta, puede ser parcial o total, conllevado por un error de la implantación del trofoblasto. (24) Constituye una de las condiciones de gran riesgo de mortalidad para la madre. (25)

Histopatológicamente, hay tres grados de invasión placentaria anormalmente profunda: placenta accreta, increta y percreta. La placenta accreta ocurre cuando las vellosidades placentarias se adhieren directamente al miometrio, la placenta increta ocurre cuando las vellosidades placentarias invaden el miometrio, y la placenta percreta ocurre cuando las vellosidades placentarias invaden a través del miometrio en la serosa. (26) Un metanálisis de 2019 demostró que el 63 % son placenta accreta, el 15 % son placenta increta y el 22 % son placenta percreta. (26)

Además, la placenta accreta se puede clasificar como placenta accreta total, placenta parcial accreta, o placenta accreta focal según la cantidad de tejido placentario adherido al miometrio. La patogenia sigue sin estar clara, la teoría aceptada es la vascularización anormal de la cicatriz uterina por cirugía previa.(26)

Hasta el momento, la rareza de esta condición, junto con la ausencia de evidencia de alta calidad y la falta de un enfoque estandarizado en el reporte de casos de acretismo placentario para el diagnóstico ecográfico, clínico y patológico, representaran desafíos para una comprensión profunda de esta condición. El estudio de las estrategias de manejo disponibles de la placenta accreta se ha visto obstaculizado por la heterogeneidad de los datos epidemiológicos disponibles sobre esta condición. (17)

El factor de riesgo más importante para el acretismo placentario es la combinación de un parto por cesárea anterior y una placenta previa. Otros factores de riesgo importantes incluyen antecedentes de acretismo placentario, embarazo con cicatriz de cesárea, embolización de la arteria uterina, adherencias intrauterinas (síndrome de Asherman) y ablación endometrial. (27)

La placenta accreta puede provocar hemorragia, lo que resulta en histerectomía, transfusión de sangre, insuficiencia orgánica múltiple y muerte. La

ecografía obstétrica se puede utilizar para diagnosticar la placenta acreta prenatalmente, lo que permite programar el parto en un centro multidisciplinario de excelencia para acreta. (28)

Khan et al. reportan que la evaluación de los factores de riesgo maternos por diagnóstico reveló marcadas diferencias entre accreta versus increta y percreta. El exceso de vascularización evaluado clínicamente del segmento uterino inferior se correlacionó con la gravedad de la enfermedad. Asimismo, el parto dirigido a las 34 semanas y el diagnóstico, el tratamiento y la atención administrados por el equipo de pacientes con placenta acreta se asociaron con mejores resultados maternos, pero no neonatales.(29)

La placenta accreta es un trastorno congénito de la placentación asociados con una alta morbilidad y mortalidad tanto para madres y los recién nacidos cuando no se diagnostican antes del parto (30,31) La presencia de un equipo experimentado, multidisciplinario permitirá la identificación de riesgo prenatal y un diagnóstico preciso de placentación accreta respecto a la profundidad de la invasión placentaria, es determinante para definir el riesgo de mortalidad materna. (32,33)

Finalmente, respecto a las complicaciones maternas. Vahanian S., a través de una revisión sistemática que incluyó 79 estudios de un total de 1421 gestantes, evaluó el alcance de la asociación entre las anomalías de la implantación placentaria y el parto prematuro en gestaciones únicas. Concluyeron que según los estudios comparativos que utilizaron controles, un mayor riesgo de parto prematuro en pacientes con placenta previa; la tasa de parto pretérmino para placenta de inserción baja, placenta previa, placenta accreta, vasa previa e inserción velamentosa de cordón fue de 26.9%, 43.5%, 57.7%, 81.9%, y 37.5%, respectivamente. Se encontró significancia estadística para el riesgo de parto pretérmino en pacientes con placenta

previa (RR: 5.32; IC 95%, 4.39-6.45), vasa previa (RR: 3.36 IC 95% 2.76-4.09) e inserción velamentosa de cordón (RR, 1.95; 95% IC, 1.67-2.28). (34) Asimismo, las principales complicaciones neonatales en placenta previa fueron: ingreso a terapia intensiva neonatal (RR, 4.09; IC 95%, 2.80-5.97), muerte neonatal (RR 5.44; IC 95% 3.03-9.78) y muerte perinatal (RR 3.01; IC 95% 1.41-6.43). (35)

Por otro lado, Khirasaria, en un estudio de la India encontró que la placenta previa, es la principal causa de hemorragia en el embarazo, principalmente se presenta en multíparas (66.6%) en comparación con las primíparas (16.6%). De todas ellas, el 86% de los casos requirió transfusión de sangre y se observó shock/hipotensión en el 43% de los casos, hemorragia posparto en el 33,3%, placenta adherente en el 3,33%. No se observó sepsis en ninguno de los casos. (3),

Asimismo, en una revisión sistemática y metaanálisis, elaborado por Fan D. et al. indican que la placenta previa está relacionada con un mayor riesgo de cesárea de emergencia, necesidad de transfusión de sangre, ingreso materno a la unidad de cuidados intensivos, histerectomía, septicemia, tromboflebitis e incluso muerte materna. (36) Mastrolia et al encontró que no hubo diferencias significativas respecto a la hemorragia grave en gestantes que tuvieron episodios de sangrado durante el embarazo versus gestantes que sólo tuvieron el episodio de sangrado en el parto. Al respecto, la tasa de anemia fue menor (43,8% versus 63,7%, $p = 0,02$) mientras que la necesidad de transfusión de sangre fue mayor (37,5% versus 21,1%, $p = 0,03$) en el grupo de estudio. La tasa de cesáreas fue significativamente diferente entre los grupos. (37) Asimismo, el riesgo de resultados maternos y neonatales adversos para las mujeres con placenta previa no se vio sustancialmente afectado por la edad materna si se tuvieron en cuenta sus diferentes perfiles de riesgo. (15)

h. Conclusiones

- La placenta previa y la placenta acreta son aberraciones en el desarrollo normal de la placenta. El diagnóstico en el período prenatal es fundamental porque cada una de estas patologías puede tener un profundo impacto en el manejo del parto, el nacimiento y la tercera etapa
- Dentro de los factores de riesgo de la placenta previa tenemos, hábitos de fumar, multiparidad, abortos, embarazo múltiple y la cesárea previa, considerado como el principal factor. Sin embargo, en los últimos años, ha habido un incremento de estas anomalías placentarias, considerándose el aumento de la tasa de cesáreas como una de las principales causas.
- La placenta accreta, es una complicación asociada a la placenta previa, caracterizada por una invasión anormal del trofoblasto fuera del endometrio, cuyos grados de invasión anómala de la placenta son: placenta aceta, increta y percreta.
- La hemorragia es la principal repercusión maternas, pudiendo asociarse a parto prematuro, anemia, tromboflebitis, además de presentar un alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roa I, Smok S C, Prieto G R. Placenta: Anatomía e Histología Comparada. *International Journal of Morphology*. diciembre de 2012;30(4):1490-6.
2. Morgan-Ortiz F, Morgan-Ruiz FV, Quevedo-Castro E, Báez-Barraza J. Anatomía y fisiología de la placenta y líquido amniótico. *Rev Med UAS [Internet]*. 2015;5(4). Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v5/n4/amniotico.pdf>
3. Khirasaria DM, Nayak TC. A study of complications in cases of placenta previa. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 23 de noviembre de 2017;6(12):5503-7.
4. Ávila S, Alfaro T, Olmedo J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. 2016;6(III):10.
5. Yampolsky M, Salafia CM, Shlakter O, Haas D, Eucker B, Thorp J. Centrality of the umbilical cord insertion in a human placenta influences the placental efficiency. *Placenta*. diciembre de 2009;30(12):1058-64.
6. Garita E, Angulo LC, Salas JP. Acretismo Placentario.: Revisión bibliográfica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos [Internet]*. 8 de abril de 2022;6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/359833733_Acretismo_Placentario_Revisión_bibliografica
7. Society of Gynecologic Oncology, American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal–Fetal Medicine, Cahill AG, Beigi R, Heine RP, Silver RM, et al. Placenta Accreta Spectrum. *Am J Obstet Gynecol*. diciembre de 2018;219(6):B2-16.

8. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2019;146(1):20-4.
9. Jing L, Wei G, Mengfan S, Yanyan H. Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa. *PLOS ONE*. 17 de julio de 2018;13(7):e0200252.
10. Cuffe JSM, Holland O, Salomon C, Rice GE, Perkins AV. Review: Placental derived biomarkers of pregnancy disorders. *Placenta*. 1 de junio de 2017;54:104-10.
11. Gómez Gutiérrez-Solana I, Larrañaga C. Hemorragia en la gestación. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2009;32:81-90.
12. Pérez-Aliaga C. Hemorragias en la Segunda Mitad del Embarazo. *Rev peru ginecol obstet*. 24 de abril de 2015;56(1):18-22.
13. Sandoval-García-Travesí FA, Reyes-Hernández MU, Sandoval-Barajas D, Morales-Hernández S, Tovar-Galván V, Hinojosa-Cruz JC, et al. Placenta previa: resultados perinatales en la experiencia de una unidad médica de tercer nivel. *Cirugía y cirujanos*. diciembre de 2019;87(6):667-73.
14. Chantraine F, Braun T, Gonser M, Henrich W, Tutschek B. Prenatal diagnosis of abnormally invasive placenta reduces maternal peripartum hemorrhage and morbidity. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2013;92(4):439-44.
15. Roustaei Z, Vehviläinen-Julkunen K, Tuomainen TP, Lamminpää R, Heinonen S. The effect of advanced maternal age on maternal and neonatal outcomes of placenta previa: A register-based cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 de agosto de 2018;227:1-7.

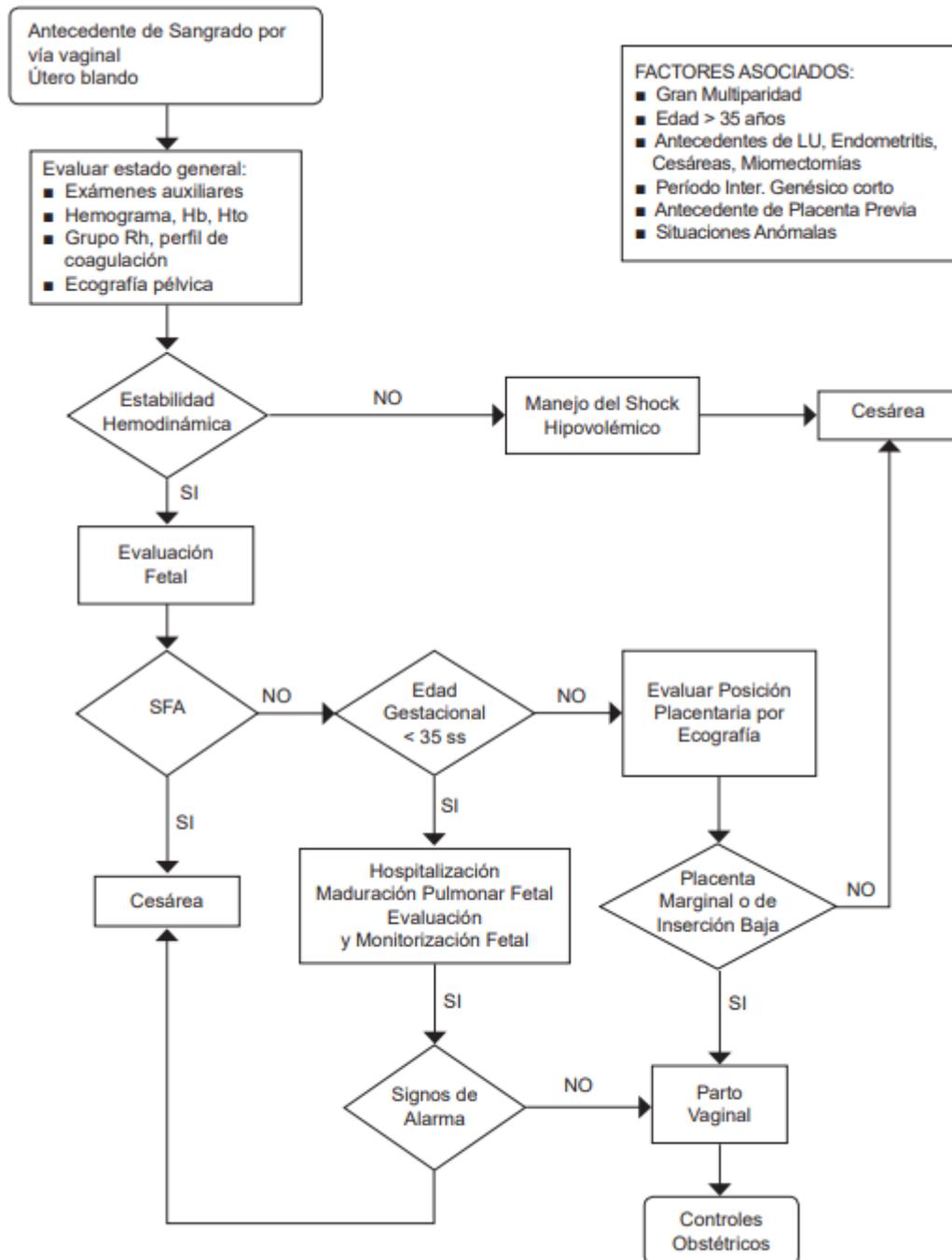
16. Ismail KI, Hannigan A, O'Donoghue K, Cotter A. Abnormal placental cord insertion and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 6 de diciembre de 2017;6(1):242.
17. Morlando M, Collins S. Placenta accreta spectrum disorders: Challenges, risks, and management strategies. *International Journal of Women's Health*. 2020;12:1033-45.
18. Nathan LM. An overview of obstetric hemorrhage. *Seminars in Perinatology*. 1 de febrero de 2019;43(1):2-4.
19. Wiedaseck S, Monchek R. Placental and Cord Insertion Pathologies: Screening, Diagnosis, and Management. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2014;59(3):328-35.
20. Zhang L, Bi S, Du L, Gong J, Chen J, Sun W, et al. Effect of previous placenta previa on outcome of next pregnancy: a 10-year retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15 de abril de 2020;20(1):212.
21. Huamán J. Manejo de patología obstétrica en altura. 3ra edición. Huancayo, Perú; 2003.
22. Sociedad Española de Gineco Obstetricia. Placenta previa [Internet]. 2012 [citado 2 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501313000812>
23. Bowman ZS, Eller AG, Kennedy AM, Richards DS, Winter TC, Woodward PJ, et al. Accuracy of ultrasound for the prediction of placenta accreta. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 de agosto de 2014;211(2):177.e1-177.e7.
24. Véliz O F, Núñez S A, Selman A. A. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. *Rev chil obstet ginecol*. noviembre de 2018;83(5):513-26.

25. Silver RM, Fox KA, Barton JR, Abuhamad AZ, Simhan H, Huls CK, et al. Center of excellence for placenta accreta. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 de mayo de 2015;212(5):561-8.
26. Horgan R, Abuhamad A. Placenta Accreta Spectrum: Prenatal Diagnosis and Management. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 1 de septiembre de 2022;49(3):423-38.
27. Conturie CL, Lyell DJ. Prenatal diagnosis of placenta accreta spectrum. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2022;34(2):90-9.
28. Silver RM, Barbour KD. Placenta accreta spectrum: accreta, increta, and percreta. *Obstet Gynecol Clin North Am*. junio de 2015;42(2):381-402.
29. Al-Khan A, Gupta V, Illsley NP, Mannion C, Koenig C, Bogomol A, et al. Maternal and fetal outcomes in placenta accreta after institution of team-managed care. *Reprod Sci*. junio de 2014;21(6):761-71.
30. Melcer Y, Jauniaux E, Maymon S, Tsviban A, Pekar-Zlotin M, Betser M, et al. Impact of targeted scanning protocols on perinatal outcomes in pregnancies at risk of placenta accreta spectrum or vasa previa. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(4):443.e1-443.e8.
31. Marcellin L, Delorme P, Bonnet MP, Grange G, Kayem G, Tsatsaris V, et al. Placenta percreta is associated with more frequent severe maternal morbidity than placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*. agosto de 2018;219(2):193.e1-193.e9.
32. Erfani H, Fox KA, Clark SL, Rac M, Rocky Hui SK, Rezaei A, et al. Maternal outcomes in unexpected placenta accreta spectrum disorders: single-center experience with a multidisciplinary team. *Am J Obstet Gynecol*. octubre de 2019;221(4):337.e1-337.e5.

33. Jauniaux E, Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* julio de 2017;217(1):27-36.
34. Vahanian ., Lavery JA, Ananth CV, Vintzileos A. Placental implantation abnormalities and risk of preterm delivery: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* octubre de 2015;213(4 Suppl):S78-90.
35. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasa previa [Internet]. México D.F; 2019. Disponible en: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/589GER.pdf>
36. Fan D, Wu S, Liu L, Xia Q, Wang W, Guo X, et al. Prevalence of antepartum hemorrhage in women with placenta previa: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 9 de enero de 2017;7:40320.
37. Mastrolia S, Baumfeld Y, Loverro G, Yohai D, HersHKovitz R, Weintraub AY. Placenta previa associated with severe bleeding leading to hospitalization and delivery: a retrospective population-based cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* noviembre de 2016;29(21):3467-71.

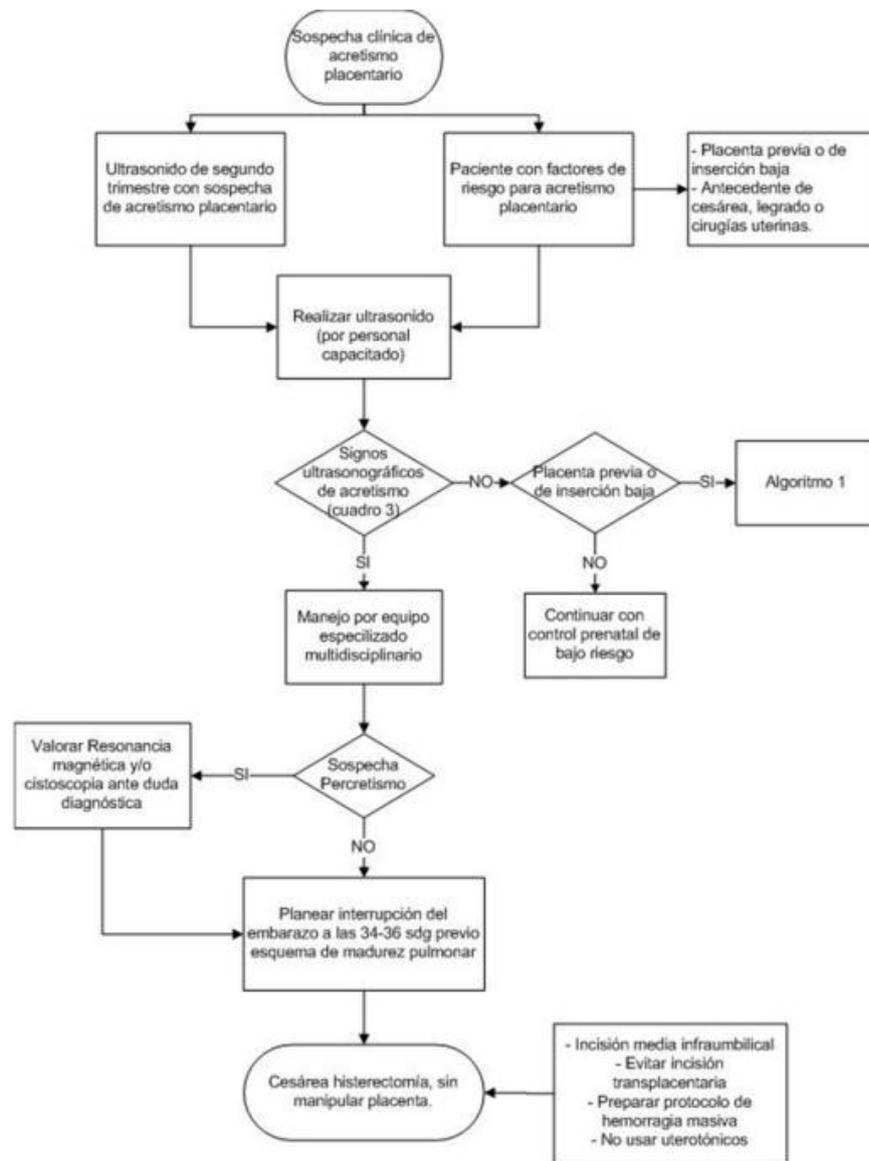
ANEXOS

Anexo 1. Flujograma de manejo de la placenta previa



Fuente. Instituto Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima 2018.

Anexo 2. Flujograma de manejo de la placenta accreta



Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasa previa. México 2019.