

Comportamiento de la placenta previa en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", período 2003-2005

Behavior of placenta praevia in "América Arias" Gynecobstetric Hospital from 2003 to 2005

Ariana Isla Valdés^I; Jeddú Cruz Hernández^{II}; Alejandro Velasco Boza^{III}; Pilar Hernández García^{IV}; Rebeca Fajardo Puig^V; Aliucha Díaz Curbelo^{VI}

^IEspecialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Asistente. Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Endocrinología. Máster en Atención Integral a la Mujer. Asistente. Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar. Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de II Grado en Laboratorio Clínico. Profesora Auxiliar del Hospital Pediátrico Docente "Marfán", La Habana, Cuba.

^VEspecialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", La Habana, Cuba.

^{VI}Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Dirección Municipal de Salud del Cotorro, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias" para identificar la relación que existe entre la aparición de la placenta previa y la presencia de algunas variables obstétricas, además de su repercusión en la morbimortalidad materna y perinatal en el período comprendido desde enero de 2003 hasta diciembre de 2005. Se revisaron 62 historias clínicas, que se corresponden con igual número de mujeres que presentaron placenta previa en esta fecha, y se encontró que el aumento de la frecuencia de la placenta previa se relacionó fundamentalmente con la edad mayor que 30 años (75,5 % de los casos), la paridad elevada (58 % de las mujeres eran multíparas), y la cesárea y los legrados previos (32,3 y 25,8 % de las gestantes, respectivamente). Al 67,8 % de los casos se les hizo el diagnóstico en la atención primaria. Las complicaciones maternas más frecuentes fueron la anemia posparto (29 % de los casos) y el alumbramiento distócico (17,7 % de las mujeres), mientras que en el recién

nacido, el bajo peso y el distrés respiratorio (29 y 25,8 % de los neonatos, respectivamente).

Palabras clave: Placenta previa, morbilidad materna, morbilidad perinatal.

ABSTRACT

A retrospective and descriptive study was undertaken at "América Arias" Gynecobstetric Hospital to identify the relationship existing between the appearance of placenta praevia and the presence of some obstetric variables, in addition to its impact on maternal and perinatal morbimortality from January 2003 to December 2005. 62 medical histories corresponding to the same number of females that presented placenta praevia on this date were reviewed. It was found that the increase of the frequency of placenta praevia was mainly related to age over 30 (75.5 % of the cases), an elevated parity (58 % of the females were multiparous), and the cesareans and the previous induced abortions (32.3 and 25.8 % of the pregnant women, respectively) 67.8 % of the cases were diagnosed at the primary health care level. The most common maternal complications were postpartum anemia (29 % of the cases) and distocic delivery (17.7 % of the females), whereas in the newborn infant, low birth weight and respiratory distress (29 y 25.8 % of the neonates, respectively) proved to be the most frequent complications.

Key words: Placenta praevia, maternal morbidity, perinatal morbidity.

INTRODUCCIÓN

Los primeros antecedentes históricos de referencia a la placenta previa aparecen en la pizarra ceremonial egipcia, alrededor del 3400 a.n.e. En aquella época, la placenta del futuro faraón era llevada hasta un altar en una procesión, y se le consideraba como el asiento de su "alma externa" y su auxiliadora secreta. Los primeros dibujos de la placenta humana fueron realizados por el incomparable *Vesalio* y luego por el increíble *Leonardo Da Vinci*, pero eran muy inexactos. La palabra placenta se considera que fue usada por primera vez en la edición original de "De reanatómica" de *Renaldo Colombo* (1559), y se empleó, en aquella ocasión, para designar la porción engrosada del corión humano. Desde esa fecha, los conocimientos sobre la relación entre la madre y el feto han aumentado por distintas aportaciones: *Mayow* (1668) describió la presencia de partículas "retroaéreas" en el útero grávido, que posteriormente se correspondieron con el oxígeno transferido de la circulación materna al feto. En 1651, *Harvey* no creyó que el producto de la concepción de los mamíferos fuera nutrido por la sangre materna, pero reconoció que la tesis de *Galeno* sobre la circulación materno-fetal estaba equivocada, es decir, que los vasos maternos y fetales no se anastomosan, sino que la madre y su producto tienen circulaciones diferentes. Asimismo, los anatomoembriólogos del siglo XVIII tenían ideas vagas sobre los mecanismos de transferencia, filtración, difusión y ósmosis placentarias, y muchas de sus dudas se fueron aclarando con el tiempo, en la medida en la que la ciencia médica fue avanzando.¹⁻³

La placentación ocurre normalmente en las zonas altas de la cavidad endometrial, donde la irrigación vascular es ideal para el desarrollo ulterior de la unidad feto-materna, que representa la placenta, encargada de múltiples funciones durante la vida fetal, relacionadas directamente con la respiración, el transporte de oxígeno y de nutrientes a los tejidos fetales, y la regulación del metabolismo fetal, así como con la excreción de los desechos de la función celular fetal.^{4,5}

Cuando la placenta se implanta en las porciones bajas del cuerpo uterino se considera como una inserción baja placentaria; para el diagnóstico de una placenta previa se establece la localización placentaria en relación con el cuello uterino, específicamente, con el orificio cervical interno. Con el avance del embarazo esta relación puede modificarse debido a la formación del segmento inferior. Se han identificado en edades gestacionales tempranas, placentas previas completas, que en el segundo trimestre han "emigrado", y permitido posteriormente el parto transvaginal sin riesgo obstétrico alguno.^{4,5} Por esta razón, las placentas previas deben ser cuidadosamente exploradas durante la segunda mitad del embarazo, y, si mantienen definitivamente su localización en el segmento inferior, se debe hacer en esta etapa de la gestación el diagnóstico de certeza de esta anomalía placentaria, lo cual obliga al equipo de salud, fundamentalmente a perinatólogos y neonatólogos, a realizar una vigilancia obstétrica más estrecha de estos casos.⁴

La placenta implantada en la zona baja del útero puede cubrir totalmente el orificio cervical interno (placenta previa oclusiva total), puede cubrirlo parcialmente (placenta previa oclusiva parcial) o puede llegar solo al borde orificial (placenta previa marginal).⁵⁻⁸

La frecuencia de esta entidad oscila entre el 1/125 y 1/300 de los nacimientos, según si se consideran solo los casos en los que hay sangrado, o se incluyen todos los casos de inserción placentaria en el segmento inferior.⁹ En un estudio realizado en los Estados Unidos sobre mortalidad materna, que abarcó los años desde 1979 hasta 1987 y que fue publicado en 1993, se encontró una tasa media de incidencia anual de 4,8 casos x 1 000.¹⁰ En Cuba, se informa que su frecuencia oscila entre el 0,5 al 1 % del total de partos.¹¹ En relación con los factores de riesgo de placenta previa, se dice que los fundamentales son: historia anterior de placenta previa, edad avanzada de la madre, multiparidad, antecedentes de cesárea anterior y abortos inducidos, embarazo gemelar, y algunos autores incluyen también entre estos al sexo masculino del feto y al tabaquismo durante el embarazo.^{10,12-15}

Se considera que existen 2 grandes grupos de causas responsables de una inserción placentaria anormal (placenta previa), las trofoblásticas y las endometriales. El primero incluiría las alteraciones propias del huevo fecundado, que serían responsables del retraso de su implantación endometrial, lo que condicionaría su asiento en las zonas bajas del útero. Al segundo grupo pertenecerían algunos trastornos locales del endometrio que afectarían la zona uterina de la implantación ovular normal (fondo o porción superior del útero), haciéndola disfuncional, lo que impediría que el huevo pudiera adherirse a esta zona dañada del útero. Entre ellos se encuentran, las cicatrices uterinas poslegrado o poscirugía, las endometritis focales y los miomas uterinos.^{9,16}

La manifestación clínica clásica de la placenta previa es la hemorragia indolora, de color rojo rutilante o "vivo", que aparece de modo súbito, es visible, y cuya cuantía puede ser escasa o profusa. Esta anomalía de la implantación placentaria conlleva a mecanismos de perfusión placentaria anómalos, y producen una reducción del flujo placentario por disminución de la extensión y espesor de las vellosidades coriónicas, lo que puede conllevar a alteraciones fetales y neonatales, así como a la aparición de una gestorragia. En dependencia de la cuantía del sangrado, puede

adelantarse natural o artificialmente el momento de la culminación del embarazo, lo que conllevaría, por un lado, riesgo para el recién nacido, y por otro, también produciría un aumento de la morbimortalidad materna, relacionado con la cesárea, como vía necesaria de terminación de la gestación en la mayoría de los casos.^{11,17,18}

Teniendo en cuenta la repercusión en la morbimortalidad maternoperinatal que tiene la placenta previa, hemos decidido realizar este trabajo, para identificar la relación que existe entre la aparición de esta entidad y la presencia de algunas variables obstétricas, además de su repercusión en la morbilidad materna y perinatal en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", durante el período comprendido desde enero del año 2003 hasta diciembre del año 2005.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo (estudio de serie de casos) de una población que estuvo constituida por las 62 gestantes que presentaron placenta previa en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", en el período comprendido desde enero de 2003 hasta diciembre de 2005. Los datos primarios fueron obtenidos, mediante simple observación, de las historias clínicas de las gestantes estudiadas, y se confeccionó previamente una planilla (anexo) para ser llenada y facilitar así la recogida de estos datos, que fueron los siguientes: edad, paridad y antecedentes ginecoobstétricos maternos, lugar de realización del diagnóstico ecográfico y variante de la placenta previa, edad gestacional a la que se interrumpió el embarazo, y complicaciones maternas y neonatales relacionadas con la placenta previa.

Como método estadístico para el análisis y resumen, tanto de las variables cuantitativas (edad de la embarazada, edad gestacional a la que se interrumpió la gestación, y peso y Apgar del recién nacido), como de las cualitativas (paridad y antecedentes ginecoobstétricos de la gestante, lugar de realización del diagnóstico ecográfico y variante de la placenta previa). Se utilizó el tanto por ciento y así fueron expresados los resultados finales, que se presentaron en forma de tablas de distribución de frecuencias.

Para el procesamiento de los datos obtenidos estos fueron introducidos en una computadora Pentium IV, con ambiente de *Windows XP*, y los textos fueron procesados con *Word XP*, mientras que con las variables estudiadas se confeccionó una base de datos con *Excel XP*, y este mismo programa sirvió para calcular los porcentajes necesarios. Los resultados obtenidos se presentaron en forma de tablas, que fueron realizadas también con *Word XP*.

En cuanto a procedimientos, comprobamos que el diagnóstico de placenta previa y su variante habían sido determinados en todos los casos teniendo en cuenta los criterios clínicos y ultrasonográficos recomendados por el Grupo Nacional de Obstetricia y Ginecología.¹⁹ Para el apoyo diagnóstico ultrasonográfico se había utilizado un equipo Aloka SSD 1100 (japonés) con transductor del 5 Mhz y la variante ultrasonográfica transvaginal.

La edad gestacional a la que interrumpió el embarazo, se había precisado mediante cálculo simple manual en las gestantes que habían referido tener una fecha de última menstruación confiable,²⁰ y en las que no, mediante cálculo aproximado ultrasonográfico.²¹ En cuanto al Apgar del recién nacido al minuto y a los 5 min, se habían tenido en cuenta para su determinación los criterios recomendados por el Grupo Nacional de Neonatología,²² y para conocer el peso del recién nacido, se

había utilizado una báscula tipo ATOM (japonesa), y se había considerado como bajo peso a todo aquel neonato que había pesado menos que 2 500 g, según criterio del Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia.²³

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En relación con la distribución de la frecuencia de la placenta previa según los diferentes grupos etarios, podemos observar en nuestro estudio que el mayor número de casos se presentó en las mujeres con edad mayor que 30 años ([tabla 1](#)). Por su parte, *Khashoggi y Board*²⁴ informan en su estudio que el mayor número de casos se encontró en el rango de edades comprendidas entre los 21 y los 30 años, mientras que *Rivas y otros*²⁵ reportan que fue más frecuente entre los 27 y los 32 años, y *Hernández*,²⁶ entre los 20 y los 34 años. Asimismo, *Tuzoviæ y otros*²⁷ encuentran en su estudio una asociación significativa de la placenta previa con la edad mayor que 34 años, mientras que *Sheiner y otros*²⁸ con la edad mayor de 40 años.

En cuanto a los factores de riesgo de placenta previa ([tabla 2](#)), observamos en nuestro estudio que más de la mitad de las mujeres estudiadas eran multíparas (58 % de los casos); este resultado concuerda con la literatura revisada.²⁷⁻³¹ Creemos necesario señalar, que en la población analizada no encontramos mujeres con más de 3 partos anteriores, lo cual evidencia la disminución de las "grandes multíparas" en nuestro medio, lo que en nuestra opinión se debe, en gran parte, al amplio y adecuado uso de los diferentes tipos de contraceptivos, que se está poniendo en práctica en las consultas de Planificación Familiar de la APS. Por su parte, 20 pacientes (32,3 %) tenían una cesárea anterior, y 16 casos (25,8 %) legrados previos, siendo menor la frecuencia de otros antecedentes obstétricos. Otros autores también refieren que la placenta previa se presenta con mayor frecuencia en mujeres a las que se les ha realizado una cesárea previa,^{27,29,32-35} y que tienen el antecedente de varios abortos inducidos.^{27,28,35,36}

Se ha comprobado que el ultrasonido transvaginal es la técnica ideal para hacer el diagnóstico preciso de la variante de placenta previa.³⁷⁻³⁹ En la [tabla 3](#) aparecen reflejadas las variantes de placenta previa diagnosticadas por esta técnica, y podemos observar que el 46,1 % de los casos presentó una inserción baja placentaria, el 25,8 %, una placenta previa marginal y el 29,1 %, una placenta previa oclusiva. Así, *Buster y O'Sullivan*³¹ encontraron en su estudio que el 38,5 % de los casos presentaron una placenta previa oclusiva total, el 53,4 % una placenta previa oclusiva parcial y el 19 % una inserción baja placentaria. Resultados similares a los nuestros han sido informados por *Rivas y otros*,²⁵ *Tan y otros*,⁴⁰ y otros autores.^{41,42} Es importante resaltar, que al 67,8 % de los casos se le diagnosticó la alteración en la APS ([tabla 4](#)), lo que pudiera estar justificado por el impulso que se le ha dado en la actualidad a la práctica de la imagenología en el nivel primario de atención, donde existen en este momento un gran número de especialistas en MGI capacitados para realizar diagnósticos ultrasonográficos.

En relación con el momento (edad gestacional) en que se interrumpió la gestación ([tabla 5](#)), en menos de la cuarta parte de las gestantes estudiadas el embarazo concluyó antes del término (37 semanas), concordando también con esto *Rivas y otros*,²⁵ y *Hernández y otros*.³² Asimismo, en cuanto a las complicaciones obstétricas que afectaron directamente a la madre, podemos observar en la [tabla 6](#) que la más frecuente fue la anemia posparto (29 %), la que fue seguida en orden descendente de frecuencia por el alumbramiento distócico (17,7 %) y la

histerectomía obstétrica (14,5 %), respectivamente. Otros autores informan resultados similares.^{27,28,32,43-48}

Finalmente, en relación con las complicaciones sufridas por el recién nacido ([tabla 7](#)), menos de la tercera parte fueron bajo peso (29 % de los casos), lo cual coincide con lo encontrado por *Rivas y otros*²⁵ y *Hernández*²⁶ en sus respectivos estudios, mientras que, por el contrario, en el estudio de *Khashoggi y Borrad*,²⁴ la mayoría de los recién nacidos fueron bajo peso, corroborando esto último lo planteado por algunos autores, que la placenta previa constituye un factor de riesgo para el bajo peso al nacer, dado que generalmente se asocia con el parto pretérmino.^{26,49-53}

Por otra parte, al analizar el Apgar a los 5 min de los neonatos podemos observar que un 15 % de los casos estuvo deprimido (Apgar de 7 puntos), lo que concuerda con lo referido por otros investigadores.^{25,32,54-56} Asimismo, un 25,8 % presentó distrés respiratorio transitorio y un 9,7 %, anemia aguda e hiperbilirrubinemia, respectivamente; mientras que la frecuencia de retardo del crecimiento intrauterino, de encefalopatía hipóxica y de infección adquirida, fue baja, y no se encontró muerte neonatal. Así, en concordancia con nuestra investigación, disímiles autores refieren que son frecuentes las complicaciones en el hijo de madre portadora de placenta previa, e incluso puede producirse en algunos casos hasta la muerte del producto de la concepción.^{27,28,44,53,56-59}

La placenta previa se presentó con mayor frecuencia en las mujeres con edad mayor que 30 años, paridad elevada, cesárea anterior y legrados previos. La gran mayoría de las placentas previas fueron diagnosticadas en la APS; las complicaciones maternas más frecuentes fueron la anemia posparto y el alumbramiento distócico, mientras que las más frecuentes en el recién nacido fueron el bajo peso al nacer y el distrés respiratorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pritchard J, McDonald P, Gant W. Hemorragia obstétrica. En: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Williams Obstetricia*. 21a. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.p.693-727.
2. O'Dowd MJ, Philipp EE. Narrativa-Panorámica. En: O'Dowd MJ, Philipp EE. *Historia de la ginecología y obstetricia*. Barcelona: Editorial EDIKA MED; 1995.p.1-34.
3. O'Dowd MJ, Philipp EE. Antigüedad. En: O'Dowd MJ, Philipp EE. *Historia de la ginecología y obstetricia*. Barcelona: Editorial EDIKA MED; 1995.p.35-46.
4. Strasman P. Placenta previa. *Rev Ginecol*. 1992;67:68-76.
5. Caldera R. Placenta previa. *J Obstet Gynecol*. 1999;46:531-44.
6. Merting AT. Study of the development of the early human ovum with special reference to the trophoblast of the previous stage. *J Obstet Gynecol*. 1994;47:149-62.
7. Gómez O. Hemorragias del tercer trimestre de gestación. *JANO*. 1999;57(1314):59.

8. Colectivo de autores. Placenta previa. En: Colectivo de autores. Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. México D.F. Editorial de la Secretaría de Salud; 2002.p.30-4.
9. González-Bosquet E, Rabanal M, Villaseca S. Urgencias hemorrágicas en la segunda mitad de la gestación. JANO. 2000;59(1359):54-7.
10. Anonymous. Epidemiology of placenta previa in the United States -Tips from Other Journals. Am Fam Physician. 1993;48(5):1-2.
11. Álvarez PL, Águila S, Acosta RB. Sangramiento en obstetricia. En: Rigol O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.137-63.
12. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa. Obstet Gynecol. 2006;107:927-41.
13. Francois K, Jhonson J, Harris C. Is placenta previa more common in multiple gestations? Am J Obstet Gynecol. 2003;188(5):1226-7.
14. Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM. Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: a comparison of risk factor profiles and associated conditions. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(1):275-81.
15. Demissie K, Breckenrige MB, Joseph L, Rhoads GG. Placenta Previa: Preponderance of Male Sex at Birth. Am J Epidemiol. 1999;149(9):824-30.
16. Boschert S. New Placenta Previa Definitions Advocated. Ob Gyn News; sept 2001.
17. Botella J, Clavero JA. Placenta Previa. En: Botella J, Clavero JA. Tratado de Ginecología y Patología Obstétrica. 12ma. ed. La Habana: Edición Revolucionaria; 1980.p.671-94.
18. Sinobas O. Gestorragias: placenta previa y desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta. En: Sinobas O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial El estudiante de medicina;1987.p.61-71.
19. Colectivo de autores. Placenta previa. En: Colectivo de autores. Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.p.166-8.
20. Colectivo de autores. Diagnóstico del embarazo y cálculo de la edad gestacional y de la fecha probable del parto. En: Colectivo de autores. Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.p.67-71.
21. Colectivo de autores. Ultrasonido en Obstetricia. En: Colectivo de autores. Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.p.114-25.
22. Colectivo de autores. Atención al recién nacido en el salón de partos. En: Colectivo de autores. Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.p.371-3.

23. Oliva J. Alteraciones del término de la gestación y del crecimiento fetal. En: Rigol O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.209-36.
24. Khashoggi T, Board A. Maternal and Neonatal Outcome in Major Placenta Previa. ASM. 1995; 15(4):1-8.
25. Rivas M, López JR, Capretta D, Colmenares B, Silva D, Alvarado S. Placenta previa. Estudio retrospectivo 1988-1992. Rev Obstet Ginecol Venez. 2001;61(4):217-22.
26. Hernández J. Placenta previa. Incidencia, algunas consideraciones y su repercusión en la morbilidad perinatal y materna, 1995-1996. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1998;24(2):92-7.
27. Tuzoviæ L, Djelmis J, Ilijiaë M. Obstetric Risk Factors Associated with Placenta Previa Development: Case-Control Study. CMJ. 2003;44(6):728-33.
28. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R. Katz M, Mazor M. Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome. J Maternal-Fetal Neonatal Med. 2001;10(6):414-9.
29. Abu-Hejja AT, El-Jallad F, Ziadeh S. Placenta Previa: Effect of Age, Gravidity, Parity and Previous Caesarean Section. Gynecol Obstet Invest. 1999;47(1):6-8.
30. Zhang J, Savitz DA. Maternal age and placenta previa: a population-based case-control study. Am J Obst Gynecol. 2003;168(2):641-5.
31. Buster W, O´Sullivan TA. Modern Treatment of Placenta Previa. A Study of 234 Cases. California Medicine. 1957;87(4):221-4.
32. Hernández J, Hernández D, Rendón S, Dávila B, Suárez R. Gestorragias de la segunda mitad de la gestación; incidencia y repercusión en la morbilidad perinatal y materna (1995-96). Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999;25(2):102-7.
33. To WW, Leung WC. Placenta previa y cesárea previa. Ginecol Obstet. 1995;51(1):25-31.
34. Hershkowitz R, Fraser D, Mazor MY, Lieberman JR. One on multiple previous cesarean section are associated with similar increased frequency of placenta previa. J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1995;62(2):185-8.
35. Getahun D, Oyelese Y, Salihu HM, Ananth CV. Previous Caesarean Delivery and Risk of Placenta Previa and Placental Abruption. Obstet Gynecol. 2006;107:771-8.
36. Barret JM, Boehm FH, Killam AP. Induced abortion: a risk factor for placenta previa. Am J Obstet Gynecol. 1981;141(7):769-72.
37. Duncan BC. Ultrasound Techniques and Follow-Up Examinations in Placenta Previa. J Diag Med Sonography. 1994;10(3):151-4.
38. Hertzberg BS, Bowie JD, Carroll BA, Kleiwer MA, Weber TM. Diagnosis of Placenta previa during the third trimester: role of transperineal sonography. Am J Roentgenology. 1992;159:83

39. Gallagher P, Fagan CJ, Bedi DG, Winsett MZ, Reyes RN. Potential Placenta Previa: Definition, Frequency, and Significance. *AJR*. 1987;149:1013-5.
40. Tan NH, Abu M, Woo JL, Tahir HM. The role of transvaginal sonography in the diagnosis of placenta previa. *Aust NZJ Obstet Gynecol*. 2001;35(1):42-5.
41. Walling AD. Diagnosis of placenta previa by transvaginal ultrasound -Tips from Other Journals. *Am Fam Physician*. octubre 1997:1-2.
42. Hill LM, Dinofrio DM, Chenevey P. Transvaginal sonographic evaluation of first trimester placenta previa. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1995;5(5):301-3.
43. Torloni MR, Fernandes A, Camano L. Placenta previa: factores de riesgo para el acretismo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23(7):1-10.
44. Plasencia L, Cabral FJ, Argueta M. Placenta Previa; repercusiones maternas y perinatales. Análisis de 170 casos. *Ginecol Obstet Méx*. 1995;63:177-88.
45. Nadal D, Saludes J, López MV, Miranda L. Placenta previa acreta e histerectomía obstétrica. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 1995;42(4):145-7.
46. Plasencia L. Placenta previa acreta y cesárea previa. *Ginecol Obstet Méx*. 2003;63:337-40.
47. Zaki ZM, Bahar AM, Ali ME, Albar HAM, Gerais MA. Risk factors and morbidity in patients with placenta accreta compared to placenta previa non-accreta. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998;77(4):391-4.
48. Worcester S. Placenta Previa, C-Section History Up Accreta Risk. *Ob Gyn News*; sept 2001.
49. Aguilar J, Romero M, Ojeda M, García R, Cumba C. Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. *Rev Cubana Higiene Epidemiol*. 1999;37(3):122-6.
50. Duany N, Neyra A. Factores que inciden en el bajo peso al nacer. *Rev Cubana Enfermer*. 1998;14(3):150-4.
51. Peraza GJ, Gil R, Arce A, Gil J. Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000;16(1):68-72.
52. Sarmiento GV, Pagola J, Oramas L, González AG. Importancia de los antecedentes maternos en el recién nacido bajo peso. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001;16(5):502-7.
53. Varma T. Fetal growth and placental function in patients with placenta previa. *J Obstet Gynecol Br Commonw*. 1973;80:311-5.
54. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The effect of placenta previa on neonatal mortality: a population based study in the United States. 1989 through 1997. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(5):1299-304.
55. Naeye RL. Placenta previa. Predisposing factors and effects on the fetus and surviving infants. *Obstet Gynecol*. 1987;52:521-5.

56. McShane PM, Heyl PS, Epstein MF. Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta previa. *Obstet Gynecol.* 1985;65:176-82.

57. Dola CP, Garite TJ, Dowling DD. Placenta previa: Does it type affect pregnancy outcome? *Am J Perinatol.* 2003;20(7):353-60.

58. Shanklin DR. The influence of placental lesions on the newborn infant. *Pediatr Clin North Am.* 1998;17:25.

59. Karlberg R. The adaptative changes in the immediate postnatal period, with particular referent to respiration. *J Pediatr.* 1990;56:585.

Recibido: 18 de septiembre de 2007.

Aprobado: 27 de febrero de 2008.

Ariana Isla Valdés. Hospital Ginecoobstétrico Docente "América Arias". Calle G, esquina Línea, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.

Anexo

No. HC: _____

1. Edad de la paciente:

14-20 años _____

21-30 años _____

31-40 años _____

> 40 años _____

2. Paridad:

Nulípara _____

Primípara _____

Múltipara _____

3. Antecedentes ginecoobstétricos:

Mioma uterino _____

Endometritis previa _____

Cesárea anterior _____

Operaciones uterinas previas _____

Malformaciones uterinas _____

Sin antecedente _____

Otros _____

4. Lugar de realización del diagnóstico ecográfico:

APS _____

ASS _____

5. Variedad de placenta previa:

Placenta previa oclusiva _____

Placenta marginal _____

Inserción baja placentaria _____

6. Edad gestacional a la que se interrumpió la gestación:

28-33 semanas _____

34-36 semanas _____

≥ 37 semanas _____

7. Complicaciones maternas:

Sin complicaciones _____

Shock hipovolémico _____

Alumbramiento distócico _____

Anemia _____

Acretismo placentario _____

Histerectomía _____

Sepsis _____

Muerte materna _____

8. Peso del recién nacido (g):

< 2 500 _____

2 500-3 500 _____

> 3 500 _____

9. Apgar al 5to. min del recién nacido:

0-3 _____

4-6 _____

7-10 _____

10. Complicaciones del recién nacido:

Sin complicaciones _____

Prematuridad _____

Anemia aguda _____

CIUR _____

Distrés respiratorio _____

Hiperbilirrubinemia _____

Encefalopatía hipóxica _____

Infección adquirida _____

Muerte neonatal _____

Tabla 1. Edad de la gestante y su relación con la placenta previa

Edad de la gestante	No.	%
14-20 años	3	4,8
21-30 años	12	19,3
31-40 años	36	58,0
≥ 40 años	11	17,7
Total	62	100

Tabla 2. Distribución de la población según factores de riesgo de placenta previa

Factores de riesgo	No.	%
Multiparidad (3 o más partos)	36	58
Mioma uterino	9	14,5
Cesárea anterior	20	32,3
Operaciones uterinas previas	4	6,5
Malformaciones uterinas	2	3,2
Legrados previos	16	25,8

Tabla 3. Distribución de la población según la variante de placenta previa

Variante de placenta previa	No.	%
Placenta previa oclusiva	18	29,1
Placenta previa marginal	16	25,8
Inserción baja placentaria	28	46,1
Total	62	100

Tabla 4. Lugar de realización del diagnóstico ecográfico de la placenta previa

Lugar del diagnóstico ecográfico	No.	%
Nivel primario	42	67,8
Nivel secundario	20	32,2
Total	62	100

Tabla 5. Momento de la interrupción de la gestación en la placenta previa

Edad gestacional al momento de la interrupción de la gestación	No.	%
28-33 semanas	4	6,5
34-36 semanas	10	16,1
≥ 37 semanas	48	77,4
Total	62	100

Tabla 6. Complicaciones obstétricas (maternas) y su relación con la placenta previa

Complicación obstétrica (materna)	No.	%
Parto pretérmino	14	23
<i>Shock</i> hipovolémico	4	6,5
Alumbramiento distócico	11	17,7
Histerectomía obstétrica	9	14,5
Anemia posparto	18	29

Tabla 7. Complicaciones del recién nacido y su relación con la placenta previa

Complicación del recién nacido	No.	%
Bajo peso al nacer (peso < 2 500 g)	18	29
Apgar < 7 a los 5 min	9	15
Prematuridad	14	23
Anemia aguda	6	9,7
CIUR	4	6,5
Distrés respiratorio	16	25,8
Hiperbilirrubinemia	6	9,7
Encefalopatía hipóxica	2	3,2
Infección adquirida	4	6,5