



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**PLACENTA PREVIA TOTAL EN CESAREADA ANTERIOR DE 35**

**SEMANAS. HOSPITAL II-3 MINSA**

**PRESENTADO POR:**

**NELLY BEATRIZ LAZARTE MINAYA**

**ASESOR**

**DR. ALLYN OSWALDO ZA VALETA PESANTES**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,  
ALTO RIESGO Y CUIDADO CRÍTICOS MATERNOS**

**MOQUEGUA - PERÚ**

**2022**



# Universidad José Carlos Mariátegui

## CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación ( ) / Tesis ( ) / Trabajo de suficiencia profesional ( ) / Trabajo académico (X), titulado “**PLACENTA PREVIA TOTAL EN CESAREADA ANTERIOR DE 35 SEMANAS. HOSPITAL II-3 MINSA**” presentado por el(la) aspirante **LAZARTE MINAYA NELLY BEATRIZ**, para obtener el grado académico ( ) o Título profesional ( ) o Título de segunda especialidad (X) en: **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) **Dr. ALLYN OSWALDO ZAVALETA PESANTES**, designado como asesor con Resolución Directoral N° **0772-2019-DEPG-UJCM**, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS	LAZARTE MINAYA NELLY BEATRIZ	PLACENTA PREVIA TOTAL EN CESAREADA ANTERIOR DE 35 SEMANAS. HOSPITAL II-3 MINSA	26%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **26%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 11 de octubre de 2024

UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

Dr. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN  
ESCUELA DE POSGRADO UJCM- SEDE MOQUEGUA

## ÍNDICE

PÁGINA DEL JURADO.....	II
ÍNDICE.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
CAPÍTULO I.....	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.3 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.3.1 NACIONALES.....	4
1.3.2 INTERNACIONALES.....	6
1.4 BASES TEÓRICAS.....	9
CAPÍTULO II.....	26
CASO CLÍNICO.....	26
2.1 OBJETIVOS.....	26
2.2 MATERIALES Y MÉTODOS.....	27
2.3 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO.....	27
2.4 DISCUSIÓN.....	37
2.5 CONCLUSIÓN.....	41
2.6 RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	43

## **RESUMEN**

El término placenta previa, es usado cuando se demuestra que la placenta se encuentra parcialmente o en su totalidad insertada en el segmento uterino inferior, la placenta previa supone un 20% de las hemorragias ocurridas en el tercer trimestre, por lo que es muy importante conocer todo acerca de esta patología.

El manejo depende completamente del diagnóstico ecográfico, por lo que la toma de una ecografía transvaginal ante la sospecha de esta es primordial. Además, es necesario tomar en cuenta las semanas de gestación, por lo que un buen número de controles prenatales es de mucha ayuda al momento de tomar una decisión.

Se expondrá un caso clínico acerca de una paciente gestante de 27 años, la cual ingresa por el servicio de emergencia con un diagnóstico ecográfico de placenta previa. Se evalúan los criterios clínicos y ecográficos, indicando realizar cesárea de emergencia.

En este caso clínico se utilizaron los protocolos y normas establecidas por el Ministerio de Salud, lo que contribuye a reducir la muerte materna y evitar complicaciones.

Palabras claves: placenta previa, ecografía, hemorragia.

## **ABSTRACT**

The term placenta previa is used when it is demonstrated that the placenta is partially or completely inserted in the lower uterine segment. The placenta previa represents 20% of the hemorrhages that occur in the third trimester, so it is very important to know everything about this pathology.

Management depends entirely on the ecological diagnosis, so taking a transvaginal ultrasound if this is suspected is essential. In addition, it is necessary to consider the weeks of gestation, so a good number of prenatal check-ups are very helpful when deciding.

A clinical case will be presented about a 27-year-old pregnant patient, who is admitted to the emergency service with an ultrasound diagnosis of placenta previa. Clinical and ecological criteria are evaluated, indicating emergency cesarean section.

In this clinical case, the protocols and standards established by the Ministry of Health were used, which contributes to reducing maternal death and avoiding complications.

**Keywords:** placenta previa, ultrasound, hemorrhage.

## **CAPÍTULO I:**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La inserción anormal de la placenta en la parte inferior del útero, cubriendo completa o parcialmente el cuello uterino, es una complicación obstétrica conocida como placenta previa. Esta condición se asocia con un alto riesgo de hemorragias durante el embarazo y el parto, que pueden poner en peligro la vida de la madre y el feto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 1-2% de los embarazos tienen placenta previa en todo el mundo; sin embargo, esta cifra puede variar en función de factores demográficos y clínicos <sup>(1)</sup>. La gestante de 35 semanas necesita una evaluación y atención adecuadas para proteger a la madre y al feto.

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han subrayado la importancia de un acceso adecuado a la atención prenatal como un medio fundamental para prevenir complicaciones obstétricas <sup>(2)</sup>. Las gestantes con

antecedentes de cesáreas previas, múltiples embarazos o anormalidades uterinas presentan un riesgo elevado de desarrollar placenta previa. En Perú, la prevalencia de esta condición se estima en aproximadamente 2.5%, lo que resalta la necesidad de atención especializada en esta población <sup>(3)</sup>. Para una gestante de 35 semanas, el monitoreo cuidadoso y las intervenciones apropiadas son esenciales para minimizar riesgos.

El diagnóstico de placenta previa generalmente se realiza mediante ecografía, que permite identificar la ubicación de la placenta y planificar el manejo adecuado. En casos de placenta previa completa o parcial, el riesgo de hemorragia aumenta significativamente, lo que puede requerir una cesárea programada para evitar complicaciones graves <sup>(1)</sup>. La detección temprana y la planificación del parto son vitales para asegurar la seguridad tanto de la madre como del recién nacido.

La atención multidisciplinaria juega un papel crucial en el manejo de la placenta previa. Equipos de obstetras, enfermeras y especialistas en neonatología deben colaborar para desarrollar un plan de atención que contemple la salud integral de la gestante. Según estudios recientes en Perú, se ha observado que la intervención oportuna puede reducir la morbilidad y mortalidad asociada a esta condición, destacando la importancia de políticas de salud que prioricen el acceso a servicios de calidad <sup>(3)</sup>.

La placenta previa es una condición que requiere atención médica especializada y un enfoque proactivo en el manejo prenatal. La colaboración entre los sistemas de salud y la educación de las gestantes sobre sus riesgos son fundamentales para mejorar los resultados en la salud materna y neonatal. Con una tasa de

prevalencia significativa en Perú, es imperativo que se implementen estrategias efectivas de atención prenatal para abordar esta preocupación de salud pública.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La placenta previa es una de las complicaciones más serias del embarazo, y su identificación y manejo adecuado son cruciales para prevenir hemorragias graves que pueden comprometer la vida de la madre y el feto. En esta etapa del embarazo, a las 35 semanas, la planificación del parto es esencial, ya que el riesgo de hemorragia aumenta considerablemente. Un caso clínico detallado proporciona una oportunidad para explorar las implicancias diagnósticas y terapéuticas, así como para discutir la mejor estrategia de manejo en un contexto real, lo que puede mejorar la calidad de atención en situaciones similares.

Desarrollar un caso clínico sobre placenta previa también contribuye a la formación de profesionales de la salud. Este tipo de estudios permite a los estudiantes y profesionales de la medicina analizar y comprender las complejidades del manejo obstétrico, incluyendo la identificación de factores de riesgo, técnicas de diagnóstico por imagen y el diseño de un plan de parto seguro. La discusión de un caso real promueve el aprendizaje activo y el desarrollo de habilidades críticas en la toma de decisiones médicas.

En países en desarrollo como Perú, donde la tasa de cesáreas y otros factores de riesgo pueden ser elevados, la placenta previa tiene implicaciones importantes para la salud pública. Al documentar y analizar un caso clínico, se puede resaltar la importancia de recibir una atención prenatal adecuada, así como la necesidad de educar a las gestantes sobre los signos de alerta y el seguimiento médico.



Esto podría aumentar la conciencia pública y, por lo tanto, mejorar los resultados de salud materno-infantil.

Finalmente, el análisis de un caso clínico puede contribuir al cuerpo de conocimiento existente sobre placenta previa. A través de la documentación de la historia clínica, el manejo y los resultados, se puede enriquecer la literatura médica y fomentar futuras investigaciones. Además, el estudio de casos específicos puede revelar patrones que pueden ser útiles para la identificación de estrategias de prevención y manejo más efectivas.

El desarrollo de un caso clínico de placenta previa en una gestante de 35 semanas es crucial no solo por su relevancia clínica, sino también por su potencial para educar, mejorar la salud pública y contribuir al avance del conocimiento en obstetricia.

### **1.3 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 ANTECEDENTES NACIONALES**

**Marín (2022).** El caso clínico de una mujer de 37 años con antecedentes de múltiples cesáreas previas, placenta previa y acretismo placentario se describe en este estudio descriptivo observacional realizado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. La paciente cesareada anterior presentó regular sangrado vaginal y contracciones uterinas, lo que llevó al diagnóstico de multigesta de 34 semanas con alto riesgo obstétrico. Tras ser hospitalizada y recibir tratamiento, se realizó una cesárea histerectomía de emergencia debido al acretismo placentario. Se concluyó que los factores de riesgo de acretismo placentario en este caso fueron la

cesárea anterior, placenta previa y la culminación en parto por cesárea e histerectomía <sup>(4)</sup>.

**Rosales K. (2021).** La placenta juega un papel importante durante el embarazo al secretar hormonas y enzimas para alimentar al feto y permitir los intercambios de gases. En Perú, la principal causa de muerte materna es la hemorragia durante el embarazo, y la placenta previa es un factor de riesgo que debe ser identificado y prevenido para evitar complicaciones. El desprendimiento de la placenta puede estar relacionado con anomalías en el endometrio, aumentando el riesgo de morbilidad tanto para la madre como para el bebé. El manejo no intervencionista de la placenta previa, con diagnóstico por ultrasonido y cesárea, ha demostrado reducir la morbilidad materna y fetal <sup>(5)</sup>.

**Paulino-Córdova A. (2021)** El objetivo de este estudio fue determinar los factores asociados a la placenta previa en gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto en el periodo de mayo a noviembre del 2019. La muestra incluyó a 66 pacientes con diagnóstico de placenta previa, y los resultados mostraron que la mayoría tenía placenta previa de inserción marginal. Además, se encontró que la edad, el número de partos y el periodo intergenésico estaban asociados con la placenta previa, con un valor de significancia estadística de  $<0.05$ . Sin embargo, la cesárea anterior, el aborto y el embarazo múltiple tuvieron una baja frecuencia en esta investigación. En conclusión, estos factores pueden influir en el desarrollo de la placenta previa en pacientes gestantes, lo que destaca la importancia de considerar estos aspectos en la atención médica de estas mujeres <sup>(6)</sup>.

**Sinchitullo A, et al. (2020).** El estudio realizado en el Hospital Militar Central entre 2014-2018 buscó determinar los factores asociados a la placenta previa en pacientes atendidas en el servicio de obstetricia y ginecología. Se analizaron 988 nacimientos, de los cuales 329 casos fueron de cesárea. Se encontró que la cesárea previa, el bajo peso al nacer y la edad avanzada son factores de riesgo para la placenta previa. La edad, la edad gestacional y el control prenatal no mostraron asociación con la cesárea. También se encontró que el número de hijos influye en la probabilidad de cesárea, en conclusión, que la cesárea previa, la edad avanzada y el bajo peso al nacer son factores significativos para presentar placenta previa <sup>(4)</sup>.

**Quispelayo C. (2019)** Se realizó un estudio en el Hospital Nacional Hipólito Únanue para identificar los efectos y factores de riesgo asociados a la placenta previa en pacientes ingresadas al servicio de obstetricia y ginecología durante el período enero a diciembre de 2018. Se incluyeron 173 pacientes, 58 casos y 115 controles y factores obstétricos. como antecedentes de aborto, VAT y/o legrado, múltiples, PIC y antecedentes de placenta previa se encontró que son un factor de riesgo para el desarrollo de placenta previa. Por otro lado, características sociodemográficas como la edad, el estado civil y el nivel de educación no tienen relación significativa con las parejas no casadas. No se ha descubierto que el índice de masa corporal (IMC) (sobrepeso o bajo peso) y la anemia y la anemia en el primer trimestre sean factores de riesgo de placenta previa <sup>(8)</sup>.

### **1.3.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

**Argote-Ríos D (2022).** El objetivo de este estudio es describir las enfermedades maternas en mujeres embarazadas con placenta previa e investigar la relación

entre el tipo de placenta previa y la gravedad de las complicaciones. Se incluyeron en el estudio 146 mujeres embarazadas diagnosticadas con placenta previa en un hospital de Cali, Colombia, entre 2011 y 2020. Se observaron complicaciones como sangrado, necesidad de transfusiones de sangre y hospitalización en cuidados intensivos. No hubo mortalidad materna registrada. Las mujeres con placenta previa baja presentaron mayores complicaciones que aquellas con placenta previa alta. Se concluyó que las mujeres con placenta previa enfrentan complicaciones graves y que se necesitan más estudios para comparar la morbilidad materna según el tipo de placenta previa <sup>(9)</sup>.

**Belalcazar, Y., et al (2022).** La placenta previa se encuentra en la parte inferior del útero, donde puede encontrarse parcial o totalmente. La tercera causa de sangrado en el tercer trimestre es responsable de 20 casos, mientras que el embarazo tardío provoca la tercera y la histerectomía radical la segunda. Con frecuencia está relacionado con mujeres mayores, cesáreas anteriores o abortos espontáneos. Una mujer de 43 años a quien se le realizó una cesárea en el tercer trimestre de su embarazo a las 35,1 semanas fue diagnosticada con placenta previa total, lo que luego fue confirmado mediante resonancia magnética y ecografía ginecológica. Se planifica una cesárea a las 36 semanas si hay signos de placenta previa y placenta acreta completas y asintomáticas <sup>(10)</sup>.

**Contreras R (2021).** La placenta previa es una condición en la que la placenta se inserta cerca del cuello uterino de manera anómala, relacionada con varios factores de riesgo comunes. Puede causar complicaciones graves, especialmente cuando hay anomalías en la profundidad de la inserción de la placenta. Por lo tanto, es crucial conocer su prevalencia para implementar medidas preventivas.

Un estudio retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel encontró que el 82.5% de las pacientes con placenta previa tenían una inserción total, mientras que solo el 2.5% presentaba una inserción parcial. Es fundamental diagnosticar esta condición prenatalmente para reducir el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el bebé <sup>(11)</sup>.

**Jiménez-Jiménez, C., et al. (2021).** El artículo analiza el manejo de la placenta percreta mediante la embolización de ciertas arterias placentarias antes de la histerectomía en pacientes ingresadas en un hospital de cuarto nivel en Bogotá, Colombia. La evaluación de la placenta percreta en cinco pacientes equivalió a un promedio de 3,8 embarazos. El tiempo transcurrido entre la embolización y la histerectomía, sin complicaciones ni morbilidad materno-fetal, fue de 1,6 días en promedio. La cantidad media de sangrado durante la histerectomía fue de 1160 ml. Se destaca que el diagnóstico de sospecha y el uso de nuevas técnicas, como la embolización arterial, son de mayor importancia para un tratamiento más seguro de estos pacientes <sup>(12)</sup>.

**Sandoval-García-Travesí, F, et al. (2019).** El estudio examinó los resultados perinatales de 200 casos de embarazos causados por una inserción placentaria anormal. Se encontró que la mayoría de los casos se caracterizaban por placenta central total, con placenta con inserción baja, placenta marginal y placenta con inserción parcial, 24 de cada 100 embarazos se resolvieron antes de las 35 semanas y 76 se resolvieron a las 36 semanas o más. Todas las pacientes fueron sometidas a cesárea y una proporción considerable a procedimientos de emergencia. Se registró una tasa baja de muerte materna, pero las complicaciones neonatales fueron más frecuentes, destacando el síndrome de distrés respiratorio.

En conclusión, el tratamiento quirúrgico en hospitales de alto nivel puede prevenir complicaciones perinatales<sup>(13)</sup>.

#### **1.4 BASES TEÓRICAS**

En la placenta previa total, la placenta se adhiere completamente al cuello uterino, bloqueando el canal del parto. El tratamiento adecuado de esta afección es crucial para la salud de la madre y el feto porque puede causar complicaciones graves durante el embarazo y el parto. En particular, una cesárea previa puede complicar el tratamiento completo de la placenta previa debido a la alteración de la cicatrización de la herida intrauterina y la implantación de la placenta<sup>(1)</sup>. El riesgo de placenta previa total aumenta en mujeres que han tenido una cesárea previa debido a los cambios que el procedimiento puede causar en el útero. Las cicatrices de una cesárea pueden impedir que la placenta anide normalmente en el útero, creando un ambiente susceptible a la placenta previa. Este riesgo es especialmente pronunciado durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, lo que requiere una estrecha vigilancia y una planificación cuidadosa para evitar complicaciones graves<sup>(3)</sup>.

La placenta previa total a las 35 semanas de gestación presenta un desafío especial en el manejo obstétrico. En esta etapa del embarazo, el feto ya se está desarrollando y cualquier complicación puede afectar significativamente la salud y el proceso del parto. En tales casos, suele ser necesaria una cesárea planificada porque el parto vaginal puede provocar sangrado abundante y otras complicaciones para la madre y el bebé<sup>(14)</sup>.

La detección temprana de placenta previa total es posible mediante técnicas de imagen como la ecografía transabdominal y transvaginal. Estas técnicas permiten una visualización precisa de la posición de la placenta en relación con el cuello uterino. Sin embargo, el diagnóstico puede ser difícil debido a los cambios en la posición de la placenta y las posibles complicaciones relacionadas con las cicatrices de una cesárea previa <sup>(15)</sup>.

El tratamiento completo de la placenta previa en mujeres sometidas a cesárea requiere una planificación obstétrica integral. Las recomendaciones incluyen la cesárea electiva y la preparación para emergencias que puedan ocurrir durante el trabajo de parto. Planificar con anticipación es esencial para minimizar el riesgo de hemorragias graves y otras complicaciones durante el parto que pueden poner en peligro la vida de la madre y el feto <sup>(12)</sup>.

Además de las complicaciones maternas, la placenta previa total después de una cesárea previa puede provocar resultados neonatales adversos. Estos problemas pueden incluir parto prematuro, problemas respiratorios y la necesidad de cuidados especiales para el recién nacido. La colaboración entre obstetras, neonatólogos y otros profesionales de la salud es importante para garantizar el mejor resultado para su bebé. La literatura científica indica que el riesgo de placenta previa total aumenta con cada cesárea previa, enfatizando la importancia de estrategias de manejo efectivas y un estrecho seguimiento prenatal <sup>(12)</sup>.

Los estudios han demostrado que las mujeres con antecedentes de cesárea tienen más probabilidades de tener placenta previa total, lo que destaca la necesidad de un enfoque preventivo para controlar estos casos. En cuanto a los efectos sobre la

madre, la placenta previa puede provocar una serie de complicaciones, como hemorragias graves, necesidad de transfusiones de sangre y, en algunos casos, histerectomía. Este riesgo aumenta en presencia de una cicatriz de cesárea, lo que hace que la planificación del parto y el manejo adecuado sean aún más importantes <sup>(12-14)</sup>.

Por tanto, la placenta previa total en mujeres que previamente tuvieron una cesárea a las 35 semanas de gestación es un problema grave en la práctica obstétrica. La combinación de cicatrices uterinas previas y la placenta que cubre el cuello uterino requiere un enfoque especializado y un seguimiento continuo para minimizar las complicaciones y garantizar el mejor resultado posible para la madre y el bebé. Comprender los riesgos involucrados e implementar estrategias de gestión adecuadas es fundamental para mejorar la calidad de la atención y los resultados en estos casos complejos.

### **Definición y Clasificación de Placenta Previa Total**

La placenta previa es una afección obstétrica en la que la placenta se encuentra anormalmente ubicada en el útero, cubriendo parte o la totalidad del interior del cuello uterino. Esta posición puede causar obstrucción del canal del parto y se asocia con un riesgo importante de sangrado durante el parto <sup>(16)</sup>.

La placenta previa puede ser un problema grave, especialmente en mujeres que han tenido una cesárea, debido a los cambios en la estructura del útero y la formación de cicatrices <sup>(6)</sup>. Esta afección puede ser asintomática o causar sangrado vaginal, que generalmente ocurre durante el segundo o tercer trimestre del embarazo <sup>(5)</sup>.



## **Clasificación de Placenta Previa**

La clasificación de la placenta previa se basa en la relación de la placenta con el cuello uterino y se divide en los siguientes tipos:

Placenta previa marginal: la placenta se encuentra cerca del cuello uterino, pero no lo cubre. Esta posición puede suponer un riesgo porque la placenta puede volverse más sensible a medida que avanza el embarazo <sup>(16)</sup>.

Placenta previa parcial. De esta forma, la placenta cubre parcialmente el interior del cuello uterino. Esto puede provocar una obstrucción parcial del canal del parto, aumentando el riesgo de sangrado durante el parto <sup>(16)</sup>.

La placenta previa total. En este caso, la placenta cubre totalmente el cuello uterino interno, bloqueando totalmente el canal del parto. La placenta previa total conlleva un alto riesgo de sangrado y, a menudo, requiere una cesárea para evitar complicaciones graves <sup>(16)</sup>.

## **Consideraciones Clínicas y Manejo**

El tratamiento de la placenta previa debe adaptarse a la clasificación específica y las características individuales de cada paciente. Las técnicas de imagen como la ecografía transabdominal y transvaginal son necesarias para identificar y controlar con precisión la placenta previa. Esta clasificación respalda la toma de decisiones clínicas y las estrategias de manejo, que pueden incluir monitoreo prenatal intensivo y planificación de cesárea en casos de placenta previa total <sup>(17)</sup>.

La evaluación precisa de la posición de la placenta permite una adecuada planificación del parto y acciones para minimizar los riesgos y complicaciones asociados a esta condición obstétrica <sup>(16)</sup>.

### **Factores de Riesgo para Placenta Previa Total**

La identificación de factores de riesgo es crucial para la planificación del manejo y el tratamiento de esta condición. Entre los factores de riesgo asociados tenemos:

#### **a.- Multiparidad**

El embarazo múltiple, definido como un historial de embarazos múltiples, se ha identificado como un factor de riesgo importante de placenta previa total. Las mujeres con embarazos múltiples tenían más probabilidades de tener placenta previa total que las mujeres primíparas <sup>(19)</sup>. El mayor riesgo puede deberse a cambios en la estructura del útero y la placenta asociados con la expansión y contracción repetida del útero durante embarazos múltiples. Además, el aumento del volumen uterino en embarazos anteriores puede provocar una implantación placentaria anormal <sup>(19)</sup>.

#### **b.- Edad Materna Avanzada**

La edad materna avanzada también se asocia con un mayor riesgo de placenta previa total. Según ENDES (2019), en mujeres mayores de 35 años, el riesgo de placenta previa total aumenta significativamente en comparación con las mujeres más jóvenes <sup>(19)</sup>. Este mayor riesgo puede deberse a varios factores, incluidos cambios en la vascularización uterina y cambios en la función placentaria que ocurren con la edad. La edad avanzada se asocia con una mayor tasa de

anomalías en la implantación placentaria, lo que puede resultar en una mayor probabilidad de supervivencia placentaria total.

#### **c.- Antecedentes de Aborto**

Un historial de aborto espontáneo también se asocia con un mayor riesgo de placenta previa total. Se encontraron que las mujeres con antecedentes de aborto espontáneo tenían un mayor riesgo de desarrollar placenta previa en embarazos posteriores. Este riesgo puede deberse a cambios en el endometrio y cicatrices uterinas de abortos anteriores, que pueden afectar la implantación de la placenta en una posición anormal. La presencia de cicatrices o cambios en el tejido uterino debido a abortos anteriores puede hacer que la placenta se encuentre cerca o encima del cuello uterino <sup>(20)</sup>.

#### **d.- Cesárea Previa**

Uno de los factores de riesgo mejor documentados para el desarrollo de placenta previa es el antecedente de cesárea. Las mujeres con antecedentes de cesárea tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar placenta previa en embarazos posteriores. Se cree que este mayor riesgo se debe a cambios en la cicatrización de las heridas uterinas debido a la cesárea, que pueden impedir la implantación placentaria adecuada <sup>(21)</sup>. Las cicatrices uterinas pueden afectar la vascularización uterina, promover una implantación placentaria anormal y aumentar la probabilidad de placenta previa total.

### **e.- Escarring Uterino y Alteración de la Placentación**

Se demostró que las secreciones uterinas de cesáreas anteriores tienen un impacto directo en la placenta. Las cicatrices uterinas pueden interferir con el desarrollo adecuado de la placenta, provocando una implantación anormal en el cuello uterino <sup>(22)</sup>. La investigación de estos autores muestra que el daño a la pared uterina después de una cesárea previa puede provocar una unión anormal de la placenta, como la placenta previa.

### **Mecanismos Patológicos Generales**

El mecanismo patológico de la placenta previa está totalmente ligado a una implantación placentaria anormal. Normalmente, la placenta está adherida a la pared uterina en una posición que permite una circulación y un desarrollo vascular adecuados. Sin embargo, en el caso de placenta previa total, la placenta se implanta por encima del cuello uterino, obstruyendo el flujo adecuado del canal del parto y posiblemente causando complicaciones como hemorragia intrauterina y durante el parto <sup>[23]</sup>. Esta implantación anormal está relacionada con algunos cambios en el funcionamiento del útero y la placenta.

#### **A.- Impacto de las Cesáreas Previas en la Placentación**

Se estudio cómo la cesárea previa afecta la fisiopatología de la placenta previa. Las cicatrices uterinas de una cesárea pueden alterar la vascularización uterina normal y crear un entorno en el que la placenta puede no adherirse correctamente. La presencia de tejido cicatricial puede interferir con la capacidad de la placenta para adherirse adecuadamente a la pared uterina y, por lo tanto, provocar una implantación placentaria anormal. Este estudio sugiere

que los cambios en la estructura uterina debido a una cesárea previa pueden contribuir al desarrollo de placenta previa <sup>(22-23)</sup>.

### **b.- Alteraciones Vasculares y Funcionales**

El impacto de una cesárea previa en toda la placenta previa, centrándose en los cambios en la función y la vascularización del útero. Una cesárea previa puede provocar cambios en los vasos sanguíneos uterinos, afectando la capacidad de la placenta para recibir un suministro de sangre adecuado y formar una fusión adecuada. Las cicatrices de la cesárea pueden reducir la formación de nuevas arterias y venas en el área afectada del útero, lo que puede contribuir a una unión placentaria anormal y a la persistencia de la placenta previa <sup>(24-25)</sup>.

### **c.- Cicatrización y Adhesión de la Placenta**

El proceso de curación uterina después de una cesárea puede alterar la estructura normal del endometrio, creando un entorno en el que es más probable que la placenta se adhiera al cuello uterino. La cicatrización puede provocar un aumento de la resistencia del tejido, lo que dificulta la colocación de la placenta en una posición óptima. Esto puede provocar una placentación incorrecta y el desarrollo de una placenta previa total, lo que ha sido confirmado por los diversos estudios <sup>(24-25)</sup>.

Las cicatrices uterinas y los cambios en la vascularización uterina desempeñan un papel importante en las anomalías placentarias, lo que enfatiza la importancia de un seguimiento y tratamiento adecuados para las mujeres con antecedentes de cesárea <sup>(24)</sup>.

## **Diagnóstico de Placenta Previa Total**

El diagnóstico preciso de esta condición es crucial para planificar el manejo y evitar complicaciones graves como hemorragias significativas durante el embarazo y el parto. La identificación de placenta previa total se basa en el uso de técnicas de imagen avanzadas.

### **a.- Técnicas de Imagen para el Diagnóstico de Placenta Previa Total**

La ecografía, que es el método principal para diagnosticar la placenta previa, permite una evaluación precisa de la posición de la placenta en relación con el cuello uterino. Moradi et al. (2023) afirman que la ecografía transabdominal es el método predominante para la valoración inicial. Este método permite una evaluación completa del útero y la placenta, lo que ayuda a determinar si hay placenta previa. Sin embargo, la ecografía transvaginal es la opción preferida cuando la ecografía transabdominal no proporciona imágenes claras. Este método permite una visualización más cercana y detallada del cuello uterino y la placenta, lo que resulta en un diagnóstico de placenta previa total más preciso (26).

### **b.- Ultrasonido Transabdominal y Transvaginal**

La ecografía transabdominal es útil para la evaluación inicial porque puede cubrir un área más grande del útero y detectar anomalías generales. Sin embargo, si no se puede visualizar claramente toda la placenta previa con este método, se recomienda una ecografía transvaginal. Este método permite obtener imágenes más detalladas del cuello uterino, ayudando a evaluar mejor la relación entre la placenta y el cuello uterino. Pineda y cols. (2015) enfatizaron que la

ecografía transvaginal es particularmente efectiva para confirmar la placenta previa total, proporcionando imágenes más precisas para ayudar a planificar el manejo del embarazo <sup>(27)</sup>.

### **c.- Evaluación y Confirmación Diagnóstica**

Para hacer un diagnóstico preciso, es importante realizar una ecografía en el entorno adecuado del embarazo. Moradi et al. (2023) recomiendan un seguimiento ecográfico periódico para controlar posibles cambios en la posición de la placenta, ya que en algunos casos la placenta previa puede cambiar de posición a medida que avanza el embarazo <sup>(27)</sup>. Confirmar el diagnóstico de placenta previa total a menudo requiere múltiples ecografías para evaluar la progresión de la enfermedad. Pineda et al (2015) enfatizaron que, para garantizar la precisión, el diagnóstico debe complementarse con una evaluación detallada del cuello uterino y la placenta <sup>(28)</sup>.

### **d.- Resonancia Magnética y Técnicas Complementarias**

Aunque la ecografía es la herramienta principal, en algunos casos difíciles o cuando los resultados no son claros, se puede utilizar la resonancia magnética (MRI) para obtener imágenes adicionales <sup>(28)</sup>. La resonancia magnética proporciona imágenes detalladas de la placenta y su relación con el cuello uterino, lo que ayuda a confirmar el diagnóstico y planificar el manejo reproductivo <sup>(28)</sup>. Aunque la resonancia magnética no es la primera opción debido al costo y la disponibilidad, la resonancia magnética puede proporcionar información valiosa en situaciones difíciles.

Las recomendaciones para diagnosticar la placenta previa incluyen exámenes de ultrasonido de rutina para monitorear la posición de la placenta y planificar un parto seguro <sup>(27)</sup>. El estudio de Moradi y Pineda et al. coinciden en que la evaluación detallada y el seguimiento adecuado son importantes para gestionar los riesgos asociados con la placenta previa total y ajustar las estrategias de parto según sea necesario <sup>(26-27)</sup>. Además, es importante que los profesionales de la salud estén capacitados para utilizar estos métodos de imágenes e interpretar los resultados con precisión.

### **Manejo de Placenta Previa Total en Cesárea Anterior**

Viruega (2016) revisó estrategias para el manejo de la placenta previa en mujeres con antecedentes de cesárea y enfatizaron que la planificación del parto debe coordinarse cuidadosamente <sup>(29)</sup>. Las mujeres con placenta previa total y una cesárea previa necesitan un enfoque individualizado, teniendo en cuenta la ubicación de la placenta, la salud de la madre y el feto y la posibilidad de un sangrado significativo. La planificación a menudo incluye elegir un lugar apropiado para el parto, prepararse para la transfusión de sangre y coordinar con el equipo multidisciplinario.

#### **A.- Planificación del Parto**

Pineda et al (2015) revisaron los resultados clínicos y las recomendaciones para el manejo del parto en mujeres con placenta previa total y cesárea previa <sup>(27)</sup>. La planificación de un parto vaginal incluye una cesárea planificada para evitar el riesgo de sangrado grave y un parto vaginal en casos complicados. Los autores enfatizan la importancia de planificar el parto en un centro que pueda brindar



atención de emergencia debido a la alta probabilidad de complicaciones en el parto y el riesgo de ruptura uterina.

#### **b.- Consideraciones clínicas**

Villegas (2021) analizó los resultados y métodos de manejo en casos de placenta previa total después de antecedentes de cesárea <sup>(30)</sup>. Las consideraciones clínicas clave incluyen la evaluación de la posición de la placenta mediante técnicas de imagen avanzadas y la preparación para la transfusión. Se debe optar por una cesárea en lugar de un parto vaginal para minimizar el riesgo de sangrado y otras complicaciones relacionadas con la placenta previa total y la cicatrización uterina. Además, el estudio destaca la necesidad de controlar de cerca el embarazo para detectar signos tempranos de complicaciones <sup>(29-30)</sup>.

#### **c.- Planificar una cesárea**

Pineda et al. (2015) enfatizó la importancia de una planificación detallada de la cesárea en mujeres con placenta previa. Esta planificación incluye evaluar la ubicación de la placenta, elegir la técnica quirúrgica adecuada y prepararse para la transfusión. Una cesárea planificada le permite planificar cuidadosamente y prepararse adecuadamente para el tratamiento de las complicaciones que puedan surgir durante el procedimiento. Además, debido al riesgo asociado a esta afección, se debe realizar una cesárea de emergencia <sup>(26)</sup>.

#### **d.- Manejo de Complicaciones**

El tratamiento completo de las complicaciones de la placenta previa después de una cesárea requiere una preparación integral. Las posibles complicaciones

incluyen sangrado abundante, rotura uterina y necesidad de transfusión de sangre. La preparación para tales eventos es fundamental y debe incluir la disponibilidad de sangre y productos sanguíneos, así como un equipo multidisciplinario capacitado en atención obstétrica de emergencia <sup>(25-26)</sup>.

## **Complicaciones Asociadas**

La interacción entre la placenta previa total y la cicatriz de una cesárea previa introduce una complejidad adicional en el manejo clínico y en la planificación del parto.

### **a.- Complicaciones hemorrágicas**

Aguilar (2024) estudió el sangrado asociado con placenta previa total y cesárea previa. Una complicación común en estos casos es el sangrado significativo debido a la vascularización placentaria anormal y al riesgo de ruptura uterina. La presencia de placenta previa total aumenta el riesgo de sangrado durante el embarazo y el parto, lo que puede requerir una intervención quirúrgica de emergencia. Además, las mujeres con placenta previa total y una cesárea previa tienen más probabilidades de requerir una transfusión de sangre debido a una pérdida significativa de sangre durante el parto <sup>(31)</sup>.

### **b.- Placenta acreta y previa**

Aguilar (2024) estudió la relación entre placenta previa y placenta acreta en mujeres con antecedentes de cesárea. La placenta acreta es una complicación grave en la que la placenta no se adhiere firmemente al útero debido a cicatrices previas y es más común en mujeres con placenta previa total y una cesárea

previa. Esta condición puede causar sangrado severo y en casos severos requiere histerectomía posparto. La detección temprana de placenta acreta mediante técnicas de imagen avanzadas es importante para la planificación adecuada del tratamiento y la reducción del riesgo <sup>(31)</sup>.

#### **c.- Resultados neonatales**

Villegas (2021) estudiaron los resultados neonatales en casos de placenta previa total después de una cesárea previa. Los bebés nacidos de madres con placenta previa total pueden tener riesgos adicionales, incluido el parto prematuro y el bajo peso al nacer, debido a la necesidad de una cesárea antes del término para tratar las complicaciones relacionadas con el golpe de placenta. El parto prematuro puede requerir un parto temprano para evitar un sangrado excesivo, lo que aumenta el riesgo de problemas neonatales como el síndrome de dificultad respiratoria y otras complicaciones asociadas con el parto prematuro <sup>(29-30)</sup>.

#### **d.- Riesgo de parto prematuro**

Aguilar (2024) discutió el riesgo de parto prematuro en casos de placenta previa total después de una cesárea previa. Tener que someterse a una cesárea temprana para corregir la placenta previa puede provocar un parto prematuro, lo que plantea una serie de riesgos para el recién nacido, incluidos problemas respiratorios, dificultades para alimentarse y complicaciones del parto a largo plazo. Al planificar un parto, es necesario tener en cuenta los riesgos anteriores y preparar un entorno neonatal adecuado para tratar a los bebés prematuros <sup>(31)</sup>.

#### **e.- Recomendaciones para el manejo clínico.**

El manejo clínico de la placenta previa total después de una cesárea previa requiere una planificación cuidadosa para minimizar las complicaciones asociadas. Los estudios demuestran que es extremadamente importante controlar de cerca el embarazo y planificar una cesárea electiva en condiciones apropiadas para prevenir sangrado y otras posibles complicaciones <sup>(25, 26)</sup>. La preparación para la histerectomía y la preparación de productos sanguíneos también son importantes para controlar los riesgos asociados con la placenta previa total y las cesáreas previas.

## **Resultados Maternos y Neonatales**

### **a.- Efectos de la cesárea sobre los resultados maternos y neonatales**

Quispe et al (2022) evaluaron el impacto de la cesárea en los resultados maternos y neonatales en casos de placenta previa total <sup>(31)</sup>. A menudo se recomienda la cesárea electiva para evitar complicaciones asociadas con el parto vaginal con placenta previa total. Los efectos sobre la madre pueden incluir tiempos de recuperación postoperatoria más prolongados debido a la dificultad del parto por cesárea en tales casos. Para los recién nacidos, la cesárea puede reducir el riesgo de hemorragia grave y lesiones durante el parto, pero también puede estar asociada con un mayor riesgo de parto prematuro, especialmente si se realiza temprano para evitar complicaciones <sup>(32)</sup>.

### **b.- Resultados a largo plazo**

Quispe y Rivera (2022) estudiaron los efectos a largo plazo de los embarazos complicados por placenta previa total y cesáreas previas. A largo plazo, las mujeres pueden desarrollar complicaciones crónicas relacionadas con las

cicatrices uterinas y un mayor riesgo de futuras complicaciones obstétricas. Para los recién nacidos, los resultados a largo plazo pueden incluir el seguimiento de posibles problemas relacionados con el parto prematuro y la exposición a la cirugía antes del nacimiento. Los estudios a largo plazo destacan la importancia del seguimiento continuo de la madre y el bebé para controlar y minimizar posibles complicaciones futuras <sup>(32)</sup>.

### **c.- La eficacia de la cesárea planificada.**

Quispe et al. (2022) analizaron la eficacia de la cesárea electiva para reducir las complicaciones en casos de placenta previa total <sup>(32)</sup>. Se ha descubierto que la cesárea electiva es eficaz para reducir el riesgo de complicaciones agudas, como sangrado abundante y traumatismos durante el parto. Planificar con anticipación le permite estar mejor preparado para posibles complicaciones, incluida la disponibilidad de productos sanguíneos y un equipo quirúrgico especializado. En estos casos, la cesárea planificada también reduce el riesgo de parto prematuro en comparación con el parto vaginal <sup>(32)</sup>.

## **Recomendaciones para la Práctica Clínica**

### **a.- Recomendaciones generales para el manejo**

Sabando (2020) brindan recomendaciones para el tratamiento completo de la placenta previa en mujeres que han tenido una cesárea, enfatizando la importancia de una planificación cuidadosa y un enfoque multidisciplinario. Las recomendaciones incluyen realizar una cesárea electiva en un entorno que maneje eficazmente las posibles complicaciones. Para controlar la ubicación de la placenta y la salud de la madre, es necesario un seguimiento detallado del

embarazo mediante ecografías periódicas. Además, las directrices cubren la preparación para emergencias, incluido el suministro de sangre y un equipo quirúrgico capacitado para tratar complicaciones graves <sup>(23)</sup>.

#### **b.- Enfoque integrado de la atención**

Villegas (2021) abogan por un enfoque integral para el tratamiento de la placenta previa exclusivamente en el contexto de una cesárea previa. Este enfoque incluye una coordinación eficaz de obstetras, anesthesiólogos y neonatólogos para garantizar una atención segura y eficaz durante el parto. La planificación del parto debe incluir la preparación para posibles complicaciones, como sangrado abundante y la necesidad de una transfusión de sangre. Además, se debe utilizar un proceso estándar de gestión de crisis para garantizar una respuesta rápida y organizada <sup>(31)</sup>.

#### **c.- Gestión de riesgos especiales**

Quispe et al (2022) analizan el manejo de riesgos específicos asociados con la placenta previa total y la cesárea previa, sugiriendo estrategias para minimizar las complicaciones. Las recomendaciones incluyen el uso de técnicas de imagen avanzadas para evaluar con precisión la placenta y programar una cesárea electiva en un entorno de atención ambulatoria. El manejo de riesgos debe incluir la posibilidad de placenta acreta y la preparación para la posibilidad de un parto prematuro si se requiere una cesárea temprana. Es necesario implementar un plan de gestión de riesgos personalizado basado en la evaluación de cada caso individual <sup>(32)</sup>.

## **CAPÍTULO II CASO CLÍNICO**

### **2.1 OBJETIVOS**

#### **Objetivo General:**

Analizar los factores de riesgo y manejo clínico de un caso con placenta previa total en cesareada anterior de 35 semanas en el Hospital II-3 MINSA.

#### **Objetivos Específicos:**

- Identificar los factores de riesgo de la placenta previa total en cesareada anterior en el caso presentado.
- Comparar y evaluar el manejo clínico de un caso con placenta previa total en cesareada anterior con la guía clínica del Hospital II-3 MINSA
- Enfatizar la relevancia del control prenatal para la identificación de los factores de riesgo en gestante cesareada anterior.

## 2.2 MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación de un caso clínico seleccionado realizada en noviembre de 2021 en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Se examinaron los antecedentes personales, patológicos, obstétricos, clínicos, diagnósticos, exámenes auxiliares y manejo de acuerdo con la especialización.

## 2.3 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

- **Nombre:** M.N.I
- **Fecha y Hora** 6/11/2021 04:00 horas
- **Forma de ingreso:** Emergencia obstétrica
- **Edad:** 27 años
- **Procedencia:** Venezuela
- **Distrito:** SJL
- **Lugar de control prenatal:** Puesto de salud I-2
- **Grado de instrucción:** Superior Incompleta
- **Ocupación:** Ama de casa.

### 2.3.1 TIEMPO DE ENFERMEDAD

- **Inicio:** Súbito
- **Curso:** Insidioso
- **Signos y Síntomas principales:**
  - Sangrado vaginal
  - Lipotimia
  - Palidez



- **Relato Cronológico:**

Paciente gestante de 27 años, de 35 semanas por FUR, acompañada de familiar y personal de seguridad del hospital ingresa por emergencia por presentar de forma súbita sangrado activo rojo vivo desde hace más o menos 2 horas. Según manifiesta la paciente, refiere no presentar dolor, ni contracciones ni otra interurrencia.

Trae ecografía obstétrica de medico particular con diagnóstico de placenta previa.

### **2.3.2 ANTECEDENTES**

- **Fisiológicos:**

- Apetito: Conservado
- Sed: Conservado
- Sueño: Aumentado
- Deposiciones: Conservadas (1 vez al día)
- Diuresis: Aumentada

- Hábitos Nocivos: ninguno

- Antecedes de haber recibido Transfusiones: No refiere.

- Antecedentes Patológicos:

- Diabetes Mellitus: niega
- Tuberculosis: niega
- Hipertensión arterial: niega
- Asma: Niega
- Infección por Hepatitis B: niega

- Infección por VIH: niega

• Antecedentes Familiares:

- Padre: 55 años, sano

- Madre: 53 años, Hipertensa desde hace 6 años.

- Hermanos: Mujer 13 años, sana

- Pareja: 35 años, aparentemente sano.

- Hijo: 4 años, Sano

• Antecedentes Quirúrgicos:

- Legrado uterino hace 7 años por Aborto incompleto

- Cesárea hace 4 años por Desproporción céfalo pélvica (Venezuela)

• Antecedentes Gineco – Obstétricos:

- Número de controles prenatales: 3

- FUR: 04/03/2021

- FPP: 11 /12 /2021

- IRS: 19 años

- RC: 5/35

- Menarquia: 11 años

- U. PAP: 3/02/18

- Peso de último hijo: 3900g

- G3P1011

G1: LU por Aborto Incompleto 2014

G2: Cesárea por DCP hace 4 años, Venezuela (2017)

G3 =>Actual: N° controles 3 en posta.

Gestante de 35 semanas por FUR.

### 2.3.3 EXAMEN FÍSICO

- **Examen General:** Aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición.
- **Funciones Vitales:**
  - Presión Arterial: 100/70 mmHg.
  - Frecuencia Cardíaca: 95 lt/min
  - Frecuencia respiratoria: 24 resp/min
  - Saturación de O<sub>2</sub>: 99%
- **Peso:** 50 kg (Pregestacional:44kg)
- **Piel:** Tibia, elástica, húmeda, llenado capilar menor de 2 segundos, palidez moderada, mucosas húmedas.
- **Tejido celular subcutáneo:** Edema pre tibial leve.
- **Cabeza:** Normo cráneo
- **Cara:** Sin alteraciones
- **Nariz:** simétrica, fosas nasales permeables
- **Boca:** sin alteraciones
- **Cuello:** simétrico, cilíndrico, no adenopatías
- **Mamas:** Turgentes, no dolorosas a la palpación, no masas palpables
- **Aparato respiratorio:** Amplexación conservada, patrón respiratorio rítmico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no estertores agregados, vibraciones vocales conservadas.
- **Aparato cardiovascular:** Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos, choque de punta en quinto espacio intercostal.

- **Aparato Gastrointestinal:** Útero grávido, no doloroso a la palpación superficial, AU: 34 cm, LCI, LCF: 145 lt/min.
- **Aparato Génito Urinario:** No puño percusión lumbar, Puntos renoureterales medio y superior negativos.
- **Sistema Nervioso:** Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización, no signos de irritación cortical.
- **Tacto Vaginal:** Diferido

### 2.3.4 EXÁMENES AUXILIARES

- **Ingreso por Emergencia:**
  - Grupo sanguíneo y factor: O positivo
  - Glucosa: 79 mg/dl
  - Urea: 28 mg/dl
  - Creatinina: 0.41 mg/dl
  - Hemoglobina: 9.5 g/dl
  - Hematocrito: 25%
  - Plaquetas: 178 000
  - Leucocitos: 7000
  - Abastionados: 0%
  - Segmentados: 70%
  - Fibrinógeno: 400 mg/dl
  - Tiempo de protrombina: 15 seg.
  - Tiempo de tromboplastina: 35 seg.
  - Tiempo de sangría: 2 seg.

- Examen de orina: Coluria, leucocitos: uno a dos por campo, proteínas una cruz.
- Ecografía obstétrica:  
Paciente con gestación activa de 35 semanas, placenta previa oclusiva total, se sugiere realizar un eco doppler.

### **2.3.5 DIAGNÓSTICO:**

1. Paciente gestante de 35 semanas por FUR
2. Hemorragia del tercer trimestre: placenta previa oclusiva total con sangrado activo
3. Anemia leve
4. Alto riesgo obstétrico: Cesareada anterior, controles prenatales insuficientes

### **Plan: CESÁREA DE EMERGENCIA**

Rp:

- Nada por vía oral
- Vía salinizada
- Cloruro de sodio al 9 por mil, 30gts/min
- Cefazolina 1g EV cada 6 horas
- Preparar para sala de operaciones
- Control de FV /SV
- Monitoreo materno fetal
- Enviar solicitud a sala de operaciones

### **2.3.5 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- Pruebas de laboratorio:
  - Prueba rápida de VIH
  - Antígeno de superficie Hepatitis B
  - RPR
- Electrocardiograma para riesgo quirúrgico

### **2.3.6 TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN**

#### **REPORTE OPERATORIO**

- **Hora de Inicio: 6:00 am**
- **Hora de término: 8:15 am**
- **Diagnostico preoperatorio:**
  - Gestante de 35 semanas por FUR.
  - HTT: Placenta previa oclusiva total
- **Operación propuesta:** Cesárea de emergencia
- **Operación realizada:** Cesárea de emergencia
- **Hallazgos:**
  - RN vivo Apgar 8<sup>1</sup> 9<sup>5</sup>, peso 2600
  - Líquido amniótico sanguinolento
  - Placenta oclusiva total.
  - Segmento uterino bastante adelgazado
  - Sangrado intraoperatorio +/- 500cc

**Rp:** Post Operatorio

- Nacl 9% al 9 por mil 3 frascos I II III
- Cefazolina 1gr vía EV cada 6 horas
- Metamizol 2g amp. vía IM cada 8 horas
- Metoclopramida 10 mg vía EV cada 8 horas
- Sonda Foley permeable
- Control de Funciones Vitales
- Control Estricto de Diuresis

**EVALUACIÓN POST OPERACIÓN (RECUPERACIÓN)**

PA: 80/50 mmHg.

P: 107 x'

T°: 37.5°C

Paciente hemodinamicamente estable, ventila sin apoyo oxigenatorio.

Examen físico: Palidez marcada en cara, mucosas semisecas, herida operatoria cubierta por apósito, no signos peritoneales, sangrado vaginal escaso sin mal olor.

Diuresis 0,7 cc/kg/hora

Control de hemoglobina: 7.3 g/dl

HTO: 35%,

Plaquetas: 156000 mm<sup>3</sup>

Rp: Se procede pasar un paquete globular, reevaluar Hb cuatro horas después de transfusión.

**DÍA HOSPITALARIO NÚMERO 2**

PA: 100/50 mmHg.

FC: 87 lt/min }

T: 36,5 C

Paciente post operada de cesárea por placenta previa y anemia moderada, clínicamente esta despierta y activa, ventilando sin apoyo oxigenatorio.

Paciente refiere disminución de dolor, loquios sin mal olor, herida operatoria sin signos de flogosis.

Examen físico: Abdomen blando, doloroso a la palpación profunda.

Diuresis: 0,6 cc/kg/hora

Al examen: Abdomen b/d apósitos limpios y secos sangrado por vía vaginal (-)

Diuresis: 500 cc (coluria)

Plan: Suspender antibiótico

### **DÍA HOSPITALARIO NÚMERO 3**

PA: 90/60 mmHg

FC: 84 lt/min

T: 37 C

Paciente Post operada de cesárea por placenta previa oclusiva total y anemia moderada en tratamiento. Paciente refiere menor dolor a nivel de la herida operatoria.

Lucida, activa, clínicamente esta despierta, ventilando sin apoyo oxigenatorio. Paciente refiere disminución de dolor, loquios sin mal olor escasos, herida operatoria sin signos de flogosis dolorosa a la palpación profunda.

Examen físico: Abdomen blando, AU: 14, Sangrado vaginal escaso

Diuresis: 0,6 cc/kg/hora



Plan:

Agregar hierro polimaltosado y después por 3 meses con sulfato ferroso.

Al examen: Abdomen blando depresible, apósitos limpios y secos, sangrado por vía vaginal escaso.

Diuresis: 500 cc (coluria)

Plan: Suspender antibiótico

Rp:

- Dieta líquida
- NaCl % al 9 por mil I – II
- Paracetamol 1g por vía oral cada 8 horas
- Hierro polimaltosado 1amp por vía endovenosa
- Sulfato ferroso 300mg por vía oral cada doce horas.
- Retirar Sonda Foley
- Control Funciones vitales
- Reposo relativo

## 2.4 DISCUSIÓN

Según los antecedentes obstétricos, la paciente fue operada de cesárea y de un legrado uterino, como lo indica la literatura, generalmente la inserción de la placenta puede verse alterada cuando existe tejido cicatricial en el útero, por lo que, puede ser la causa principal en este caso.

Debido a que se ha observado un aumento significativo en el número de cirugías uterinas, ya sea por cesárea electiva, legrados uterinos, miomectomías, etc., en las últimas décadas. Todos estos factores de riesgo contribuyen a la placenta previa. Por lo tanto, a medida que aumenta el número de cesáreas, el riesgo de desarrollar placenta previa aumenta de forma exponencial<sup>22</sup>. Las cicatrices en el segmento uterino inferior impiden el crecimiento de este a lo largo del embarazo y dificultan la "migración placentaria", que ocurre durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.

Se ha descrito una relación entre el daño endotelial y las alteraciones durante la cicatrización uterina, que pueden ocurrir durante la instrumentación uterina (como legrado) o durante el corte de las paredes del útero (como en la cesárea o miomectomía). Se ha demostrado que hay una relación directamente proporcional entre el número de cesáreas y el riesgo de acretismo y placenta previa<sup>23</sup>, y otros factores de riesgo incluyen la multiparidad, la edad materna avanzada, el tabaquismo, el uso de cocaína, los embarazos múltiples, los antecedentes de técnicas de reproducción anteriores e incluso la gestación previa.<sup>24, 25</sup>

Nuestro caso clínico demuestra la relación entre la placenta previa y la multiparidad. Una investigación internacional realizada por Argote-Ríos de

2021, en la que se diagnosticó placenta previa a 146 pacientes, encontró una relación estadísticamente significativa entre paridad y placenta previa <sup>9</sup>. En el año 2015, Flores realizó un estudio llamado “Factores maternos asociados al nacimiento prematuro: análisis de la encuesta ENDES 2019” en Lima, Perú. Según la Universidad Ricardo Palma 2022, el 63% de los pacientes son multíparas, lo que demuestra una relación estadísticamente significativa entre la paridad y la placenta previa.

Es importante destacar que, en el caso presentado, el nivel educativo y la situación socioeconómica pudieron tener un impacto en la asistencia insuficiente o inadecuada a los controles prenatales, como se menciona en la literatura. Es necesario implementar medidas de prevención para tener una visión completa de la gestante durante las atenciones prenatales apropiadas y oportunas. En este caso, no se tomó ninguna medida preventiva para prevenir las complicaciones de la placenta previa.

Es crucial informar a todas las mujeres embarazadas sobre la necesidad de realizar controles prenatales oportunos y adecuados. El Ministerio de Salud del Perú está llevando a cabo esta estrategia a través de la Norma Técnica de Salud Materna, la cual reforzará la implementación del plan de parto, la educación en signos de alarma, el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado de la placenta previa. Esto contribuirá a reducir significativamente la tasa de mortalidad asociada con esta patología.

La placenta previa es una causa común de hemorragias obstétricas en el segundo trimestre del embarazo, lo que aumenta la mortalidad materna perinatal. Esta condición es secundaria principalmente a la prematuridad, ya que es necesario

terminar la gestación antes del término para evitar hemorragias graves. En pacientes con placenta previa, la edad media del parto es de 34.9+/-3.9 semanas<sup>31</sup>. como se demostró en el caso clínico actual.

De hecho, el diagnóstico de placenta está relacionado con un riesgo diez veces mayor de hemorragia durante y después del nacimiento. Es importante destacar que el sangrado está relacionado con el riesgo de transfusión, histerectomía, sepsis materna, tromboflebitis, coagulopatía, ingreso a la unidad de cuidados intensivos y muerte materna, mientras que las complicaciones fetales más comunes son las relacionadas con la prematurez<sup>31-32</sup>.

Según los datos mostrados anteriormente, la paciente contaba con un resultado de ecografía obstétrica de medico particular, en la cual catalogaba su gestación de riesgo por la presencia de placenta previa oclusiva total; por lo cual la presencia de cesárea previa representa un riesgo muy elevado para el desarrollo de anomalías placentarias<sup>27</sup>.

Incluso cuando hay sangrado activo en el momento de la realización de la ecografía, numerosos estudios confirman que la ecografía transvaginal es segura como método de diagnóstico de placenta previa. Usarla no aumenta el riesgo de hemorragia y es más preciso que la ecografía abdominal para encontrar la placenta<sup>28</sup>.

El ultrasonido endovaginal puede determinar el borde inferior de la placenta y su conexión con el orificio cervical interno<sup>24-26</sup>. Sin embargo, existe evidencia de que el ultrasonido abdominal puede usarse para diagnosticar placenta previa.

Se recomienda realizar un ultrasonido endovaginal para confirmar el diagnóstico de placenta previa en pacientes con resultados de ultrasonido abdominal que indican sospechas <sup>26-28</sup>.

Se recomienda que el diagnóstico de inserción baja de la placenta o placenta previa se confirme a partir de las 32 semanas de gestación<sup>25</sup>.

Con respecto al manejo, puesto que la placenta previa es tipo oclusiva y total, contraindica la posibilidad de parto vaginal por el sangrado masivo por lo que está indicado la realización de una cesárea con el fin de preservar la vida tanto del recién nacido como de la madre. La indicación fue una cesárea de emergencia.

Se ha descrito que en estos casos se espera que el sangrado intraoperatorio oscile entre 2000 y 5000 ml, y entre el 38 al 95% de los casos se requiere hemotransfusión<sup>31</sup>.

Se ha observado durante el análisis del manejo del paciente que se ha cumplido con todas las normas y protocolos del Hospital Materno Perinatal y del Ministerio de Salud, lo cual está en línea con las experiencias de otros autores nacionales e internacionales mencionados.

## 2.5 CONCLUSIONES

- En el caso clínico actual, los factores de riesgo que contribuyeron al desarrollo de placenta previa total incluyeron una cesárea previa, un legrado uterino realizado por aborto, multiparidad y un control prenatal inadecuado.
- Debido a que la mayoría de las pacientes con placenta previa presentan al menos un factor de riesgo asociado con la enfermedad, es necesario descartar y diagnosticar la enfermedad lo más rápido posible y planificar el tratamiento adecuado para reducir la morbilidad materna perinatal.
- La placenta previa y los factores de riesgo pueden evitar complicaciones perjudiciales para la madre y el bebé, así como los gastos asociados, como hospitalización prolongada y cuidados de la familia, si se diagnostica prontamente.
- Las complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio suelen ser causadas por la falta de un control prenatal adecuado.

## 2.6 RECOMENDACIONES

- Para reducir la morbilidad materna perinatal, los trabajadores de la salud que brindan atención prenatal deben estar permanentemente capacitados y actualizados en la detección de factores de riesgo en las gestantes.
- Se recomienda al personal de salud que identifique varios factores de riesgo potencialmente prevenibles, como el periodo intergenésico corto y el aborto, a través de la mejora del acceso a métodos anticonceptivos.
- Para realizar la referencia oportuna de las gestantes con factores de riesgo y concientizar a las gestantes sobre el cumplimiento de las indicaciones y recomendaciones, el personal de la salud del primer nivel de atención debe cumplir estrictamente con el flujograma de atención.
- Enseñar a las gestantes sobre la importancia de recibir atención prenatal precoz, periódica, integral y de alta cobertura, utilizando un enfoque de riesgo y referencia precoz.
- Investigar las consecuencias de la placenta previa y sus efectos en la salud reproductiva de la paciente. El objetivo principal de los servicios de salud es mejorar la calidad y efectividad de la atención a la salud contribuyendo al bienestar de las personas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz, T., Yezabell, M. Conducta obstétrica en multípara de 40 años de edad y 35 semanas de gestación con placenta previa. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo – Facultad Ciencias de la Salud, 2021; 2021.
2. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
3. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. Vol. 11. Instituto Nacional Materno Perinatal; 2022. <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/160>
4. Marín, M. Cesárea anterior y placenta previa como factor de riesgo de acretismo placentario en una gestante atendida en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2019. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/9188>
5. Rosales, K. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2021. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión 2022. <http://45.177.23.200/handle/undac/3145>
6. Paulino-Córdova, A., Pérez, M., Bartra, A. Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo de mayo a noviembre del 2019. Universidad Nacional de San Martín, 2021. <http://hdl.handle.net/11458/4087>
7. Sinchitullo, A., Roldán-Arbieto, L., Arango-Ochante, P. Factors associated with cesarean delivery in a Peruvian Hospital. Rev Fac Med Humana [Internet].



- 2020;20(3):452–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3049>
8. Quispelazo, C. Incidencia y factores de riesgos asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino, 2018. Universidad Nacional Federico Villareal, 2019. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/2917>
  9. Argote-Ríos, D., Zapata-Salazar, L., Martínez-Ruíz, D., Sinisterra-Díaz, S., Sarria-Ortiz, D., Nieto-Calvache, A. Desenlaces maternos según el tipo de placenta previa en un hospital de alta complejidad en Cali, Colombia. Estudio de cohorte retrospectivo. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2023;74(1):28–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3852>
  10. Belalcazar, Y., Salazar, P. Placenta previa oclusiva total con signos de acretismo secundaria a cirugía uterina anterior. Universidad Técnica de Ambato, 2020. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/31538>
  11. Contreras, R., del Rosario, M. Prevalencia de placenta previa en un hospital de tercer nivel y sus complicaciones. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2021. <http://eprints.uanl.mx/20596/>
  12. Jiménez-Jiménez, C., Niño-González, J., Meneses-Parra, A. Protocolo para el manejo de placenta percreta con cesárea, embolización uterina e histerectomía diferida. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2021;37(1):106–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30944/20117582.945>
  13. Sandoval-García-Travesí, F., Reyes-Hernández, M., Sandoval-Barajas, D., Morales-Hernández, S., Tovar-Galván, V., Hinojosa-Cruz, J., et al. Placenta previa: resultados perinatales en la experiencia de una unidad médica de tercer nivel. *Cir Cir* [Internet]. 2019;87(6). Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.24875/ciru.19000861>

14. Guías de Prácticas Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. Ministerio de Salud. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5116461/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatolog%C3%ADa%202022.pdf>
15. Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas. Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua 2018. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/NIC-MN-32-01-GUIDELINE-2018-esp-Normativa-109--Protocolos-para-la-atenci%C3%B3n-de-las-complicaciones-obst%C3%A9tricas--2018.pdf>
16. Rodríguez, Y. Atención prehospitalaria para mujeres embarazadas en el sistema único de manejo de emergencias 9-1-1, Tolé, Mayo-Julio 2018. Universidad Autónoma de Chiriquí; 2018. <https://jadimike.unachi.ac.pa/handle/123456789/866>
17. Hernández-Tiria, M., Gómez-Avilés, A., Morales-Mora, M. Rotura uterina durante el segundo trimestre de gestación asociado a placenta percreta: presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2017; 82(6). [https://sochog.cl/wp-content/uploads/2019/12/REVISTA\\_COMPLETA-VOL82-ED06.pdf](https://sochog.cl/wp-content/uploads/2019/12/REVISTA_COMPLETA-VOL82-ED06.pdf)
18. Casillas, B. Anestesia obstétrica en la mujer con embarazo de alto riesgo. <https://acortar.link/T7PpM1>
19. Flores, E. Factores maternos asociados al nacimiento prematuro: análisis de la encuesta ENDES 2019. Universidad Ricardo Palma 2022. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5276>

20. Winograd, J. Examen por ultrasonidos de la cicatriz de cesárea en mujeres no embarazadas y prevención secundaria del espectro de placenta acreta (PAS). Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Vol. 21(3) 2022. [https://fasgo.org.ar/images/Revista\\_2022\\_15.pdf](https://fasgo.org.ar/images/Revista_2022_15.pdf)
21. Godoy, M. Factores de riesgo para desarrollar acretismo placentario en una gestante atendida en un Hospital Nivel IV Essalud Lima 2017. Universidad José Carlos Mariátegui 2019. <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/770>
22. Ruiz, J., Tipacti, M. Correlación de antecedente de aborto con la incidencia de placenta previa en el Hospital Regional de Ica 2022. Universidad Autónoma de Ica, 2022. <https://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/1919>
23. Sabando, E. Placenta Previa Oclusiva Parcial diagnóstico y tratamiento en múltipara. Universidad Técnica de Babahoyo, 2020. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8415>
24. Quijije, S., Parrales, M. Alteraciones del estado emocional en postcesareadas con infección del sitio quirúrgico, área Gineco - Obstetricia del Hospital los Ceibos. Universidad Estatal del Sur de Manabí, 2022. <https://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/6636>
25. Solano, E. Alteraciones histopatológicas de la placenta en gestantes con preeclampsia y normotensas a 3660 msnm. Universidad Nacional de Huancavelica, 2022. <https://repositorio.unh.edu.pe/items/d4e27063-6b73-40e8-afaf-a06ed130e91c>
26. Moradi, B., Azadbakht, J., Sarmandi, S., Gity, M., Shirali, E. El espectro de placenta acreta en la etapa temprana y final del embarazo. Un repaso a través de la imagen Placenta Accreta Spectrum in Early and Late Pregnancy from an Imaging

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003383382300053X>

27. Zamalloa, P., Katherine, J. Eficacia de ultrasonografía en diagnóstico de placenta previa según edad gestacional. Hospital Regional “Manuel Núñez Butron” Puno enero a julio 2015. Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2015. <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/2517>
28. Buendía, D., Rovira, P., Contreras, D, Peralta, J., Chadid, M., Porto, J., et al. Papel De La Resonancia Magnética Tridimensional En El Embarazo: ¿Qué Se Sabe? Ciencia Latina [Internet]. 2022;7(5):5018–30. Disponible en: <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8102>
29. Viruega, D. Abruption placentae: una grave patología obstétrica. Universidad de Cantabria, 2016. <http://hdl.handle.net/10902/8731>
30. Rojas, B. Características de las gestantes con placenta previa Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho enero a diciembre 2016-2017. Universidad San Martín de Porres, 2019. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5410>
31. Aguilar, G. Resultados maternos - neonatales adversos asociados a la amenaza de aborto en el Hospital Alta Complejidad. Universidad Privada Antenor Orrego, 2022. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/27731>
32. Ayala-Peralta, F. [Gestantes de edad materna avanzada presentan mayor riesgo materno perinatal que las gestantes adolescentes.](#) Rev Peru Investig Matern Perinat 2017; 6(1):41-5. <https://doi.org/10.33421/inmp.201776>