



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**PLACENTA PREVIA TOTAL: REPORTE DE UN**

**CASO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ,**

**LIMA – 2024**

**PRESENTADO POR:**

**MARTHA JACQUELYNE CARDENAS GUZMAN**

**ASESORA:**

**MG. MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ**

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

**MOQUEGUA-PERÚ**

**2024**



# 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: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA – 2024**” presentado por el(la) aspirante **CARDENAS GUZMAN MARTHA JACQUELYNE**, 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) Mg. **MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ**, designado como asesor con Resolución Directoral N° **0563-2024-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:

<b>Programa académico</b>	<b>Aspirante(s)</b>	<b>Trabajo de investigación</b>	<b>Porcentaje de similitud</b>
<b>SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS</b>	<b>CARDENAS GUZMAN MARTHA JACQUELYNE</b>	<b>PLACENTA PREVIA TOTAL: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA – 2024</b>	<b>23%</b>

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **23%**, 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, 30 de octubre de 2024

UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

**Dr. JUAN UBALDO JIMENEZ CASTILLA**

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Página del jurado	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
CAPÍTULO I	7
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.2 JUSTIFICACIÓN	9
1.3 MARCO TEORICO	9
1.3.1 ANTECEDENTES	9
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	9
ANTECEDENTES NACIONALES	11
1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO	13
GENERALIDADES	13
ETIOLOGÍA	14
DIAGNÓSTICO	15
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	16
CLASIFICACIÓN	17
COMPLICACIONES	17
TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO	18
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO	21

2.1	OBJETIVOS	21
	OBJETIVO GENERAL	21
	OBJETIVOS ESPECIFICOS	21
2.2	SUCESOS RELEVANTES	22
2.3	DISCUSIÓN	35
2.4	CONCLUSIONES	37
2.5	RECOMENDACIONES	39
	BIBLIOGRAFÍA	41

## RESUMEN

El presente caso clínico aborda como tema de investigación la placenta previa, patología de la gestación con relativa frecuencia y cuyo tratamiento inadecuado puede derivar en complicaciones hemorrágicas de gravedad. **Objetivo:** Analizar la forma en que se hace el manejo clínico y terapéutico de la placenta previa total en una gestante atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2024. **Resultados:** Mujer segundigesta, de 28 años, con 33 semanas de embarazo, hospitalizada previamente por placenta previa y tratada con dos dosis de betametasona para la maduración pulmonar fetal, que acudió al servicio de emergencia del Hospital San Bartolomé por presentar sangrado vaginal en regular cantidad. La gestante fue hospitalizada, sin trabajo de parto, con feto en posición transversa y taquicardia fetal, siendo programada para cesárea el mismo día. El parto fue por cesárea, y se evidenció endometriosis uterina, naciendo un varón de 2180 gramos con talla 45 cm, con 34 semanas según Test de Capurro, con alumbramiento normal. La evolución fue favorable y el alta se dio tres días después del parto. **Conclusiones:** La placenta previa representa una grave complicación del parto, que suele cursar con hemorragia, por lo que debe ser atendida oportunamente por un personal de salud capacitado para reducir el riesgo de daño fetal y materno.

**Palabras claves:** Complicaciones del parto, Placenta previa, Embarazo, Hemorragia obstétrica.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

El órgano notable durante el embarazo es la placenta, la cual juega el papel de conexión entre la madre y el feto, facilitando el intercambio de gases y nutrientes entre ellos. La complicación más común de este órgano es la placenta previa y se produce cuando esta se ubica en el segmento inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el cuello uterino y apareciendo por delante del polo fetal (1).

Es considerada como una de las causas principales de hemorragia en el segundo y tercer trimestre de gestación (2), así como puede desencadenar una hemorragia masiva durante el parto y post parto ya que, en ocasiones, puede asociarse con la adherencia anormal de la placenta al útero, las cuales pueden ser placenta accreta, increta o percreta (3), lo cual aumenta el riesgo de complicaciones graves e incluso la muerte tanto para la madre como para el recién nacido. Esta condición obstaculiza la posibilidad de un parto vaginal seguro, lo que significa que el nacimiento del

bebé debe realizarse mediante cesárea (4).

A nivel mundial, la prevalencia es de 5.2 casos por cada 1000 nacimientos. En países como Estados Unidos, la incidencia anual para embarazos únicos es de 2.8 a 4.8 por cada 1000 partos y en embarazos múltiples de 3.9 por cada 1000 partos(5). En nuestro país, específicamente en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se determinó una frecuencia de 5.9 casos de placenta previa por cada 1,000 partos, esto debido a que, durante el año 2022, se llevaron a cabo un total de 80 cesáreas principalmente a causa de placenta previa, lo que constituye el 2.5% del total de cesáreas realizadas (6).

La placenta previa se presenta con la expulsión de sangre líquida roja rutilante y sin dolor, que surge de manera repentina e inesperada, y generalmente sin contracciones uterinas (2). Además, existen diversos factores que incrementan el riesgo de ocurrencia de esta complicación como cesárea previa, cirugía uterina, gestación múltiple, uso de tecnología de reproducción asistida, edad materna avanzada mayor de 35 años, antecedentes de placenta previa, no espaciamiento de los embarazos y tabaquismo (7).

Basados en este panorama, en el presente estudio se desarrolló un caso clínico enfocado en la evolución de una mujer que presentó una placenta previa en un embarazo pretérmino, atendida en el Hospital San Bartolomé; complicación de interés entre los obstetras especialistas ya que se presenta con relativa frecuencia entre las gestantes y puede conllevar a problemas de gravedad si el tratamiento no es proporcionado de manera precisa y oportuna.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La placenta previa puede conllevar a complicaciones graves en la gestación. Por ello, investigar la placenta previa desde una perspectiva teórica implica comprender los mecanismos subyacentes que causan esta condición. Esto puede incluir estudios sobre la formación y el desarrollo placentario, los factores de riesgo asociados, la genética subyacente y la fisiopatología de la placenta previa.

Además, la investigación teórica puede contribuir al desarrollo de nuevas estrategias de diagnóstico y prevención, así como al diseño de enfoques terapéuticos más efectivos para manejar esta condición y reducir sus complicaciones.

Desde una perspectiva práctica, la investigación sobre la placenta previa es crucial para mejorar la atención médica y obstétrica a las mujeres embarazadas que la padecen. Esto incluye el desarrollo de protocolos de manejo basados en evidencia, que ayuden a los profesionales de la salud a diagnosticar y tratar eficazmente la placenta previa, destacando además el papel importante que desempeña el obstetra dentro de su equipo multidisciplinario. Asimismo, investigar las mejores prácticas para el manejo de la placenta previa puede mejorar los resultados obstétricos y neonatales al reducir la incidencia de complicaciones como la hemorragia postparto, la prematuridad y la morbilidad materno-fetal.

## **1.3 MARCO TEORICO**

### **1.3.1 ANTECEDENTES**

#### **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

**Ruvalcaba M. et al.** (8) en el año 2022 en México, reportaron un caso clínico de una mujer de 22 años con 37,1 semanas de gestación, a quien se le realiza un

ultrasonido al ingreso al hospital que indica placenta previa total y evidencia de signos ecográficos de acretismo placentario, por lo cual es hospitalizada para la finalización del embarazo mediante cesárea, resultando en el nacimiento de una bebé de sexo femenino con peso de 2705 g y una puntuación Apgar de 8/9, sin presentar aparentes complicaciones. Asimismo, se realiza una histerectomía obstétrica y se ligan bilateralmente las arterias hipogástricas, sin que ello afectara el estado hemodinámico de la paciente, el sangrado estimado fue de 1500 mL y no fue necesario transfusiones sanguíneas. Luego de tres días de la cirugía tanto la paciente como su recién nacida fueron dadas de alta.

**Paniagua C. et al.** (9) en el año 2021 en México, reportaron un caso clínico de una mujer de 36 años con 33 semanas de gestación, quien acude a urgencias por presentar sangrado transvaginal de escasa cantidad que comenzó ocho días antes y sin actividad uterina. Se realiza ultrasonido obstétrico, el cual muestra la placenta de localización previa total, se solicita cistoscopia la cual reporta percretismo placentario, por lo que es hospitalizada y se indica esquema de maduración pulmonar. Durante su estancia, experimenta un episodio leve de sangrado vaginal que se detiene espontáneamente, motivo por el cual se solicita interrupción programada de la gestación a las 35 semanas e histerectomía, resultando en el nacimiento de una bebé de sexo femenino con peso de 2024 g, Apgar 8/9. Se transfundieron 2 concentrados eritrocitarios y 2 plasmas frescos congelados, manteniendo estabilidad hemodinámica y mostrando mejoría por lo que es dada de alta tras varios días de hospitalización.

**Manosalvas et al.**(10) en el año 2020 en República Dominicana, realizó un estudio con el propósito de determinar los factores que se asocian a placenta previa a través

de un estudio de casos y controles, en el que fueron seleccionadas 16 gestantes con placenta previa como casos y 76 sin dicha patología como controles. Los resultados evidenciaron que los factores que alcanzaron un valor significativo fueron el haber sufrido al menos dos abortos con OR = 5.3; antecedente de cesárea con OR = 3.02, el cual aumentaba a un OR = 5,91 en el caso de tener más de dos cesáreas, y en menor medida el antecedente de embarazo ectópico y placenta previa. Además, se encontró que el tener antecedente de cirugía eleva el riesgo de requerir una histerectomía. Se concluye que los antecedentes maternos están asociados significativamente con el desarrollo de la placenta previa.

**Villagómez E, Martínez J, Prado A.** (11) en el año 2019 en México, reportaron un caso clínico de una mujer de 30 años con embarazo a término, quien acude a urgencias por pérdida de sangrado y líquido transvaginal. A la evaluación, se revela que se encontraba en la fase activa del trabajo de parto, con una dilatación de 9 cm y una altura de presentación de -4. Asimismo, a la palpación, se identifica el borde de la placenta cerca del cuello uterino, junto con un sangrado vaginal moderado de color rojo intenso, por lo que se diagnostica placenta previa sangrante y se indica cesárea e histerectomía, resultando en el nacimiento de una bebé de sexo femenino con peso de 3145 g, Apgar 7/9, sin complicaciones. Se registra una pérdida de sangre total de 2000 cc, lo que lleva al ingreso de la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde permanece 1 día y se le transfunden cuatro paquetes globulares. Tras días de hospitalización, la madre y la recién nacida fueron dadas de alta sin presentar complicaciones posteriores.

#### **ANTECEDENTES NACIONALES**

**Bendezú C.**(12), en el año 2024, en Ica, realizó un estudio descriptivo retrospectivo

para identificar los factores que se asocian a la placenta previa considerando una muestra formada por 42 casos de gestantes con dicha patología. Los resultados destacan que el 88% de las gestantes seleccionadas tenía una placenta previa de tipo parcial; y, entre los factores más importantes se encontró que el 73,8% tenía una edad entre 20 y 34 años, el 23,8% tenía antecedente de cesárea, el 66,7% tenían antecedente de al menos un aborto, el 85,7% ya habían tenido al menos un embarazo, el 7,1% presentó un embarazo múltiple, y que el 81% tenían un periodo intergenésico corto. Se concluye que existen diversos factores obstétricos que favorecen la aparición de la placenta previa en la gestación.

**Cabrera L.** (13), en el año 2020 en Trujillo, reportó un caso clínico de una mujer de 31 años con 39 semanas de gestación, quien ingresa al hospital por dolor abdominal, negando pérdida de líquido amniótico y pérdida de sangrado vaginal. Según la ecografía, se evidencia placenta previa por lo que se le programa para cesárea de emergencia, en la cual se encuentra la placenta adherida a la pared lateral izquierda del útero y al ser liberada se presenta sangrado activo abundante por lo que se realiza histerectomía abdominal. Luego de ello, resulta el nacimiento de una bebé de sexo femenino con peso de 2890 g, Apgar 8/9, sin complicaciones. Se le transfunde 2 paquetes globulares a la paciente y tras mostrar mejoría fue dada de alta junto a su recién nacida.

**Chumbe R.** en el año 2020 en Moquegua, reportó un caso clínico de una mujer de 33 años con 34 semanas de gestación, quien acude al hospital por dolor pélvico, sangrado vaginal de regular cantidad y color oscuro, y contracción uterina. Al examen, se evidencia sangrado escaso por el orificio cervical externo y se realiza ecografía en la cual se observa placenta previa parcial. Tras 2 días de monitoreo

constante, la paciente presenta dinámica uterina frecuente con sensación de pujo por lo que pasa a centro obstétrico, resultando en el nacimiento de un bebé de sexo masculino con peso de 2360 g, Apgar 8/9 y líquido amniótico verde meconial espeso, sin otras complicaciones. Sin embargo, se produce sangrado profuso y se revisa canal vaginal con dificultad encontrando membranas y cotiledones incompletos, por lo que se le programa para realizar legrado puerperal y limpieza de cavidad del útero. Luego de 4 días de hospitalización se le dio de alta a la paciente(14).

**Rojas R. et al.** (15) en el año 2023 en Ayacucho, reportaron un caso clínico de una mujer de 34 años con 31 semanas de gestación, quien ingresa al hospital por presentar sangrado vaginal con los diagnósticos de antecedente de dos cesáreas previas, hemorragia del segundo trimestre y placenta previa total. Además, se diagnostica como acretismo placentario por los hallazgos en la ecografía y antecedente de cesáreas, por lo que se realiza cesárea tipo Beck ya que persistió con sangrado por vía vaginal luego de 4 horas de su ingreso, resultando en el nacimiento de una bebé de sexo femenino en cefálico y con Apgar 8/9. Asimismo, se le realiza histerectomía abdominal total y se mantuvo la placenta en su lugar, inhibiendo el alumbramiento para prevenir el shock hemorrágico debido a la alta sospecha diagnóstica.

### **1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO**

#### **GENERALIDADES**

La placenta es un órgano complejo que secreta hormonas y enzimas, transporta nutrientes y productos metabólicos, y facilita el intercambio de gases entre la madre

y el feto; sin embargo, con el incremento de la edad materna y el número de cesáreas, han aumentado las patologías placentarias, especialmente aquellas relacionadas con la anormal inserción de este órgano, por lo que ambos factores son considerados desafíos para la obstetricia contemporánea (1).

Bajo la denominación de placenta previa se agrupa a las complicaciones obstétricas en la cual la placenta obstruye de manera parcial o total el orificio de la cervix del cuello uterino, evento que se presenta con una frecuencia alrededor del 5% del total de embarazos(16).

### **ETIOLOGÍA**

La incidencia de placenta previa está vinculada con alteraciones endometriales y cicatrices uterinas previas que pueden surgir como consecuencia de intervenciones uterinas, como cesárea previa, curetaje y placenta previa (1). Normalmente, el flujo sanguíneo es mayor en la región del fondo uterino por lo que la inserción de la placenta suele ser más propicia en dicha zona en comparación al segmento uterino inferior (17); sin embargo, una cicatriz en la cavidad del útero, proporciona un entorno rico en oxígeno y colágeno, permitiendo que la placenta se adhiera en esa área, dando lugar a que se ubique cubriendo el orificio cervical o que invada las paredes del miometrio (4).

Los factores de riesgo de placenta previa que más se destacan en la literatura científica son los siguientes:

- Aborto inducido previo con un OR de 1,36 (16).
- Aborto espontáneo previo con un OR 1,77 (16).
- Feto masculino con un OR de 1,2 (16).
- Hábito de fumar con un OR de 1,42 (16).

- Edad materna avanzada con un OR de 3,16 (16).
- Antecedente de cesárea con un OR de 1,60 (16).
- Endometriosis con un OR de 3,03 (16).
- Consumo materno de cocaína con un OR de 2,9 (16).

En relación a los factores de riesgo para placenta previa persistente se pueden destacar el antecedente de cesárea con OR de 7,0 y el antecedente de legrado o evacuación uterina con OR de 2,5 (18). Por otra parte, para el caso de una placenta previa complicada con una hemorragia obstétrica, se ha reportado como principales factores de riesgo el tener simultáneamente una edad mayor de 30 años y una paridad mayor de uno con OR de 3,25 (19).

### **DIAGNÓSTICO**

Se suele presentar de manera típica con sangrado vaginal sin dolor y sin contracciones, lo que diferencia a la placenta previa del desprendimiento placentario; sin embargo, el propio sangrado puede irritar el miometrio y originar actividad uterina en algunos casos (17). El examen físico, además, desempeña un papel crucial en el proceso hacia el diagnóstico, por medio de la especuloscopia vaginal, permitiendo así observar la cantidad y el color del sangrado (20).

El diagnóstico se lleva a cabo, principalmente, mediante las ecografías realizadas durante el transcurso del embarazo (20). Si bien se puede observar durante el segundo trimestre, mucho antes de la aparición de los síntomas, estas usualmente se resolverán en el tercer trimestre (21), por lo que todas las pacientes con placenta previa diagnosticada antes de las 24 semanas deben someterse a una nueva ecografía entre las semanas 28 y 32 semanas para volver a evaluar la ubicación de la placenta y confirmar el diagnóstico (17). Solo entre el 10% a 20% de casos

persistirán hasta el momento del parto (21).

Ante la sospecha de placenta previa detectada mediante ecografía transabdominal, se recomienda realizar una ecografía transvaginal, dado que proporciona una mayor precisión en la delimitación de la relación entre la placenta y el orificio endocervical (20).

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Para un diagnóstico preciso, es fundamental diferenciar la placenta previa de otras condiciones que pueden causar síntomas similares, como el desprendimiento prematuro de placenta, las malformaciones uterinas, los pólipos cervicales y el cáncer cervical. Cada una de estas afecciones presenta características clínicas y hallazgos de imagen específicos que deben ser evaluados cuidadosamente.

El primer paso en el diagnóstico diferencial es la historia clínica detallada y la evaluación de los factores de riesgo. Las mujeres con antecedentes de cesáreas previas, edad materna avanzada, multiparidad y procedimientos uterinos previos tienen un mayor riesgo de desarrollar placenta previa. El síntoma principal de la placenta previa es el sangrado vaginal indoloro en el tercer trimestre, que puede ser intermitente o continuo.

La ecografía transvaginal es la herramienta de elección para confirmar la presencia de placenta previa. Este método de imagen permite una visualización clara de la ubicación de la placenta en relación con el orificio cervical interno. En casos en los que la ecografía transvaginal no proporciona información concluyente, la resonancia magnética (RM) puede ser utilizada como un complemento para evaluar la extensión de la placenta y su relación con las estructuras adyacentes.

Es importante descartar el desprendimiento prematuro de placenta, una condición

caracterizada por el desprendimiento de la placenta de la pared uterina antes del nacimiento del bebé. Esta afección generalmente se presenta con dolor abdominal agudo y sangrado vaginal oscuro. La ecografía puede ayudar a identificar la presencia de un hematoma retroplacentario, lo que sugiere desprendimiento de placenta.

Las malformaciones uterinas, como el útero bicorne o septado, también deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial, ya que pueden causar sangrado vaginal y complicaciones en el embarazo. La histerosalpingografía y la RM son útiles para identificar estas anomalías estructurales.

Los pólipos cervicales y el cáncer cervical pueden simular los síntomas de la placenta previa y deben ser excluidos mediante un examen físico detallado y pruebas adicionales como la colposcopia y la biopsia cervical.

### **CLASIFICACIÓN**

La relación entre la placenta con el orificio cervical interno (OCI) es el criterio común para establecer su clasificación. De esta manera se definieron 4 categorías: a) placenta previa total, cuando la placenta cubre por completo el OCI, b) placenta previa parcial, cuando el borde de la placenta no cubre completamente el OCI, c) placenta previa marginal, cuando la placenta se encuentra junto al borde del OCI sin llegar a cubrirlo y d) placenta de inserción baja, cuando el borde de la placenta se encuentra a menos de 2 cm del OCI (22).

### **COMPLICACIONES**

La placenta previa afecta aproximadamente del 0,3% al 1,5% de los embarazos y puede originar complicaciones significativas para la madre, llegando incluso a ser mortal (23).

Como resultado de la implantación anormal de la placenta se encuentra la aparición de complicaciones tanto para la madre como para el feto. Entre las complicaciones obstétricas se incluyen la hemorragia durante el embarazo, hemorragia postparto, histerectomía, placenta accreta, presentación anormal del feto y transfusión de sangre por anemia severas. De este grupo, la placenta accreta es una de las que más preocupa a los ginecólogos, especialmente cuando a la placenta previa se le suma el antecedente de cesárea u otra intervención quirúrgica a nivel de la matriz(24).

En cuanto a las complicaciones neonatales se presentan las malformaciones congénitas, prematuridad, restricción de crecimiento intrauterino y Apgar menor de 7 después de 1 minuto y 5 minutos (10), así como, bajo peso al nacer y muerte perinatal (23).

### **TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO**

La cesárea es el único tipo de parto considerado como seguro y adecuado para mujeres con placenta previa (20). Sin embargo, es crucial establecer la diferencia entre una placenta previa y una placenta con inserción baja, ya que en este último caso no es necesario recurrir a la cesárea, y su realización sólo incrementará los costos materiales y la utilización de recursos humanos en el sistema de atención sanitaria sin reportar en sí algún beneficio para las gestantes o para el recién nacido(25).

Uno de las complicaciones intraoperatorias más riesgosas entre las mujeres con placenta previa corresponde a la hemorragia masiva, cuya predicción constituye un desafío para los especialistas en ginecología y obstetricia, y que han visto una posible solución en el análisis radiómico en imágenes de resonancia magnética correspondientes a los tejidos placentarios (26).

En casos donde las pacientes tienen antecedentes de sangrado o presentan un riesgo alto de parto prematuro, se sugiere finalizar el embarazo entre las semanas 34 y 36.6, considerando los síntomas presentes y las características individuales de cada una de ellas (6). Si la gestación es menor de 36 semanas y disminuye el sangrado, se puede adoptar un manejo expectante (4), considerando que es recomendable contemplar el uso de corticosteroides para la maduración pulmonar en todos los casos de placenta previa que hayan experimentado episodios de sangrado vaginal antes de la semana 34 (20).

Posterior a las 36 semanas de gestación, dado que el riesgo de hemorragia y de inicio de trabajo de parto aumenta considerablemente, se sugiere finalizar el embarazo entre las 36 y 37 semanas, en pacientes sin riesgo de parto prematuro y sin síntomas prenatales (6).

Por otro lado, en los casos de placenta de inserción baja, se distinguen dos opciones para culminar la gestación: Por cesárea cuando el borde placentario se sitúa a menos de 10 mm del orificio cervical interno, y por vía vaginal, si el borde placentario se encuentra entre 11 y 20 mm del orificio cervical interno, y siempre que se disponga de una sala de operaciones disponible en caso de ser necesario(6).

Asimismo, cabe resaltar que gracias a las mejoras en la atención, el diagnóstico más temprano y un manejo oportuno, se ha logrado mejorar tanto los resultados neonatales como las tasas de mortalidad perinatal y materna en las últimas dos décadas (17).

Se debe tomar en cuenta también la importancia de completar el tratamiento después de la cesárea con una técnica adecuada de hemostasia. De manera convencional se administra oxitocina IV después del desprendimiento de la

placenta y se suturan los puntos de sangrado en el sitio de desprendimiento que lo requieran; sin embargo, de forma reciente se está empleando el taponamiento intrauterino sólo con balón (método Balón) o usando suturas de compresiones verticales además del taponamiento con balón (método Hot-Dog), siendo el último método el que conlleva menor pérdida de sangrado postoperatorio y una mayor preservación de la fertilidad (27).

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1 OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar la forma en que se hace el manejo clínico y terapéutico de la placenta previa total en una gestante atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2024.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los principales factores de riesgo para que la gestante desarrolle una placenta previa.
- Reconocer las principales complicaciones maternas que pueden generarse por una placenta previa.
- Identificar el manejo terapéutico que se emplea en la gestante que presenta placenta previa.
- Describir la evolución de la gestante desde que ingreso al establecimiento hasta

que se le da el alta.

## **2.2 SUCESOS RELEVANTES**

### **Datos generales**

Paciente : AAS  
Edad : 28 años  
Paridad : G2 P1001  
FUR : No precisa  
FPP : No precisa  
Procedencia : Comas  
Situación civil : Conviviente  
Grado de instrucción : Secundaria sin terminar

### **Motivo de consulta**

Paciente acude por emergencia por sangrado vaginal en regular cantidad, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico.

### **Antecedentes personales patológicos**

Niega convulsiones, no enfermedades hepáticas, no alergia, varices, no intervenciones quirúrgicas, transfusiones ni hospitalizaciones.

### **Ginecoobstétricos**

Número de controles prenatales : 4 (14-28 ss.) en el C.S. Laura Rodríguez  
PA máxima : 100/60 mmHg.  
PA mínima : 90/50 mmHg.  
IMC : 23.9  
Menarquia : 9 años

Régimen catamenial : 4-5/30 días

Último MAC : ampolla mensual

IRS : 16 años

Número de parejas sexuales : 03

Tiempo de relación con la última pareja: 2 años

URS : Hace dos semanas.

PAP : No

VAT : 3 dosis

- Interrecurrencias en el actual embarazo:

Hospitalizaciones:

(06-13 diciembre del 2023)- Hosp. Collique -Placenta previa total +APP, con dos dosis de betametasona.

### Obstétricos

N°	Año	CPN	EG	Tipo de parto	Sexo	Peso	Apgar	Complicaciones	Institución
1	2018	si	AT	Vaginal	Varón	3045 grs.	9'9'	Ninguna	C.S
2	Actual	No planificado							

Ecografías: 01/08/2023.....12.3 ss. ....33.3 ss. (a la fecha)

27/09/2023.....20.3 ss. ....33.2 ss. (a la fecha)

## DESARROLLO DEL CASO CLINICO

**26-12-2023**

### **Servicio de emergencia**

**14:45 hrs.**

CFV:

PA: 120/80 mmHg    P: 134X'    R: 18x'    T°: 36°    SO: 97%

Albúmina (negativo)

Paciente acude por emergencia por sangrado vaginal en regular cantidad, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico.

### **Examen de Gineco-Obstetricia**

AU: 29 cm.    MF: ++    FCF: 170 X'    SPP: Transverso    DU:    No palpable

Tono uterino: Normal    Ponderado fetal: ±2100 g.

Tacto vaginal:

Cervix: I= Diferido

### **Diagnóstico:**

1. Gestante de 32.3 semanas por ecografía tardía
2. Placenta previa total sangrante
3. No trabajo de parto
4. Taquicardia fetal
5. Feto transverso

### **Plan:**

1. Se hospitaliza en UCEO

2. NPO
3. Vía salinizada
4. Reposo absoluto
5. Vigilar sangrado vaginal
6. Expectativa quirúrgica
7. Ss. NST STAT, eco obstétrica y prequirúrgicos
8. Comunicar a equipo de guardia

**Unidad de cuidados especiales obstétricos (UCEO)**

**15:10 hrs.**

CFV:

PA: 100/70 mmHg    P: 100 X'    R: 20 x'    T° : 37°    SO : 97%

FCF: 140 x'    DU: Irritabilidad uterina    MF: ++

Ingresa gestante a UCEO, se evidencia irritabilidad uterina, pañal con 20 cc. aprox.  
De sangrado vaginal.

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 32.3 semanas por ecografía tardía
2. Placenta previa total sangrante
3. No trabajo de parto
4. Taquicardia fetal
5. Feto transverso

**Plan:**

1. NPO

2. CFV + COE
3. Reposo absoluto
4. Vigilar sangrado vaginal
5. Expectativa quirúrgica
6. Ranitidina 50 mg. EV STAT
7. Metoclopramida 10 mg. EV STAT
8. Ss. pruebas cruzadas, I/c UCI-UCI NEO, examen de orina, urocultivo.
9. Ss. NST STAT, eco obstétrica y prequirúrgicos
10. CECEG

Se procede a cumplir el plan de tratamiento establecido, luego paciente pasa a Unidad de bienestar fetal.

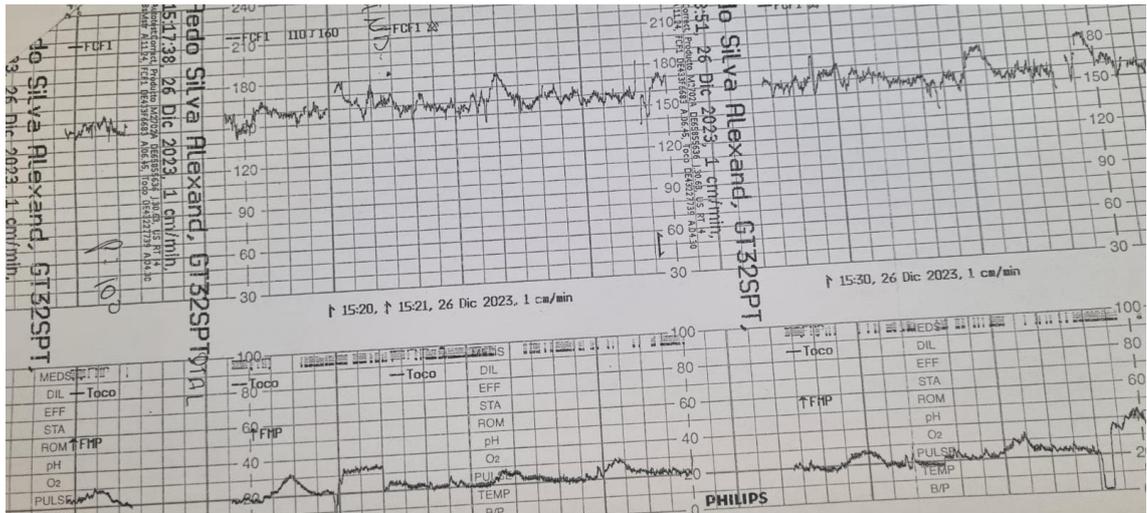
#### **UNIDAD DE BIENESTAR FETAL**

**15:15 hrs.**

CFV:

PA: 100/70 mmHg    P: 100 X'    R: 24 x'T°: 36. 2°    SO: 97%

Ingresa gestante a UBF, se le realiza la prueba.



Línea de base: 155 x'

Variabilidad: 06

Aceleraciones: 03

Cinética fetal: Presente

Observaciones:

Presenta irritabilidad uterina, DU 3/10 ++ 45", se hidrata y regresa a UCEO.

**UCEO**

**16:00 hrs.**

CFV: PA: 100/70 mmHg P: 92 X' R: 18 x' T°: 37° SO: 97%

**Índice de shock: 1.04**

Paciente mujer de 28 años, G2P1001, quien continúa presentando sangrado vaginal, persiste la DU3/10 ++45" pese a hidratación, teniendo en cuenta que ya tuvo un antecedente de APP con hospitalización y maduración pulmonar; por lo cual se decide culminar la gestación por vía alta.

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 33.3 semanas por ecografía precoz
2. APP

3. Placenta previa total oclusiva
4. Feto transverso

**Plan:**

1. NPO
2. CFV + COE
3. Na Cl 0.9% x 1000 a 45 gotas por minuto.
4. Culminar gestación vía alta
5. Cefazolina 2gr. EV pre SOP
6. Paño perineal permanente

Llegan resultados de laboratorio:

**Resultados del hemograma:**

Leucocitos: 6300 mm<sup>3</sup>

Abastionados: 0%

Segmentados: 71%

Eosinófilos: 0%

Hemoglobina: 11.6 gr./dL.

Hematocrito: 33.6%

Plaquetas: 256 000

Tiempo de coagulación: 6 minutos

Tiempo de sangría: 2 minutos

Grupo y factor: O RH +

Pruebas cruzadas: Compatible O+

HIV: No reactivo

RPR: No reactivo

**Examen de orina completo:**

Normal

**17:00 hrs.**

Paciente pasa a SOP, FCF: 145 X', actualmente paño perineal seco.

**Sala de OPERACIONES**

**Diagnóstico preoperatorio:**

1. Gestante de 33.3 semanas por ecografía precoz
2. APP
3. Placenta previa total oclusiva
4. Feto transverso

**Diagnóstico post operatorio**

1. Parto por cesárea de emergencia
2. Endometriosis del útero
3. Hipotonía uterina

Hora de parto por cesárea: 17:29 hrs.

Hallazgos: Útero grávido de superficie regular, mocos endometriósicos, líquido amniótico claro de adecuada cantidad, RNV masculino de 2180 grs., talla: 45 cm., PC: 32.5 cm. Apgar 8'9', Capurro: 34 ss. placenta insertada en cara í posterior que cubre el OCI de 18 x 16 x 2.5 cm. de 270 grs., cordón umbilical con 2A y 1V.

Incidencias: Se evidencia útero hipotónico por lo cual se realiza sutura compresiva.

Observaciones: Se coloca hemocolágeno de celulosa en cara posterior de útero

Pérdida de sangrado vaginal: 700 cc.

**18:15 hrs.**

Pasa a sala de recuperación posoperatoria

PA: 113/58 mmHg. FC: 62X' FR: 186X' T°: 36.7°C

(S) Puérpera inmediata es evaluada, refiere dolor en zona operatoria, afebril, no demuestra interrecurrencias, orina por sonda Foley.

(O) AREG, AREH, AREN

Piel tibias, hidratadas, elásticas

Tórax y pulmones de complexación conservada

Abdomen blando, depresible, útero contraído a 1 cm. Debajo de cicatriz umbilical.

Herida operatoria cubierta con apósito seco.

Genitales: Loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

SNC: LOTEP

(A) Paciente mujer de 28 años con G2P1102 con diagnóstico:

1. Puérpera inmediata postcesárea + sutura compresiva de B-Lynch
2. Endometriosis

Paciente con diagnósticos planteados hemodinamicamente estables, afebril, postcesareada con hipotonía, para ello se controló con oxitocina 30 UI amp. y ácido tranexámico 1gr. EV.

**Plan:**

1. NPO por 6 horas

2. Dextrosa 5% \* 1000 cc. + agregados: ClNa20%(2) +oxitocina 30 uI  
oxitocina: I y II frasco
3. CFV
4. Tramadol de 100 mg. EV condicional a dolor intenso
5. Ketoprofeno 100 mg. EV c/8 hrs
6. Ranitidina 50 mg. EV c/8 hrs
7. Metoclopramida 10 mg. EV c/8 hrs
8. Masaje uterino restringido
9. Seguimiento de anatomía patológica
10. Paño perineal permanente
11. Ácido tranexámico 1g. EV c/8 hrs.
12. Reevaluación por quipo de ginecoobstetricia en piso
13. Retirar sonda Foley en piso después de reevaluación de equipo de guardia
14. Se solicita hematocrito control a las 6 horas postparto
15. CECEG

**21:15 hrs.**

PA: 110/60 mmHg. FC: 73 X' FR:18x' T: 36.8°C

Puérpera postcesareada en condiciones de pasar a piso con indicaciones dadas.

**27/12/2024**

Hemoglobina pre: 11.6gr/dL Hemoglobina post: 9.5 gr/dL.

Paciente refiere dolor en herida operatoria, niega signos ortostáticos, niega cefalea.

Diuresis (+), deposición (+), flatos (+)

Útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

**Diagnóstico:**

1. Puérpera inmediata postcesárea + sutura compresiva de B-Lynch
2. Anemia leve
3. Endometriosis
4. Útero hipotónico resuelto

**Plan:**

1. DC+LAV
2. Vía salinizada
3. CFV
4. Tramadol de 100 mg. EV condicional a dolor intenso
5. Ketoprofeno 100 mg. EV c/8 hrs
6. Ácido tranexámico 1g. EV c/8 hrs. (completar 3° dosis)
7. Simeticona 80 mg. VO cada 8 hrs.
8. Sulfato ferroso 300mg. VO cada 12 hrs.
9. Seguimiento de urocultivo
10. LME
11. HVP 3 veces por día
12. Deambulación
13. CECEG

**28/12/2024**

**07:00 hrs.**

PA: 100/60 mmHg. FC: 78 X' FR:16x' T: 36.9°C

Paciente refiere ligero dolor en herida operatoria, diuresis (+), deposiciones (+), flatos (+)

Útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

**Diagnóstico:**

1. Puérpera inmediata postcesárea + sutura compresiva de B-Lynch
2. Anemia leve
3. Endometriosis
4. Útero hipotónico resuelto

**Plan:**

1. DC+LAV
2. CFV
3. Retiro de vía salinizada
4. Ketoprofeno 100 mg. EV c/8 hrs. condicional a dolor intenso
5. Sulfato ferroso 300mg. VO cada 12 hrs.
6. Extracción de leche materna
7. Seguimiento de urocultivo
8. LME
9. HVP 3 veces por día
10. CECEG
11. O y CC en planificación familiar

**29/12/2024**

**07:00 hrs.**

PA: 110/70 mmHg. FC: 91 X' FR:16x' T: 36.7°C

Paciente refiere dificultad para conciliar el sueño, está preocupada por la salud de su bebé, diuresis (+), deposiciones (+), flatos (+)

Útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

**Diagnóstico:**

1. Puérpera inmediata postcesárea + sutura compresiva de B-Lynch
2. Anemia leve
3. Endometriosis
4. Útero hipotónico resuelto

**Plan:**

1. Alta con indicaciones
2. DC+LAV
3. CFV
4. Retiro de vía salinizada
5. Ketoprofeno 100 mg. VO c/8 hrs. X 5 días.
6. Sulfato ferroso 300mg. VO cada 12 hrs.
7. Extracción de leche materna
8. Cita en ginecología en 7 días
9. LME
10. HVP 3 veces por día

## 2.3 DISCUSIÓN

- La placenta previa es considerada como una de las causas principales de hemorragia en el segundo y tercer trimestre de gestación que puede desencadenar una hemorragia masiva durante el parto y post parto y complica alrededor del 5% de embarazos como lo menciona Jenabi E, Salimi Z, Bashirian S, Khazaei S, Ayubi E.

- Esta condición obstaculiza la posibilidad de un parto vaginal seguro, sea la edad gestacional en la que se presente, lo que significa que el nacimiento del bebé debe realizarse mediante cesárea como lo mencionan Rojas R. et al., Ruvalcaba M. et al., Paniagua C. et al., Cabrera L., Chumbe R. y Villagómez E, Martínez J, Prado A. en sus diferentes casos clínicos presentados.

- Dentro de los factores de riesgo con mayor prevalencia identificados para placenta previa se encuentran el antecedente de cesárea, antecedente de legrado o evacuación uterina, edad mayor de 30 años y paridad mayor de uno; lo cual para coincide con nuestro caso clínico en la paridad mayor a uno, con un OR de 3,25 como lo menciona Kuribayashi M, Tsuda H, Ito Y, Tezuka A, Ando T, Tamakoshi K, et al; y también la edad con rango entre 20 y 34 años como lo menciona Bendezú.

- Una de los signos de alarma para culminar una gestación, para evitar complicaciones, en el caso de una placenta previa es el sangrado vaginal, como lo menciona Paniagua y Villagómez en diferentes edades gestacionales, y para nuestro caso clínico se presentó en un embarazo pretérmino como lo muestra Paniagua C.

et al. quien reporta similar plan de tratamiento con buenos resultados perinatales.

- Una de las condicionantes para que el embarazo termine en el caso de una placenta previa no solo es el sangrado sino la presencia de contracciones uterinas como lo menciona Chumbe R. y coincide con lo nuestro caso clínico con embarazo pretérmino, placenta previa y presencia de contracciones uterinas.

- La placenta previa es considerada como una de las causas principales de hemorragia en el segundo y tercer trimestre de gestación que puede desencadenar una hemorragia masiva durante el parto y post parto como lo menciona Cabrera L., lo cual para nuestro caso clínico con un diagnóstico y tratamiento oportuno no se presentó esta complicación.

- En gestantes con placenta previa es importante el diagnóstico oportuno y evaluar al igual que las condiciones maternas el estado fetal; ya que ello puede decidir el desenlace perinatal, como en nuestro caso clínico que mostró taquicardia fetal y se decide culminar gestación vía alta inmediata con resultados perinatales favorables que coincidimos con Chumbe, lo cual no sucedió en un caso similar presentado por Villagómez E, Martínez J, Prado A. quienes reportaron un caso similar pero el recién nacido pasó a UCI.

## 2.4 CONCLUSIONES

- Nuestro caso clínico aborda a una segundigesta de 33 semanas con placenta previa, previamente a su ingreso por emergencia estuvo hospitalizada recibiendo corticoesteroides para la maduración pulmonar fetal, regresando por emergencia con sangrado vaginal en regular cantidad, no trabajo de parto, con feto en posición transversa y taquicardia fetal, siendo programada para cesárea el mismo día, con evolución favorable tanto para la madre como para el recién nacido.
- Los principales factores de riesgo para que la gestante desarrolle una placenta previa son: aborto inducido previo, aborto espontáneo previo, feto masculino, hábito de fumar, edad materna avanzada, antecedente de cesárea, endometriosis, consumo materno de cocaína; de lo cuales para nuestro caso clínico tenemos la paridad y la edad.
- Las complicaciones maternas asociadas a la placenta previa son complicaciones tanto para la madre son : la hemorragia durante el embarazo, hemorragia postparto, histerectomía, placenta accreta, presentación anormal del feto y transfusión de sangre por anemia severas; para nuestro caso clínico tuvimos hemorragia durante el embarazo, post parto y anemia moderada producto de esta patología.
- Las complicaciones neonatales por una placenta previa pueden ser: malformaciones congénitas, prematuridad, restricción de crecimiento intrauterino y Apgar menor de 7'5', bajo peso al nacer y muerte perinatal; para nuestro caso clínico se presentó la prematuridad con un Capurro de 34 ss. y 2180 grs. de peso con evolución favorable al alta.
- El manejo terapéutico que se emplea en la gestante que presenta placenta previa es la cesárea considerado como seguro y adecuado; en caso de sangrado previo o

riesgo alto de parto prematuro, se sugiere finalizar el embarazo entre las semanas 34 y 36.6, si fuese menor a 36 semanas y disminuye el sangrado, se puede adoptar un manejo expectante con el uso de corticosteroides para la maduración pulmonar y si fuese mayor a 37 culminar gestación para todos los casos de esta patología; para nuestro caso clínico se realizó el manejo terapéutico adecuado con corticoesteroides, culminación de parto vía cesárea y manejo de la hemorragia postparto; con evolución favorable.

- La culminación del embarazo por cesárea con una sala de operaciones equipada, así como el manejo de complicaciones obstétricas definirá la evolución de la gestante como lo observamos en este caso clínico de placenta previa, en el que se administró el tratamiento adecuado tanto para la madre como para el recién nacido.

## 2.5 RECOMENDACIONES

- Tener en cuenta los factores de riesgo asociados a la placenta previa al realizar una exhaustiva historia clínica de nuestra gestante durante la atención prenatal; asimismo la ecografía cumple un rol importante en el diagnóstico de la posición de nuestra placenta; y de presentarse esta patología derivarla a un hospital con nivel resolutivo máximo para su programación a cesárea electiva cuando lo amerite.
- Evaluar la edad gestacional en la que se presenta alguna complicación por la placenta previa para iniciar la maduración pulmonar con los corticoesteroides, ya que ello contribuirá a una evolución favorable del recién nacido.
- Toda gestante con placenta previa debe tener una agenda de contactos para ser donantes de sangre en caso presenten un sangrado masivo y necesiten reponer con unidades de sangre; ya que los bancos de sangre requieren de manera rápida la devolución de los stocks con los que cuentan.
- La sala de operaciones debe estar equipada con el recurso humano, materiales, fármacos y sistemas de referencia óptima al presentarse alguna complicación que compromete el estado materno-fetal ante una gestante con placenta previa; ya que la vía de culminación siempre es la cesárea.
- Tener monitorizada a nuestras gestantes con placenta previa e indicarles los signos de alarma, con los que acudan inmediatamente al establecimiento de salud y así llegar a complicaciones mayores.
- Brindar capacitaciones y análisis de casos clínicos con esta complicación para actualizar manejos y equipos de trabajo una vez que se presente esta emergencia obstétrica.

- Todos los establecimientos de salud deben tener sus kit de clave roja ante cualquier complicación de una gestación con placenta previa con hemorragia activa; pues darle el soporte hemodinámico adecuado que preservará la vida de la madre y del recién nacido para culminar el embarazo por la vía cesárea.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bermúdez Rojas AK, Zambrano Alarcón HE, Zarate Reyes KD, Valdivieso Álava FC. Causas y factores de riesgo en gestantes con placenta previa. *Dominio Las Cienc.* 2021;7(Extra 4):136.
2. Erazo Flores SA, Reyes Murillo KK, Bermúdez Rojas AK, Erazo Carabajo MF. Hemorragia en el parto y en el embarazo. *RECIAMUC.* 2022;6(4):66-74.
3. Park HS, Cho HS. Management of massive hemorrhage in pregnant women with placenta previa. *Anesth Pain Med.* 2020;15(4):409-16.
4. Anderson-Bagga FM, Sze A. Placenta Previa. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 6 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539818/>
5. Sandoval-García-Travesí FA, Reyes-Hernández MU, Sandoval-Barajas D, Morales-Hernández S, Tovar-Galván V, Hinojosa-Cruz JC, et al. Placenta previa: resultados perinatales en la experiencia de una unidad médica de tercer nivel. *Cir Cir.* 2019;87(6):2297.
6. Instituto Nacional Materno Perinatal. Ministerio de Salud. 2023 [citado 3 de marzo de 2024]. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/4624238-guias-de-practica-clinica-y-de-procedimientos-en-obstetricia-y-perinatologia-2023>
7. Salim NA, Satti I. Risk factors of placenta previa with maternal and neonatal outcome at Dongola/Sudan. *J Fam Med Prim Care.* 2021;10(3):1215-7.
8. Ruvalcaba-Ramírez MÁ, Reyes-Ibarra E, Mejía-Romo F, Cuadro-Bustamante EH, Khalaf-Partida MS, Manzo-Arroyo FJ. Acretismo placentario en primigestas. Reporte de tres casos y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet México.* 2022;90(2):180-6.
9. Paniagua Coahuila CA, Rodríguez VM, Alonso Lozano DA, Malagón RM,

Zamora González KG, Reyes Espinal CM. Placenta previa total, acretismo placentario y mioma cervical. Reporte de un caso | Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México. Rev Med E Investig UAEMéx [Internet]. 2021 [citado 7 de mayo de 2024];9(1). Disponible en: <https://medicinainvestigacion.uaemex.mx/article/view/18489>

10. Manosalvas L, Hernandez V, Peña P, Tapia L, Camilo A, Díaz-Rodríguez A. Factores de riesgo de placenta previa en mujeres embarazadas en un hospital de República Dominicana. Cienc Salud. 2020;4(3):105-13.

11. Villagómez-Mendoza EA, Martínez Niño JE, Toriz Prado A. Hemorragia obstétrica secundaria a placenta previa y leiomioma retroplacentario gigante cervical. Reporte de un caso. Ginecol Obstet México. 2019;87(3):202-7.

12. Bendezú C. Factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Santa María del Socorro” Ica - Perú enero 2019 a diciembre 2021 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Ica]: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/bitstreams/113157a4-33c8-421e-9654-ad81ad9ffd43/download>

13. Cabrera Chávez LE. Embarazo abdominal a término con recién nacido vivo. Reporte de caso [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2020 [citado 11 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6613>

14. Chumbe Culqui R. Factores de riesgo asociados a placenta previa en un Hospital de Nivel III-1 en Iquitos [Internet]. Universidad José Carlos Mariátegui; 2020 [citado 11 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1011>

15. Rojas Pillaca R, Salinas Alvarado PA, Sacca Cangalaya MR, Tipe De la Cruz G. Espectro de placenta acreta. Reporte de caso | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. Rev Peru Investig Materno Perinat [Internet]. 2023 [citado 11 de mayo de 2024];12(2). Disponible en:

<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/337>

16. Jenabi E, Salimi Z, Bashirian S, Khazaei S, Ayubi E. The risk factors associated with placenta previa: An umbrella review. *Placenta*. 2022;117:21-7.
17. Cruz Venegas F. Sangrado vaginal del III trimestre. *Rev Medica Sinerg*. 2016;1(11):11-6.
18. King LJ, Dhanya Mackeen A, Nordberg C, Paglia MJ. Maternal risk factors associated with persistent placenta previa. *Placenta*. 2020;99:189-92.
19. Kuribayashi M, Tsuda H, Ito Y, Tezuka A, Ando T, Tamakoshi K, et al. Evaluation of the risk factors for antepartum hemorrhage in cases of placenta previa: a retrospective cohort study. *J Int Med Res*. noviembre de 2021;49(11):030006052110547.
20. Monge Acuña T. Sangrados vaginales de la segunda mitad del embarazo. *Rev Medica Sinerg*. 2017;2(12):3-6.
21. Post RJ, Chang J, Ziogas A, Crosland BA, Silver RM, Haas DM, et al. Risk factors and perinatal outcomes for persistent placenta previa in nulliparas. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023;5(10):101136.
22. Belalcázar Y. Incisión Fúndica Uterina con Histerectomía y Ligadura de Arterias Hipogástricas para manejo de Placenta Previa con Acretismo: A propósito de un caso. *Rev Medica Vozandes* [Internet]. 2019 [citado 6 de mayo de 2024];30(2). Disponible en: [https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2020/02/07\\_RC.pdf](https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2020/02/07_RC.pdf)
23. Wasim T, Bushra N, Riaz S, Iqbal HI. Fetomaternal outcome in patients with placenta previa. *Pak J Med Sci* [Internet]. 2020 [citado 6 de mayo de 2024];36(5). Disponible en: <https://www.pjms.org.pk/index.php/pjms/article/view/1647>
24. Puicón M. Placenta previa y número de cesáreas como factores de riesgo

para placenta acreta [Internet] [Tesis de pregrado]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8306>

25. Colciago E, Ferrara P, Vaglio Tessitore I, Mantovani LG, Vergani P, Ornaghi S. A vaginal birth is a cost-reduction strategy for women with a low-lying placenta. *Minerva Obstet Gynecol* [Internet]. 2024 [citado 7 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R09Y9999N00A24032704>

26. Akazawa M, Hashimoto K. Prediction of hemorrhage in placenta previa: Radiomics analysis of pelvic MRI images. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2024;299:37-42.

27. Kawakami K, Kurokawa Y, Urago K, Maruyama Y, Fujikawa R, Ishibashi H, et al. Innovative hemostasis technique for cesarean section in placenta previa: A retrospective study. *Int J Gynecol Obstet*. 2024;ijgo.15796.