

Artículo de revisión

Factores de riesgo en gestantes mayores de 35 años diagnosticadas con placenta previa

Risk factors in pregnant women over 35 years of age diagnosed with placenta previa

Luisa Fernanda Castillo Dávila¹
luisa.castillo00@usc.edu.co

Daniel Alejandro Ramírez Sandoval²
daniel.ramirez01@usc.edu.co

Bárbara Sánchez Grueso³
barbara.sanchez00@usc.edu.co

Andreina Hernandez Lopez⁴
andreina.hernandez00@usc.edu.co

Tutora

RESUMEN

Los factores de riesgo en embarazadas de edades avanzadas, tanto en Colombia como en otros países del mundo, generan un impacto relevante en su salud y en la calidad de vida. Por tal razón, el objetivo de este artículo está basado en la descripción de los factores de riesgo en gestantes mayores de 35 años diagnosticadas con placenta previa. El método de investigación utilizado fue la revisión de alcance en la que se incluyeron estudios observacionales descriptivos y transversales, de cohortes prospectivas y retrospectivas, casos y controles. La estrategia de búsqueda fue a través de artículos científicos e investigaciones en bases de datos como: Dialnet, Direct, Scielo, Science, Scopus, entre otros. Los resultados señalaron que las gestantes añosas con placenta previa (PP), están más propensas a sufrir complicaciones, debido a factores intrínsecos propios de la longevidad que parecen estar vinculados a una afectación vascular endotelial progresiva. Se concluyó, que los principales factores de riesgo en esta población, pueden causar morbilidad materna, acompañada de hemorragia, transfusión sanguínea, histerectomía periparto y posparto urgente por sangrado descontrolado, cuya consecuencia es la pérdida de fertilidad e inclusive la mortalidad materna (MM) y del neonato. La cesárea por placenta previa constituye un factor de riesgo mayor para hemorragia postparto (HPP) sin que interese la incidencia o no de un acretismo placentario relacionado. Este artículo significó un aporte teórico importante debido a que comparte información con un alto valor social muy significativo, porque detalla con objetividad la realidad de esta problemática en las gestantes de edad avanzada, a nivel global.

Palabras claves: Acretismo, Complicaciones, Factor de riesgo, Gestantes, Hemorragia, Morbilidad-mortalidad, Placenta previa.

ABSTRACT

¹ Estudiante de medicina Universidad Santiago de Cali.

² Estudiante de medicina Universidad Santiago de Cali.

³ Estudiante de medicina Universidad Santiago de Cali.

⁴ Medica especialista en ginecología y obstetricia, docente de medicina. Universidad Santiago de Cali.

Risk factors in older pregnant women, both in Colombia and in other countries around the world, generate a relevant impact on their health and quality of life. For this reason, the objective of this article is based on the description of the risk factors in pregnant women over 35 years of age diagnosed with placenta previa. The research method used was the scoping review, which included descriptive and cross-sectional observational studies, prospective and retrospective cohorts, cases and controls. The search strategy was through scientific articles and research in databases such as: Dialnet, Direct, Scielo, Science, Scopus, among others. The results indicated that elderly pregnant women with placenta previa (PP) are more prone to suffer complications, due to intrinsic factors of longevity that seem to be linked to progressive vascular endothelial involvement. It was concluded that the main risk factors in this population can cause serious maternal morbidity accompanied by hemorrhage, blood transfusion, peripartum hysterectomy and urgent postpartum due to uncontrolled bleeding, the consequence of which is the loss of fertility and even maternal mortality (MM) and the neonate. Caesarean section for PP constitutes a major risk factor for postpartum hemorrhage (PPH) regardless of the incidence or not of a related placental accreta. This article represented an important theoretical contribution because it shares information with a very significant high social value, because it objectively details the reality of this problem in elderly pregnant women, at a global level.

Keywords: Accretism, Complications, Risk factor, Pregnant women, Hemorrhage, Morbidity-mortality, Placenta previa.

1. INTRODUCCIÓN

La placenta es un órgano complejo responsable de la segregación de hormonas y enzimas, y de transportar los nutrientes y elementos metabólicos y facilitar el intercambio de gases [1]. Con la edad materna avanzada y el aumento de las cesáreas la ocurrencia de placenta previa (PP) se ha incrementado, configurándose en ambos casos en dificultades para la obstetricia actual [2].

La placenta previa en obstetricia se define como una placenta que se implanta en algún lugar del segmento uterino inferior, ya sea sobre o muy cerca del orificio cervical interno (OCI), por lo que pueden ocurrir hemorragias graves antes, durante y después del parto [3]. También, se ha visto relacionada con un alto riesgo de parto prematuro y morbilidad materna y fetal. Se sospecha de placenta previa en embarazadas que después de las 20 semanas de gestación presentan sangrado vaginal.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a nivel mundial, la prevalencia de PP es de aproximadamente 4 por cada 1000 nacimientos, los principales factores de riesgo para PP incluyen el antecedente de PP, parto por cesárea anterior, embarazo múltiple, existen otros factores de riesgo menos prevalentes como lo son: un procedimiento uterino previo, aumento de la paridad, aumento de la edad materna, interrupción del embarazo anterior entre muchos otros [4]. La PP se cataloga como “mayor” cuando la placenta se sobrepone total o parcialmente al OCI, y se cataloga como “menor” cuando su borde inferior está localizada a menos de 20 mm del OCI, sin que llegue a cubrirlo. Otra terminología similar a la placenta previa menor es placenta de inserción baja o marginal [5].

Con respecto a morbilidad y mortalidad materna (MM) por placenta previa, en términos globales, la morbilidad se encuentra en relación con la presencia de hemorragia antes del parto y en el post parto, la hemorragia obstétrica es una de las causas de morbimortalidad materna más frecuente. El 73% de la MM son por razones obstétricas directas, destacándose la hemorragia obstétrica con el 27% de los eventos. Las causas se pueden clasificar en 3 grupos: PP, placenta abrupta y otros motivos. La PP es un factor de riesgo significativo para la hemorragia obstétrica, sobre todo cuando hay una cicatriz uterina previa. [2]

En las revisiones sistemáticas analizadas, el estudio de Long y Yang [6] estableció que el 52% de las gestantes con placenta previa han sufrido hemorragia anteparto (HAP) y el 22% presentaron hemorragia postparto (HPP) varias de las cuales fueron necesarias transfusiones y se sometieron a histerectomía

postparto cuando se presentaron hemorragias masivas. La prevalencia de las hemorragias obstétricas es alrededor de 5-6:100 nacimientos, aunque la misma llega hasta 11:100 cuando se emplean mecanismos para medir las pérdidas sanguíneas. A nivel global se calcula que generan la pérdida de 75.000 a 100.000 vidas por año. En tanto, en países bajos, los factores de riesgo de MM por PP es de 0,7-1:100.000; en países en vía de desarrollo dicho porcentual llega hasta 1:1.000 [7].

El estudio realizado por Malvino [8], demostró que actualmente en los países desarrollados, el 1,86% de los nacimientos presentan complicaciones debido a hemorragias graves por placenta previa (PP) en el tercer trimestre, el 0,3% requiere de ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI), siendo la causa entre el 11 y 25% de mortalidad materna (MM). La Organización Mundial de la Salud (OMS) [9], indicó que entre 2000 y 2020 en África y Asia, las hemorragias graves post-parto promedian el 30% de MM, Reino Unido 10,6% y Estados Unidos 12%, y España 20% de las hemorragias en el tercer trimestre [10].

Para el caso de América Latina y el Caribe, en República Dominicana, Manosalvas y otros [2], encontraron que algunas de las complicaciones a las que se vinculan a la mortalidad materna, implican transfusión de sangre (22%), presencia anómala del feto (20%), histerectomía (5.5%), placenta acreta (3.0%) y HPP (1.4%). La investigación de Sandoval y otros [11], indicó que en México, un promedio del 32% de las gestantes con PP puede tener diagnóstico de placenta acreta. El estudio de Pacori [12], en Perú, reveló que la PP afecta entre el 0.3% y el 2% de las gestaciones en el tercer trimestre. En Costa Rica, Garita y otros [13], determinaron que la periodicidad de placenta acreta en pacientes con PP fue del 11.1% cesárea clásica y 13.6% cesárea transversal baja. A esto último, Flores y otros [14], señalaron que la PP se vincula con acretismo en el 5% de los eventos sin cesárea, no obstante cuando existen reportes de tres cesáreas previas, llega hasta el 40%. Para Ruvalcaba y otros [15], el riesgo de placenta acreta aumenta en gestantes con PP del 1 al 5% y con cesárea previa entre 3 y 67%, de acuerdo al número de nacimientos mediante cesárea.

El estudio de Castiblanco y Coronado [16], realizado en Colombia, encontró que las complicaciones por placenta previa (PP) y por hemorragia postparto (HPP), son la segunda causa de mortalidad materna en gestantes de edad avanzada (mayores de 34 años). Torres [17], evidenció que en 2014 se registraron 493 MM (27 por sangrado durante la primera mitad del embarazo, 8 por sangrado durante la segunda mitad del embarazo vinculada a complicaciones causadas por PP y 46 por HPP). Por otro lado, el Comité Medicina Materna y Perinatal de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) [18], afirmó que en las pacientes con PP la incidencia de acretismo placentario es del 11,1%, configurándose esto como algo sumamente importante, debido a que la periodicidad de nacimientos por cesárea incrementó entre 1998 y 2013 del 24,9% al 45,7%. Lamentablemente, según Meneses y otros [19], dicha patología se ha incrementado debido al aumento en el índice de cesáreas, con un cálculo reciente de 1 de cada 731 partos, siendo más alta la prevalencia en gestantes con PP entre un 5 y 10 %.

En el contexto local, el estudio de Argote y otros [20], realizado en Cali, concluyeron que la placenta previa impacta negativamente entre el 0,3% y 2% de los embarazos en el tercer trimestre, evidenciándose en la última década una creciente incidencia del 50%, debido al parecer por el incremento en la tasa de cesárea. La presencia de placenta previa en la gestación se vincula con un alto riesgo de acretismo placentario. La periodicidad de placenta acreta en gestantes con PP, en el caso de la cesárea clásica fue del 11.1% y 13.6% en la cesárea transversal de segmento bajo. Jiménez y otros [21], establecieron que en el año 2020, la incidencia de acretismo placentario fue de 14,4 x 10.000 partos, siendo más alto en embarazadas con PP. tal incidencia se incrementó paralelamente con el aumento de las cesáreas, de 1 en 533 partos.

A este propósito, el estudio de King y otros [22], ha evidenciado que los factores de riesgo para acretismo placentario de más prevalencia son placenta y cesárea previas. En promedio el 90% de las placentas previas identificadas por ecografía antes de las 20 semanas de gestación se logran resolver antes del parto, sin embargo entre más se extienda la placenta sobre el orificio uterino interno aumenta la probabilidad

de que esta persista hasta el momento del parto. De la misma manera, vale recalcar que otras complicaciones incluyen mayor riesgo general de morbilidad hemorrágica materna con un aumento de sangrado pre-parto y pos parto y realización de histerectomías.

Es importante reconocer cuales son los factores de riesgo en la gestante que conllevan a un diagnóstico sobre todo en mujeres mayores de 35 años, las cuales están más predispuestas a sufrir complicaciones debido a factores intrínsecos propios del envejecimiento que parecen estar relacionados a un daño vascular endotelial progresivo [23]. Asimismo, reconocer las principales complicaciones que pueden conllevar a un diagnóstico de placenta previa en esta población, ya que orienta y previene consecuencias de morbimortalidad en la madre y el feto.

Esta investigación tiene una gran relevancia para el contexto en el que se encuentran inmersos día a día los servicios de ginecoobstetricia, debido a que la placenta previa (PP) representa un peligro significativo materno. Sin embargo, se hace énfasis principalmente en los factores de riesgo maternos los cuales la mayoría están relacionados directamente con el sangrado que provoca durante la gestación y al momento del parto. Es así, como en calidad de estudiantes del Programa de Medicina de la Universidad Santiago de Cali, comunidad académica y sociedad en general, este artículo resulta interesante y se justifica, gracias a que contribuye al tener un referente teórico de cómo abordar un estudio sobre los factores de riesgos en gestantes diagnosticadas con PP, que se pueden presentar en las mujeres debido a la edad avanzada.

Se lleva a cabo una revisión sistemática sobre la etiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas de la PP, se revisan los métodos y los criterios diagnósticos, así como las opciones de tratamiento, se hace hincapié en los factores de riesgo que esta patología implica para las gestantes mayores de 35 años, en donde se analizan las causas y los principales mecanismos de morbimortalidad y las implicaciones sobre el curso del embarazo.

De este modo, el objetivo general de este documento es reconocer los factores de riesgos que presentan las gestantes mayores de 35 años al tener diagnóstico de PP e identificar a que complicaciones se encuentran expuestas, y se divide en varios ejes temáticos a saber: primero, se presenta la información relevante acerca de las complicaciones durante el embarazo, su incidencia y los factores asociados a estas; segundo, se exponen los diferentes factores de riesgo que presentan las mujeres mayores de 35 años al tener diagnóstico de PP; tercero, se describen las complicaciones al momento del parto. Por último, la discusión y las conclusiones generales.

Con base en las consideraciones anteriores, se describe la pregunta de revisión que surge de la investigación, a través de la estructura —PICO (Población, Intervención, Comparación y Outcome (Resultado)), que conlleva a trazar el camino claro del estudio para proporcionar unos resultados significativos: ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en las gestantes mayores de 35 años diagnosticadas con PP y que complicaciones conllevan durante la gestación y al momento del parto?

2. MÉTODOS

2.1. Búsqueda sistemática de la literatura

Por medio de los distintos recursos virtuales que la biblioteca digital brinda a los estudiantes como ayuda para llevar a cabo consultas en las fuentes de información, se utilizan los motores de búsqueda como son: Bdigital, Dialnet, Ergomedía, Ergonautas, Redalyc, Repositorio, Scielo, Science Direct, Scopus.

La estrategia de búsqueda se lleva a cabo mediante palabras claves y según los objetivos de estudio, para este propósito se buscaron sinónimos, terminología, variantes ortográficas y gramaticales de una palabra con el apoyo de operadores booleanos y truncadores; para la cual se diseñó la Tabla 1, con términos a fines:

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

PALABRAS CLAVE		OPERADORES
Español		Booleanos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placenta ▪ Acretismo ▪ Complicaciones ▪ Gestantes ▪ Hemorragia ▪ Morbilidad ▪ Mortalidad ▪ Posparto ▪ Riesgo ▪ Uterino 		<ul style="list-style-type: none"> • AND: Se unen los conceptos de búsqueda, por ejemplo (gestantes AND placenta; posparto; riesgo AND complicaciones AND morbilidad - mortalidad) • OR: Se ordenan los términos de búsqueda (gestantes OR posparto; riesgo OR complicaciones OR morbilidad - mortalidad) • NOT: Se eliminan términos (ninguna de estas palabras)
	Inglés	Truncadores utilizados (?) (“)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placenta ▪ Accretism ▪ Complications ▪ Pregnant women ▪ Hemorrhage ▪ Morbidity ▪ Mortality ▪ Postpartum ▪ Risk ▪ Uterine 	

Fuente: elaboración propia.

2.2. Criterios de Elegibilidad

Como criterios de inclusión se determinaron los siguientes:

- Que tenga la cualidad de artículo científico, investigación científica, tesis de grado.
- Que la fecha sea mayor del año 2015.
- Que se encuentre incorporado a base de datos Scielo, Scopus, Dialnet, entre otros.
- Que trate el tema de la placenta previa en gestantes mayores de 35 años de edad.
- Que su contenido se de en idioma español e inglés.

2.3. Recolección y análisis de la información

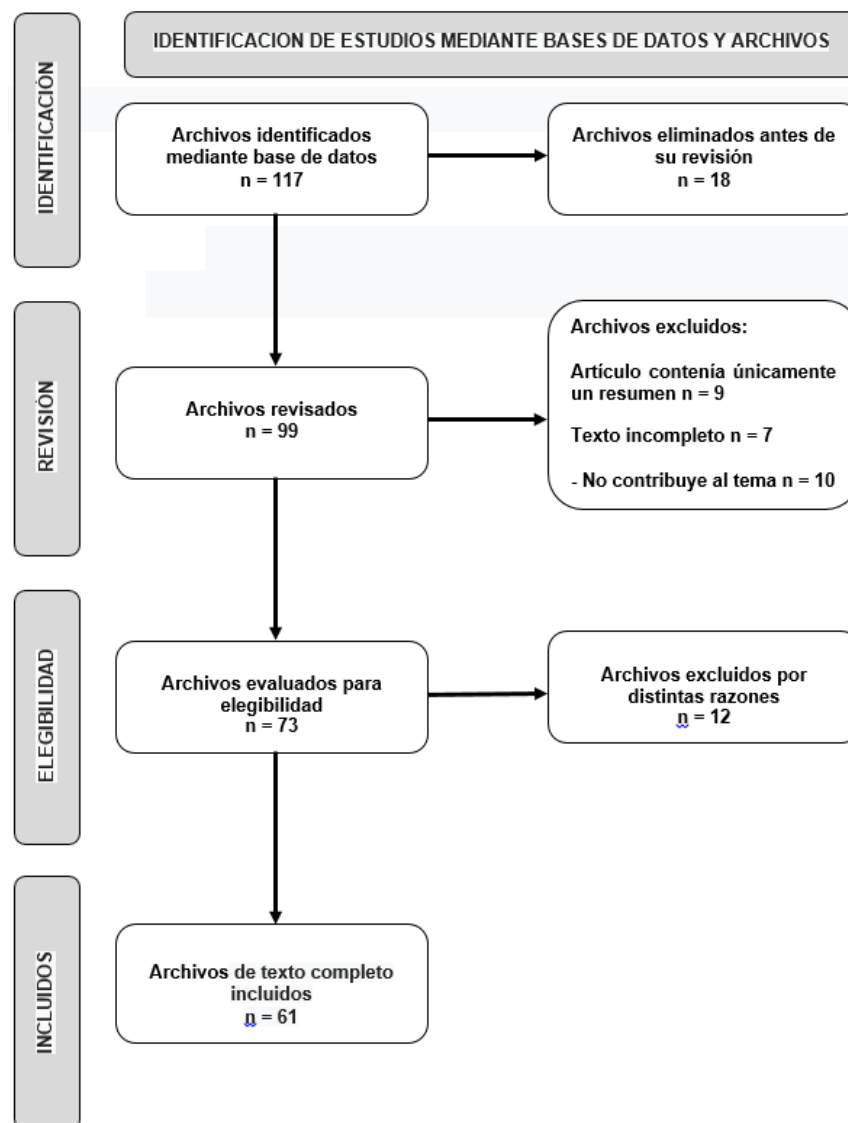
- **Fase 1: Evaluación**

La finalidad de este apartado es ofrecer algunas pautas claras y ejecutables, en el modo en que, la perspectiva de cada autor pueda resolver el interrogante de ¿Cuáles son los factores de riesgo que presentan las gestantes mayores de 35 años al tener diagnóstico de placenta previa? y conocer las complicaciones a las que se encuentran expuestas.

▪ **Fase 2: La lectura crítica**

Para guiar el proceso de revisión se tiene en cuenta la escala de lectura crítica CASPe y la selección de artículos con el diagrama PRISMA (Figura 1). Para conseguir el producto investigativo se accedió en cada base de datos aplicando un filtro por fechas, palabras claves y resúmenes, utilizando uno a uno los descriptores. Se revisa exhaustivamente el total de los documentos encontrados aplicando los criterios y se concluye con una selección final de 61 documentos incluidos en la presente revisión.

Figura 1. Diagrama PRISMA



Fuente: elaboración propia.

▪ Fase 3: Registro de la información

La información se recopila a través de las referencias bibliográficas consolidadas en Software: Microsoft Excel. Por cada combinación o palabra se saca el total de los hallazgos y se registra en los protocolos Scoping Review (Tabla 2), al final se expone la selección de documentos de investigación. Se incluyeron estudios observacionales descriptivos y transversales, reportes y estudios de caso, y los estudios analíticos como los de cohortes prospectivas y retrospectivas, casos y controles. Esta revisión también considera revisiones sistemáticas, metanálisis y revisiones de alcance, así como los estudios cualitativos. Adicionalmente, se consideran los trabajos de grado. No se incluyó literatura gris como libros o capítulos de libros, cartas al editor o conferencias, ensayos, ni tampoco fuentes terciarias como blogs, páginas web, videos, grabaciones, e.o. Se incluyen estudios publicados en inglés desde 2019 al 2022.

Tabla 2. Caracterización de las unidades de análisis

Autor (es), año	País	Método	Tipo de estudio	Participantes
Torres 2023 [17]	Colombia	Cuantitativo	Estudio de caso	Gestantes
FECOLSOG 2022 [18]	Colombia	Delphi modificado	Estudio de caso	Panelistas
Meneses 2021 [19]	Colombia	Cuantitativo	Reporte de caso	Hospital Universitario Clínica San Rafael
Argote 2023 [20]	Colombia	Descriptivo	Estudio retrospectivo	Fundación Valle de Lili
Benítez 2017 [25]	Colombia	Longitudinal descriptivo	Especialización en Ginecología y Obstetricia	Clínica San Rafael
Ospina 2018 [29]	Colombia	Cuantitativo	Estudio de corte transversal	Gestantes
Salazar 2020 [31]	Ecuador	Cualitativo	Caso clínico	Hospital Provincial Docente Ambato
Bajana 2018 [37]	Ecuador	Observacional, analítico	Caso clínico	Hospital Vicente Corral Moscoso
Pacori 2020 [12]	Perú	No experimental	Tesis de Grado	Hospital Manuel Núñez Butrón
Zumaeta 2020 [30]	Perú	Cuantitativo	Tesis de Grado	Hospital Regional de Loreto
Paulino 2021 [32]	Perú	Descriptivo	Tesis de Grado	Hospital MINSA II-2 Tarapoto
Huangal 2021 [34]	Perú	Observacional, analítico	Tesis de Grado	Hospital Nacional Sergio E. Bernales
Camavilca 2020 [35]	Perú	Observacional - Descriptivo	Especialización en Emergencia y Alto Riesgo Obstétrico	Hospital Docente Materno Infantil El Carmen
Huaraca 2021 [40]	Perú	Revisión bibliográfica	Especialización en Riesgo Obstétrico	Gestantes
Ayala 2017 [41]	Perú	Observacional	Estudio retrospectivo, correlacional y transversal	Gestantes
Sisniegas 2023 [53]	Perú	Observacional, analítico	Tesis de Grado	Hospital Regional Docente de Trujillo
Barahona 2018 [55]	Perú	Observacional, analítico	Tesis de Grado	Hospital Sergio E. Bernales
López 2018 [56]	Perú	Observacional	Tesis de Grado	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
Poma 2020 [59]	Perú	Descriptivo retrospectivo	Especialización en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen
Castillo 2023 [43]	Perú	Cuantitativo	Tesis de Grado	Hospital la Caleta
García 2023 [45]	Perú	Cuantitativo no experimental,	Tesis de Grado	Hospital Regional de Loreto
Fernández 2016 [46]	Perú	Cuantitativo	Tesis de Grado	Hospital María Auxiliadora
Condori 2019 [60]	Perú	Observacional retrospectivo	Especialización en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico	Hospital Materno Infantil “El Carmen”
Barrios 2019 [61]	Nicaragua	Descriptivo	Especialización en Ginecología y Obstetricia HBCR.	Hospital Bertha Calderón Roque

Blandón 2019 [33]	Nicaragua	Descriptivo	Tesis de Grado	Hospital Regional Escuela San Juan de Dios Estelí
Sandoval 2021 [11]	México	Cualitativo	Artículo de revisión	Gestantes
Flórez 2022 [14]	México	Cualitativo	Caso clínico	Gestante
Ruvalcaba 2022 [15]	México	Cualitativo	Caso clínico	Gestantes
Macías 2018 [28]	México	Cualitativo	Estudio prospectivo	Hospital Español de México
Peña 2022 [36]	México	Cuantitativo	Tesis de Grado	Hospital General de Tláhuac
Manosalvas 2020 [2]	República Dominicana	Cuantitativo	Estudio de caso	Hospital de la Mujer Dominicana
Long 2021 [6]	USA	Quantitative	Retrospective study	Hospital of Army Military Medical
King 2020 [22]	USA	Quantitative	Retrospective study	Pregnant women
Feldman 2022 [54]	USA	Quantitative	Scientific article	Pregnant women
Gibbins 2016 [39]	USA	Quantitative	Case control prospective	Pregnant women
Molina 2019 [58]	España	Observacional analítico y multicéntrico	Tesis Doctoral	Complejo Hospitalario de Jaén
Cemil 2022 [27]	Türkiye	Descriptive	Retrospective cohort study	Health Sciences University, Gazi
Timur [57]	Türkiye	Descriptive	Comparative Study	Research Hospital, Ordu and Zekai Tahir Burak
Iacovelli 2018 [38]	Italy	Qualitative	Systematic review	Pregnant women
AlQasem 2023 [26]	Saudi Arabia	Descriptive	Retrospective study	Abha Maternity and Children's Hospital, Abha
Kollmann 2015 [23]	Austria	Quantitative	Prospectively study	Pregnant women
Salim 2021 [42]	Sudan	Descriptive	Transversal study	Pregnant women
Ghosh 2023 [44]	Bangladesh	Quantitative	Scientific article	Pregnant women
Raees 2015 [47]	Pakistan	Descriptive	Scientific article	Reading Hospital, Peshawar, Pakistán
Adere 2020 [48]	Ethiopia	Quantitative	Study case and control study	Tikur Anbessa Specialized and Gandhi Memorial Hospitalsy
Mashaly 2018 [49]	Egypt	Quantitative	Prospective observational study	Mansoura University Hospital
Kaur 2015 [50]	India	Descriptive	Retrospective study	Tertiary Care Centre
Verma 2020 [52]	India	Prospective observational	Scientific article	Queen Mary Hospital
Turkuman 2022 [51]	Libya	Qualitative	Retrospective study	Aljala maternity hospital of Tripoli, Libya
Xiong 2022 [53]	China	Longitudinal-Descriptive	Investigation retrospective	Chengdu Women's and Children's Central Hospital

Fuente: elaboración propia.

▪ Fase 4: Evaluación, análisis e interpretación de los resultados a la luz de los objetivos planteados

De acuerdo a lo encontrado en la literatura tanto a nivel nacional como internacional, gran parte de las investigaciones indican que la cantidad de cesáreas como factor de riesgo es mayor toda vez que avanza la edad, sin embargo algunos autores no citados encuentran mayores probabilidades en gestantes de menor edad. Estos resultados demuestran que, por un lado, existe una tendencia a llevar a cabo cesáreas ante la presencia de cualquier complicación que, como se observó, suelen ser más frecuentes en las embarazadas de edad avanzada, la cual se vincula de forma relevante con un mayor riesgo de morbi-mortalidad en el binomio madre e hijo. Otros de los factores de riesgo encontrados que generaron el

mayor impacto fue la PP. En las complicaciones se encontró: anemia, HAP, HPP, preeclampsia, hipertensión, parto prematuro y diabetes gestacional, entre otras.

2.4. Integración de los hallazgos

A continuación en la Tabla 3, se expone el resumen de los resultados más significativos de acuerdo a las subpreguntas de investigación planteadas en este artículo y a los datos de los estudios encontrados en la pesquisa bibliográfica:

Tabla 3. Análisis secundario

Referencias	Enfoque	Muestra	Edad	Hallazgos o Resultados	Conclusiones
1) ¿Cuáles son las complicaciones durante el embarazo, su incidencia y los factores asociados a estas?					
Argote [20]	Detallar la frecuencia de complicaciones en embarazadas diagnosticadas con PP.	146 gestantes	> 32 años	El 70,5% de los casos fue de gestantes con PP. Las complicaciones de más prevalencia son HPP (37,9%), la transfusión (23,3%), y el ingreso a UCI (40,8%).	Las probabilidades de sufrir complicaciones en gestantes con PP son más altas.
Benítez [25]	Identificar las complicaciones de las gestantes diagnosticadas con acretismo placentario.	41 gestantes	> 35 años	El hallazgo de las gestantes con reporte ecográfico con alta posibilidad de acretismo fue del (50%) y prevalencia de PP oclusiva (42%).	El acretismo placentario persiste como una entidad con alto grado de morbilidad y difícil diagnóstico.
Zumaeta [30]	Describir las complicaciones obstétricas en embarazadas > 35 años con pp.	141 gestantes	> 35 años	Complicaciones obstétricas primordiales: “Anemia (52%), Infección del Tracto Urinario (47%), Preeclampsia (16,3%), parto pre término (13,5%) Desgarro perineal (5,0%), Placenta previa (3,0%), Atonía uterina (3,0%), Eclampsia (2,1%), RPM ⁵ (2,1%) DPP ⁶ (2,1%) y Diabetes gestacional (2,1%)”.	La edad materna avanzada representa un factor de riesgo tanto en el embarazo como en el parto y puerperio.
Salazar [31]	Caracterizar las tipologías clínicas de la PP con señales de acretismo para llevar a cabo un tratamiento adecuado y oportuno	1 paciente	43 años	La paciente es diagnosticada de PP oclusiva total con señales de acretismo placentario, corroborado con resonancia magnética	La PP es relacionada con mayor recurrencia en gestantes añosas, cesáreas anteriores y/o abortos

⁵ Ruptura prematura de membranas.

⁶ Desprendimiento prematuro de placenta.

	con una paciente gestante.			y ecografía obstétrica.	inducidos o espontáneos.
Ayala [41]	Establecer si el embarazo en edad avanzada está vinculada con riesgo más alto de complicaciones materno perinatales que en adolescentes.	6475 mujeres.	≥ 35 años	En mujeres jóvenes se detectó preeclampsia (4,65%), anemia (4,62%), ruptura prematura de membranas (4,57%), infecciones del tracto urinario (2,30%). Además, el 95% OR ⁷ (13,9), presentaron 12,9 más veces de sufrir PP que las embarazadas adolescentes.	La edad materna avanzada es un factor de riesgo para la incidencia de complicaciones concernientes al embarazo, comprometiendo en diferentes niveles al binomio madre – hijo.
Raees [47]	Evaluar el resultado materno-fetal de embarazos complicados por PP en mujeres avanzadas.	50 pacientes	> 35 años	Hallazgos de índole quirúrgica: complicaciones de la anestesia (4%), sepsis posparto (8%), hipovolemia shock (30%), placenta accreta (4%), HPP (28%). Complicaciones maternas: anemia (76%) y MM (0).	La PP se vincula a complicaciones que pueden conllevar a la morbilidad y MM materna y fetal.
Adere [48]	Describir los factores de riesgo y las complicaciones maternas y neonatales vinculadas a PP.	303 gestantes.	≥ 35 años	El hallazgo de PP fue del 0,7%. Las complicaciones maternas más relevantes fueron: Multiparidad (AOR ⁸ 2,2; IC ⁹ 95%). Anemia posparto (AOR 14,6; IC del 95%) y transfusión de sangre de 1 a 3 unidades (AOR 2,7; IC del 95%).	Las embarazadas avanzadas tienen mayor incidencia en el riesgo de PP.
Feldman [54]	Analizar a gestantes con PP resuelta para establecer si la placentación anormal en cualquier etapa durante el embarazo se relaciona con eventos adversos al momento del parto.	275 gestantes.	> 35 años	De las gestantes con PP resuelta el 10,2% tuvieron 5,2 veces de probabilidades de experimentar una HPP (OR = 5,2, IC del 95%: 2,1–12,7; p < 0,01) y 3,4 veces más probabilidades de requerir medicamentos uterotónicos adicionales.	Las gestantes con PP resuelta tienen factores de riesgo similares a aquellas con PP persistente, que incluyen madres avanzadas.
Barahona [55]	Especificar el vínculo entre la edad materna avanzada y las complicaciones materno-perinatales	151 gestantes.	> 35 años	Los hallazgos demostraron que “la preeclampsia (p=0.019, OR=2.41), la obesidad materna	La morbilidad y mortalidad obstétrica es una problemática de salud pública, que

⁷ Odds Ratio (Razón de momios).

⁸ Razón de posibilidades ajustada (*adjusted odds ratio*).

⁹ Intervalo de confianza.

	en embarazadas con PP.			(p=0.030, OR=7.29), la ruptura prematura de membranas (p=0.002, OR=2.41), el trabajo de parto prolongado (p=0.015, OR=8.39) y el sufrimiento fetal (p=0.002, OR=5.29)”, son complicaciones obstétricas que se vinculan representativamente con la edad materna añosa.	puede aumentar con la edad materna mayor a 35 años.
Poma [59]	Detectar las complicaciones obstétricas en embarazadas de edad avanzada asistidas en un hospital general.	219 pacientes	> 35 años	Las complicaciones y morbilidad del embarazo en edad añosa: preeclampsia (13.6%); desgarros perineales (8.8%); oligohidramnios (7.2%); DPP (5.6%); PP (2.4%); parto pretérmino (1.6%) y expulsivo prolongado (1.6%).	La edad materna avanzada en la gestación es catalogada como un riesgo obstétrico de gran magnitud para complicaciones materno perinatales cuyos cuidados deben ser tratados por personal especializado.
Condori [60]	Caracterizar las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes de edad avanzada.	95 gestantes	> 35 años	Se observó que el 65% de los embarazos para las añosas eran multigestas; entre las complicaciones están: (67.5%) anemia, (48.6%) infección del tracto urinario y (33.4%) peligro de aborto. En cuanto al perinato: (21%) retardo de crecimiento intrauterino, (32%) bajo peso al nacer y (7.6%) asfixia neonatal.	Conocer los factores de riesgo vinculados a PP en gestantes añosas permite la toma de decisiones acertadas para reducir las complicaciones.
Barrios [21]	Indicar los aspectos epidemiológicos de PP en embarazadas en la mitad del embarazo.	12 gestantes.	> 34 años	Se halló en las gestantes un síntoma particular de la PP con hemorragia indolora de sangre roja brillante y de intensidad variable en un 60%.	Los resultados indicaron que los riesgos para la salud se incrementan cuando la madre es > 35 años lo cual se vincula a la alta incidencia de complicaciones en el término del embarazo.
Xiong [53]	Indagar el impacto de las características maternas en la probable resolución de la PP entre las semanas 28 y 36 de la	632 gestantes	> 31 años	Entre las gestantes cuya placenta cubrió total o parcialmente el orificio interno en la semana 28 de gestación, el 37,5%	La identificación de los factores de riesgo puede ser esencial para mejorar la seguridad de las gestantes con

gestación en mujeres
añosas.

no registró PP en la semana 36 y el 25,8% se convirtió en PP marginal. Se presentó correlación

PP y disminuir la incidencia de casos adversos en el embarazo.

importante entre el tipo de PP y trastorno de hipertensión gestacional (Beta: 2,808, IC 95%: 1,642, 7,138; p= 0,041), tipo de PP de la semana 28 (Beta: 6,767, IC 95%: 1,592, 18,767; p< 0,001), y cantidad de cesáreas previas (Beta: 3,326, IC 95%: 1,580, 9,081; p< 0,001).

Referencias	Enfoque	Muestra	Edad	Hallazgos o Resultados	Conclusiones
2) ¿Cuáles son los factores de riesgo que presentan las gestantes mayores de 35 años al tener diagnóstico de PP?					
Long [6]	Examinar los hallazgos materno-neonatales y los factores de riesgo vinculados con dicha condición.	535 gestantes	> 35 años	En la evaluación de regresión logística, la longitud cervical se vinculó de modo adverso con la HAP (OR: 0,972, IC del 95%: 0,952~0,993), en tanto que la PP completa incrementó el riesgo de HAP (OR: 2,121, IC del 95%: 1,208~3,732). También, el antecedente previo de embolización de la arteria uterina (EAU) incrementó el riesgo de HAP (OR: 11,706, IC 95 %: 1,424~96,195).	El antecedente de EAU previa es un factor de riesgo que se vincula con una mayor prevalencia de HAP.
Pacori [12]	Definir los factores obstétricos relacionados a PP en embarazadas atendidas en un hospital general.	35 casos	> 35 años	El 17.1% de las gestantes sufría de obesidad y el 7.1% bajo peso antes de la gestación. El 35.7% presentó anemia, el 61.4% son multíparas, al 24.3% le realizaron cesárea previa, el 37.1% tuvo aborto previo, el 30.0% periodo intergenésico corto y el 24.3% PP.	Es importante que las instituciones de salud evalúen los factores de riesgo obstétricos vinculados con PP, debido a que con ello se lograría mejorar la calidad de atención materno-fetal.
Torres [17]	Describir los factores de riesgo de PP en gestantes.	17 gestantes.	> 35 años	Los factores de riesgo de mayor prevalencia: más de 4 embarazos (64%),	Conocer los factores de riesgo facilita detectar oportunamente

				edad materna >35 años (29%) y antecedente de aborto espontáneo (29%).	gestantes con alto riesgo de PP.
AlQasem [26]	Demostrar la presencia de los factores de riesgo y los resultados maternos de PP.	299 gestantes.	Entre 31 y 40 años Multiparas.	Los factores de riesgo primordiales para PP incluyó: edad añosa, multiparidad y partos por cesárea previos. El 30,5% registró placenta accreta, al 9,7% se le llevó a cabo histerectomía por cesárea de emergencia. La tasa de MM fue del 0,3%.	El incremento sustancial en el índice de partos por cesárea es una de las causas primordiales de PP.
Ospina [29]	Indagar la presencia y los factores de riesgo vinculados con las gestantes mayores de 35 años con PP.	1558 partos.	> 34 años	Los factores de riesgo de las gestantes > 34 con PP; el 51.5% de los partos fue por cesárea; de los cuales el 27.5% sufrió un óbito fetal, el 8.9% completó más de 5 hijos vivos y en el 1.67% la gestación fue múltiple.	La gestación de embarazadas mayores a 35 años con PP se cataloga una condición de riesgo obstétrico, para el binomio madre-hijo.
Paulino [32]	Establecer los factores vinculados a PP en pacientes hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia.	66 gestantes.	> 34 años	Se encontró que del 100% de gestantes que registraron PP el 57.9% son > 35 años, configurándose esto como que, a más edad mayor posibilidad de incidencia de dicha patología.	La PP es una patología que trae consigo graves complicaciones para el feto y para la madre, causando inclusive la muerte.
Huangal [34]	Estudiar los factores de riesgos relacionados con PP en embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia.	216 gestantes.	> 35 años	Como factores de riesgo para PP se encontró: el tabaquismo (25,5%), el periodo intergenésico corto (17,1%) y el embarazo múltiple (14,8%).	La PP es una es una posición anómala que se presenta en el segundo y tercer trimestre de gestación.
Iacovelli [38]	Indagar los factores de riesgo de placenta anormalmente invasiva (PAI) y las características entre distintas maternidades del embarazo y su aparición.	46 artículos seleccionados.	> 35 años	En términos generales, la edad materna añosa, la obesidad, la paridad, la cesárea previa y la PP se vinculan con un alto riesgo de PAI, comparadas con los controles OR de 11,0 (IC del 5%: 4,7-25,8) y 4,7 (IC del 95%: 3,0-7,2).	Algunas circunstancias maternas adquieren suma relevancia en la aparición de PAI, pudiendo unas prevenirse y otras no.
Huaraca [40]	Comparar artículos científicos en cuanto	26 artículos seleccionados.	> 35 años	El 87.5% de los artículos	Las mujeres en edad materna añosa son

	a la edad materna añosa con PP como factor de riesgo vinculado a morbilidad obstétrica.			evidenciaron que las gestantes añosas con PP tienen más riesgo de sufrir “preeclampsia, hipertensión y diabetes gestacional, parto pretérmino y cesárea”.	una población creciente, con altos niveles de riesgos obstétricos.
Ghosh [44]	Describir los factores de riesgo de PP y sus complicaciones.	2.459 pacientes	> 35 años	Antecedentes de cesárea (42%), aborto (14%), gestantes > 30 (36%), las pacientes eran de grupo socioeconómico más bajo (42%), gestantes con controles prenatales periódicos (12%).	Existe un vínculo fuerte entre edad materna añosa, multiparidad, antecedentes de cesárea y aborto con la presencia posterior de PP.
Turkumanv [51]	Identificar el resultado materno- neonatal de distintos tipos de PP y los factores de riesgo asociados	92 casos	> 30 años	Gran parte de las gestantes tenían entre 30 y 35 años (42%), múltiparas (58%), 1 a 3 partos (89%), antecedentes de cesárea (32%).	La edad materna añosa, la multiparidad y los antecedentes de cesárea son factores de riesgo representativamente vinculados con PP.
López [56]	Definir los factores de riesgo para el parto de embarazadas con PP en edad materna extrema.	4248 gestantes.	> 35 años	Los factores sociodemográficos y obstétricos evidenciaron que el 65.6% de las pacientes tenían estudios secundarios, 65.2% vivía en unión libre, 61.7% recibió control, 46.1% primíparas y 28.9% sufrió aborto. Como antecedentes obstétricos primordiales la edad extrema reproductiva se configuró como un factor de riesgo para el parto pretérmino “(OR=1,85; p=0.027; IC 95%: 1,06 – 3,20)”, del mismo modo la edad avanzada respecto al parto pretérmino mostró un vínculo estadístico importante (p=0.05); sin embargo demostró un OR de 1.3, cuyo IC se ubicó entre 0.54 a 3.10.	Los factores sociodemográficos también influyen durante el embarazo, y el conocimiento de las complicaciones perinatales, conllevan a la aplicación de estrategias de intervención en el sector hospitalario.

Molina [58]	Indagar el vínculo que tiene la edad materna con PP en factores concernientes al embarazo, parto y puerperio.	373 mujeres	≥ 35.	Se observó que la edad media de las gestantes que tuvieron problemas de salud durante el embarazo fue de 35 a 39 años, (p = 0.177). Se identificó un vínculo importante en la hipertensión arterial, con una edad media de 35 a 39 años (p = 0.002), y en la diabetes de 36 a 45 años (p < 0.001). Gestantes cuyo parto terminó en cesárea fueron de 35 a 51 años, (p = 0.001). Las que registraron eventos adversos durante el puerperio domiciliario fue de 38 a 49 años (p = 0.029).	Experimentar el embarazo con PP en edad ≥ 35 años tiene un alto riesgo de complicaciones obstétricas con una mayor morbilidad y MM y fetal, como resultado de patologías crónicas y hábitos psicobiológicos inapropiados.
-------------	---	-------------	-------	---	---

Referencias	Enfoque	Muestra	Edad	Hallazgos o Resultados	Conclusiones
3) ¿Cuáles son las complicaciones al momento del parto que tienen las gestantes mayores de 35 años con diagnóstico de PP?					
Manosalvas [2]	Analizar los factores de riesgo concernientes a PP en gestantes.	16 casos	> 35 años	El 56,25% de las gestantes con PP eran multíparas. El 6.25% fue debido a un (1) caso de PP con antecedente de embarazo ectópico. El 100% de los partos de gestantes con PP fue por cesárea. De las complicaciones el 62.5%, fue por sangrado pre-parto, el 12.5% por sangrado pos-parto, el 37.5% por histerectomía, el 31.25% por acretismo placentario, el 18.75% por shock hipovolémico y 37.5% por presentación anómala.	Una detección oportuna de PP en gestantes > 35 años tiene el potencial de disminuir sustancialmente la morbilidad y MM relacionadas con esta condición.
Sandoval [11]	Mostrar los hallazgos perinatales de gestantes que sufrieron complicaciones en el embarazo con inserción anómala de la PP.	200 gestantes.	32 a 44 años.	El 52% de los casos fue para PP central total, el 19% a PP con inserción baja, el 18% a PP marginal y el 9% a PP con inserción parcial. El 24% de Las gestaciones se	La PP causa de hemorragia obstétrica es una de las complicaciones más frecuentes y una de las dificultades clínicas más controversial a los que tiene que

				<p>solucionaron entre las semanas 34 y 35, y el 76% a partir de la semana 36. A todas las gestantes se les realizó cesárea (77% programada y 23% de urgencia). A 77 se les realizó histerectomía obstétrica. 58 fueron diagnosticadas con acretismo por patología. No MM. Las complicaciones más comunes de los recién nacidos: síndrome de distrés respiratorio (18.5%) y taquipnea transitoria (5%). (1) muerte neonatal.</p>	enfrentarse el obstetra, por los múltiples puntos de vista del diagnóstico y terapéutico.
King [22]	Establecer los factores de riesgo maternos relacionados a la PP persistente.	705 gestantes.	> 35 años	Al 13,2% se le realizó parto por cesárea anterior, al 12,8% cirugía intrauterina previa y al 1,4% presentaron antecedentes de PP.	Las gestantes con PP experimentan un mayor nivel de factores de riesgo, siendo estos probablemente más elevados en edades avanzadas.
Kollmann [23]	Valorar la incidencia de los factores de riesgo de los embarazos con PP en mujeres de edad avanzada.	328 gestantes.	> 35 años	La incidencia de PP fue del 15,0%, sangrado anteparto (42,3%), HPP (7,1%), anemia (30%), placenta adherente comórbida (4%) e histerectomía (5,2%) y las complicaciones neonatales: parto prematuro (54,9%), bajo peso al nacer <2500 g (35,6%).	El embarazo en edad avanzada es una situación que puede incrementar la incidencia de PP.
Cemil [27]	Identificar los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de PP, incluida la edad materna avanzada.	223 gestantes.	>37 años	Se realizaron 97 cesáreas de emergencia (46,6%) y 111 cesáreas planificadas (53,4%). Las causas de las cesáreas de emergencia fueron por sangrado severo (84 gestantes, 86,6%), parto prematuro o rotura prematura de membranas (10 gestantes, 10,3%) y seguimiento de la frecuencia cardíaca fetal no tranquilizador en	Gran parte de los eventos de PP se detectan en el segundo trimestre.

					cardiotocografía (3 gestantes, 3,1%).	
Macías [28]	Establecer las complicaciones neonatales vinculadas con gestantes añosas y al desprendimiento de PP.	1586 gestantes.	> 35 años		El 35,8% de las gestantes eran de edad avanzada. Se halló enfermedad hipertensiva del embarazo (8,3%), diabetes gestacional en (4,6%) y el 8% ingresó a la UCI neonatales, por complicaciones primordialmente respiratorias e infecciosas.	Es relevante considerar las complicaciones materno-fetales relacionadas con la edad avanzada para prevenir y lograr un control prenatal y postnatal adecuado y así lograr embarazos seguros.
Blandón [33]	Determinar las complicaciones obstétricas de más incidencia en pacientes > 35 años durante el embarazo, parto, puerperio.	181 parturientas.	> 35 años		De las complicaciones que incidieron durante el parto, el 54% fueron por conducto vaginal de las cuales el 52% no tuvo complicaciones; el 48% fueron precipitados con retención placentaria.	El embarazo en las mujeres > 35 años se vincula con un riesgo de alto nivel de complicaciones obstétricas, lo que conduce al incremento de la morbilidad materno-perinatal.
Camavilca [35]	Especificar el tipo de parto de las pacientes con PP atendidas en un hospital.	41 pacientes	> 30 años		Las particularidades clínicas encontradas: hipotensión 88%, sangrado vaginal 78%, dolor 41%, taquicardia 12% y líquidos cefalorraquídeos alterados 12%. Al momento del parto se realizó cesárea 85,4% y parto vaginal (14%).	Para los casos de la edad añosa, el índice de PP y sus complicaciones puede ser mayor.
Peña [36]	Caracterizar las complicaciones durante el parto en pacientes de edad en riesgo que asisten a un hospital general.	92 parturientas con PP.	> 35 años		De las pacientes > 35 años atendidas, el 41,6% presentaron algún tipo de complicación obstétrica en el embarazo, a la hora del parto o en el puerperio.	El embarazo en mujeres > 35 constituye un incremento en el riesgo para sufrir patologías propias del período de gestación, incluso la MM.
Bajana [37]	Establecer el vínculo entre la edad materna y las complicaciones gestacionales.	729 pacientes con diagnóstico de PP.	> 30 años		Se encontró que el 46,4% (n=338) son > 30 años. Al analizar los distintos factores relacionados acorde al grupo etario, se evidenció la presencia de múltiples complicaciones gestacionales con PP, estuvieron relacionadas con: hipertensión arterial,	Las probabilidades de embarazo se reducen toda vez que aumenta la edad materna.

					preeclampsia, cesárea, ruptura prematura de membranas, HPP, parto prematuro y muerte fetal.	
Gibbins [39]	Identificar los factores de riesgo referentes a hemorragia en gestantes añosas con PP.	501 casos.	> 35 años	Parto urgente a 119 gestantes 102 fue debido a hemorragia prenatal (86%), de los cuales 17 tuvieron resultado hemorrágico adverso (19%), lo que implicó: anemia, trombocitopenia, gestación multifetal, edad gestacional más temprana a la hora del parto, bajo peso al nacer, diabetes, hipertensión, trabajo de parto prematuro, sangrado por cesárea y anestesia general.	La PP se relaciona con un incremento de hemorragia en la natalidad materna, regularmente debido a un segmento uterino inferior atónico.	
Salim [42]	Establecer los factores de riesgo materno- fetal en la gestación complicada por PP.	52 casos.	> 35 años	Factores de riesgo detectados: 69% cesárea previa, 13% evacuación uterina previa. Complicaciones maternas: 40% hemorragias con transfusión de sangre, 21% histerectomía por cesárea y 4,0% lesión de la vejiga. El 35% registró buen pronóstico y no hubo MM.	La detección oportuna de los casos y la intervención de las embarazadas añosas disminuirán de forma significativa la morbilidad y MM y fetal.	
Castillo [43]	Definir si las gestantes mayores de 35 años con PP sufren complicaciones obstétricas y perinatales.	150 gestantes	> 35 años	El 47% de las embarazadas añosas tuvo parto vaginal y el 52% por cesárea debido a PP, el 54% presentó anemia durante el tercer trimestre de gestación, el 26% hipertensión arterial y el 8% diabetes mellitus gestacional.	Existen múltiples factores que pueden afectar de forma negativa el producto del embarazo debido a edades tardías.	
García [45]	Clasificar las complicaciones gestacionales y perinatales en mujeres añosas diagnosticadas con PP.	159 gestantes	> 35 años	En los factores sociodemográficos el 63% de las gestantes oscila entre los 35 y 39 años, el 86% vive en unión libre, el 68% habita en zona urbana, el 61% cursó estudios secundarios. Los factores	La maternidad tardía es relacionada con alteraciones preexistentes que ineludiblemente aumentan con la edad.	

				obstétricos, el 43% eran múltiparas. Las complicaciones primordiales; 30% Preeclampsia, 12% Infección de tracto de urinario, 6.9% amenaza de parto, prematuro, 5.7% anemia, 1.9% Eclampsia y el 5% no tuvo complicaciones; Las perinatales: 17% bajo peso al nacer, 9% prematuridad, 7% óbito fetal y el 60% no sufrió complicaciones.	
Fernández [46]	Detectar las primordiales complicaciones obstétricas en las gestantes 36 años con PP.	1198 pacientes	35 a 49 años.	Complicaciones de mayor incidencia: PP (17%), Anemia Aguda Post Parto con (15%), Rotura Prematura de Membranas (13%), Infecciones en el Tracto Urinario (8%) y Parto Obstruido (8%).	La gestación en edades tardías incide en complicaciones obstétricas que pueden conllevar a la morbilidad y MM.
Mashaly [49]	Evaluar los factores de riesgo, su tratamiento y resultado de la PP de mayor grado en un centro hospitalario.	115 casos	> 31 años	En el 93,9% de los casos, se presentó cesárea previa y parto anormal. En el 30,4% se hallaron adherencias placentarias. Se llevó a cabo la histerectomía periparto en 13 casos (11,3%). Hubo 3 tres eventos de MM; 1 debido a complicación anestésica, otro por hemorragia atónica posparto no controlada y otro por neumonía postoperatoria.	La gestión y el resultado de la PP dependen primordialmente de la experticia del obstetra y de un hospital bien preparado.
Kaur [50]	Determinar la incidencia de factores de riesgo y resultados neonatales de PP que se presenta como HAP en un centro de atención médica terciaria.	3935 parturientas.	Entre 20 y 53 años.	76 partos se complicaron debido a la PP. La incidencia de PP fue del 1,9%. El 22,3% de las parturientas eran > 30 años. El 27,6% era múltipara, el 74% tenía manipulación uterina a modo de historia previa de cesárea o dilatación y legrado.	Se cree que la PP en casos de multiparidad y edad avanzada es a causa de cambios en el útero, ente otros, que resultan en una perfusión insuficiente e infracción de la placenta, aumentando así el

					tamaño de la misma.
Verma [52]	Valorar la incidencia de los factores de riesgo y el resultado materno-fetal en gestantes con PP.	9404 partos	28 a 58 años	De 9404 parturientas 590 sufrieron HAP, de las cuales 315 fue por desprendimiento, 4 presentaron causa local y en reposo, 217 tuvieron PP. 54 fueron diagnosticadas con PP en la ecografía de rutina; total incidencia de PP en gestantes 271 (2,8%).	La PP se vincula con un resultado materno-fetal que puede controlarse adecuadamente con un trabajo en equipo multidisciplinario.
Timur [57]	Evaluar resultados obstétricos de gestantes con PP internadas en un hospital.	179 gestantes.	> 35 años	El 5% de las gestantes eran de edad añosa. La prevalencia de PP fue del 0,23%, el 66,7% sufrió sangrado prenatal requiriendo cesárea de emergencia por hemorragia incontrolable. Al 3,2% se le realizó una cesárea de emergencia a causa de un útero incontrolable por contracciones antes de la fecha prevista del parto. El total de pacientes embarazadas con problemas vaginales y síntomas de sangrado al ingreso fueron 93 (52,5%). El índice de hemorragia posparto fue del 89,4%	La PP es una de las causas frecuentes tanto de hemorragia periparto como de HPP, las cuales por lo general, requieren de tratamiento médico y quirúrgico.

Fuente: elaboración propia.

3. RESULTADOS

Luego de una revisión documental sistemática en cuanto a los factores de riesgo que influyen en las gestantes mayores de 35 años diagnosticadas con placenta previa (PP) y de las complicaciones que estos conllevan durante la gestación y al momento del parto, se encontró que los resultados de los diferentes artículos consultados como el de Manosalvas y otros [2], realizado en el Hospital de la Mujer en República Dominicana y King [22] en Estados Unidos, coinciden en que la PP es una entidad que puede causar morbi-mortalidad materna tanto en la madre como en el neonato.

Es así como en esta revisión se observa que el principal factor de riesgo se concentra en la edad materna avanzada como un aspecto importante frente al estado de salud de la madre gestante y el neonato, concordando con Kollmann y otros [23] en Austria, señalan que es imperativo identificar los factores de

riesgo en las gestantes mayores de 35 años con PP, las cuales están más propensas a sufrir complicaciones, debido a factores intrínsecos propios de la longevidad que parecen estar vinculados a una afectación vascular endotelial progresiva. Así mismo, el hallazgo de Adere [48] en Etiopía sobre PP en gestantes añosas fue del 0,7%.

En efecto, King y otros [22], mencionan otras complicaciones que constituyen mayor riesgo general de morbilidad hemorrágica materna con un incremento en el sangrado pre-parto y pos parto y requerimiento de histerectomías. A este propósito, Bermúdez y otros [4], indicaron que los factores de riesgo para PP en gestantes añosas de más relevancia implican el antecedente de PP, parto por cesárea anterior, embarazo múltiple, entre otros factores de menor prevalencia, como los procedimientos uterinos previos, el incremento de la paridad y la interrupción del embarazo anterior.

Con respecto a las complicaciones durante el embarazo, su incidencia y los factores asociados a estas, Long y Yang [6] llevaron a cabo una investigación retrospectiva en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital de la Universidad Médica Militar del Ejército de Estados Unidos, en la que determinaron que el 52% de las embarazadas gestantes analizadas con PP, sufrieron HAP y el 22% HPP, de las cuales a muchas se les realizaron transfusiones de sangre y se sometieron a histerectomía postparto al presentarse hemorragias masivas.

Otra de las complicaciones, según Sandoval y otros [11], en una unidad médica de tercer nivel de México, indicaron que alrededor del 32% de las embarazadas con PP puede sufrir de placenta acreta. En concordancia, Flores y otros [14], encontraron que la PP se vincula con acretismo en el 5% de los partos normales, pero cuando se presentan casos de 3 cesáreas previas, puede llegar a un 40%, y Ruvalcaba y otros [15], señalaron que el riesgo se encuentra con PP entre 1 y 5% y con cesárea previa entre 3 y 67%. Estos resultados van acorde con los datos obtenidos en algunos estudios: en Perú, Pacori [12] señaló que la PP afecta entre el 0.3% y el 2% de las gestaciones en el tercer trimestre de la gestación; en Costa Rica, Garita y otros [13] hallaron que la regularidad de placenta acreta en gestantes con PP registró el 11.1%.

Por su parte, Feldman y otros [54] en USA, encontraron que de las gestantes con PP resuelta el 10,2% tuvieron 5,2 veces más probabilidades de experimentar una HPP. De igual forma, Raees y otros [47] en Pakistán, como complicaciones de índole quirúrgica los hallazgos fueron: placenta accreta (4,0%) y HPP (28%), entre otras. En concomitancia, Barrios y otros [61] en un estudio a 12 pacientes en un hospital en Nicaragua, hallaron en las gestantes PP con hemorragia indolora en un 60%. En la misma tónica, Salazar [31] realizó un caso clínico en el Hospital Provincial Docente de Ambato – Ecuador, en el que evaluó a una paciente con PP oclusiva total y con señales de acretismo placentario, corroborado con resonancia magnética y ecografía obstétrica.

Estos resultados se correlacionan con estudios realizados en Colombia: Benítez y Patiño [25] hallaron en las gestantes de un Hospital Universitario prevalencia de PP oclusiva del 42% y con altas posibilidades de acretismo del 50%. Para Meneses y otros [19], la prevalencia de acretismo en gestantes con PP se encontró entre un 5 y 10 %. De manera semejante, el estudio de Argote y otros [20] llevado a cabo en embarazadas con PP de un hospital de 4 nivel, encontró que el 38% de las complicaciones más prevalentes fueron la HPP, la transfusión sanguínea con el 23,3% y el ingreso a UCI con el 41,0%. Así mismo, Castiblanco y Coronado [16], encontraron que las complicaciones por PP y por HPP, son la segunda causa de MM en gestantes añosas.

Por otro lado, como investigaciones correlacionales realizadas en Perú, se resaltan los de Zumaeta [30] en un hospital regional donde encontró otro tipo de complicaciones obstétricas: Anemia (52%), Tracto Urinario (47%), Preeclampsia (16,3%), Parto pre término (13,5%), PP (3,0%) y RPM (2,1%); Condori [60], en un Hospital Materno Infantil observó que el 65% de los embarazos para las añosas con PP eran multigestas; entre las complicaciones están: Anemia (67.5%), Infección del tracto urinario (48.6%); Ayala y otros [41], en mujeres añosas detectaron Preeclampsia (4,65%), Anemia (4,62%), RPM (4,57%),

Infecciones del tracto urinario (2,30%); Barahona [55], en un Hospital General encontró como complicaciones y morbilidad del embarazo en edad añosa: Preeclampsia (13.6%), PP (2.4%) y Parto pretérmino (1.6%); y Poma [59], en el Hospital Regional Docente de Huancayo, identificó las complicaciones y morbilidad del embarazo en edad añosa: preeclampsia (13.6%); desgarros perineales (8.8%); oligohidramnios (7.2%); DPP (5.6%); PP (2.4%); parto pretérmino (1.6%) y expulsivo prolongado (1.6%).

En lo tocante a los factores de riesgo que presentan las gestantes mayores de 35 años al tener diagnóstico de PP, el estudio de Iacovelli y otros [38] en Italia, determinó que la edad materna avanzada, la obesidad, la multiparidad, la cesárea previa y la PP se configuran como un alto riesgo de PAI. La investigación de AlQasem y otros [26] en el Hospital Materno Infantil de Abha de Arabia Saudí, concuerda por los siguientes resultados: edad añosa, multiparidad y partos por cesárea previos. En concordancia, Gosh y otros [44], en Bangladesh establecieron: nivel socioeconómico más bajo (42%), antecedentes de cesárea (42%), gestantes > 30 (36%), aborto (14%) y gestantes con controles prenatales periódicos únicamente (12%). En Libia, Turkuman y otros [51] encontraron que el 42% de las gestantes objeto de estudio oscilaban 30 y 35 años, el 58% eran múltiparas, el 89% tenía de 1 a 3 partos y al 32% con antecedentes de cesárea.

Para el caso de Perú: Pacori [12] en un hospital de Piura, destacó que el 17.1% registró obesidad mórbida, el 61.4% son múltiparas, al 24.3% le intervinieron con cesárea previa, el 37.1% tuvo aborto previo y el 24.3% PP; Paulino [32], en un centro médico de Tarapoto, evidenció que del 100% de embarazadas con PP el 57.9% son > 35 años, lo que constituye que, a más edad mayor posibilidad de incidencia de dicha patología; Huangal [34] en una clínica gineco-obstetricia de Lima, estableció como factores de riesgo para PP: el tabaquismo (25,5%) y el embarazo múltiple (14,8%); Para Huaraca [40], el 87.5% de los artículos consultados en su estudio sistemático demostraron que las gestantes añosas con PP tienen más riesgo de padecer parto pretérmino y cesárea; y el estudio de López [56], desde el punto de vista de los factores sociodemográficos y obstétricos en el Hospital Nacional de Lima, revelaron que el 65.6% cursaron estudios secundarios, el 65.2% vivía en unión libre, 61.7% recibió control, 46.1% son primíparas y el 28.9% tuvo aborto. Como antecedentes obstétricos la edad avanzada se catalogó como un factor de riesgo para el parto pretérmino.

En Colombia, Torres [17] en un hospital de tercer nivel identificó los factores de riesgo de mayor importancia: más de 4 embarazos (64%), edad materna >35 años (29%) y aborto espontáneo (29%). Estos hallazgos coinciden con la investigación de Ospina y otros [29], quienes establecieron como factores de riesgo a mujeres > 34 años con PP; partos por cesárea (51.5%) y gestación fue múltiple (1.67%).

Por último, en referencia a las complicaciones al momento del parto que tienen las gestantes mayores de 35 años con diagnóstico de PP, algunas investigaciones como la de King [22] en USA, determinaron que al 13,2% de las pacientes tuvo parto por cesárea anterior, al 12,8% cirugía intrauterina previa y al 1,4% presentaron antecedentes de PP. Gibbins y otros [39], también en USA, identificaron lo siguiente: parto de emergencia a 119 gestantes (86%), 102 causados por hemorragia prenatal, de estas 17 sufrieron resultados hemorrágicos adversos (19%), condición que implicó: gestación multifetal, edad gestacional prematura a la hora del parto, bajo peso al nacer, sangrado por cesárea y anestesia general.

Los anteriores resultados se correlacionan con los hallazgos de Cemil y otros [27], en un Hospital de tercer nivel en Turquía, en el que identificó 97 cesáreas de emergencia (86,6%) cuyas causas se debieron a sangrado severo (84 gestantes, 86,6%), parto prematuro o rotura prematura de membranas (10 gestantes, 10,3%) y seguimiento de la frecuencia cardíaca fetal no tranquilizador en cardiotocografía (3 gestantes, 3,1%); y 111 cesáreas planificadas (53,4%).

Mashaly y otros [49], en el Hospital Universitario de Mansura de El Cairo – Egipto, detectaron que en el 93,9% de los casos se presentó cesárea previa y parto anormal, en el 30,4% hubo adherencias placentarias. Procedimiento de histerectomía periparto en 13 casos (11,3%). Hubo 3 tres eventos de MM; 1 debido a complicación en anestesia, otro por hemorragia atónica posparto no controlada y otro por neumonía postoperatoria.

Timur [57], en el Hospital de Investigación Ordu y Zekai Tahir Burak en Turquía, reveló que el 5,0% de las embarazadas eran mayores de 35 años. La prevalencia de PP fue del 0,23%, el 66,7% sufrió sangrado prenatal la cual se tuvo que proceder mediante cesárea de urgencia debido a una hemorragia incontrolable. Del mismo modo, al 3,2% de las pacientes hubo que realizarles cesárea de emergencia a razón de un útero incontrolable por contracciones antelar a la fecha del parto. El total de parturientas con problemas vaginales y síntomas de sangrado al ingreso fueron 93 (52,5%). El nivel de hemorragia posparto fue del 89,4%.

Así mismo, Kaur y otros [50], en el Centro de Atención del Norte de la India reportó 76 partos que tuvieron complicaciones a causa de la PP, cuya incidencia fue del 1,9%. El 22,3% de las parturientas eran mayores de 30 años. El 27,6% eran multíparas, el 74% habían tenido manipulación uterina a modo de historia previa de cesárea o dilatación y legrado.

Verma y otros [52], en el Hospital Reina María en India, evidenciaron que de 9.404 parturientas 590 tuvieron HAP, de las cuales 315 fue por DPP, 4 presentaron causa local y en reposo, la incidencia de PP en 271 gestantes fue del 2,8%. Estos resultados concuerdan con los de Xiong y otros [53], en el Hospital Central de Mujeres y Niños de Chengdu en China, el cual llevaron a cabo entre embarazadas cuya placenta cubrió total o parcialmente el orificio interno en la semana 28 de gestación, el 37,5% no registró PP en la semana 36 y el 25,8% se convirtió en PP marginal. Se presentó correlación importante entre el tipo de PP y trastorno de hipertensión gestacional.

En esta dirección, Salim y Satti [42] en Sudán - África, establecieron que el 69% de las embarazadas, presentó cesárea previa, el 13% sufrió evacuación uterina previa. Con respecto a las complicaciones maternas se tiene: 40% hemorragias con transfusión de sangre, 21% histerectomía por cesárea y 4,0% lesión de la vejiga. El 35% tuvo un pronóstico positivo y contrario al estudio de Mashaly y otros [49], no se registraron MM.

Molina [58], en el Complejo Hospitalario de Jaén España, determinó que las pacientes cuyo parto requirió de cesárea, la edad media fue de 35 a 51 años, ($p = 0.001$). Las que sufrieron condiciones adversas durante el puerperio domiciliario fue de 38 a 49 años ($p = 0.029$). En concordancia, Kollmann y otros [23] describen que la incidencia de PP en su investigación fue del 15,0%, sangrado anteparto (42,3%), HPP (7,1%), anemia (30%), placenta adherente comórbida (4%) e histerectomía (5,2%) y las complicaciones neonatales: parto prematuro (54,9%) y bajo peso al nacer <2500 g (35,6%).

Los resultados de Macías y otros [28], en el Hospital Español de México, determinaron que el 35,8% de las gestantes eran de edad añosa. Se encontró enfermedad hipertensiva del embarazo (8,3%), diabetes gestacional (4,6%) y el 8% ingresó a la UCI neonatales, por complicaciones sobre todo respiratorias e infecciosas. Y Peña y Escutia [36], en el Hospital General Tláhuac - México, revelaron que de las pacientes mayores de 35 años tendidas, el 41.6% registraron alguna clase de complicación obstétrica en el embarazo, en el evento de parto o en el puerperio.

En este sentido, Blandón y Dávila [33] en el Hospital Regional de Nicaragua, encontraron que el 48% de las gestantes analizadas, tenían entre 35 y 39 años, el 70% presentaron complicaciones durante el embarazo, el 17%, tenía síndrome hipertensivo gestacional, el 15% oligoamnios y el 13% preeclampsia. El 17% fue parto precipitado, el 13% tuvo pérdida del bienestar fetal, el 3% sufrió algún grado de desgarro vaginal; y contrario a los resultados de Peña y Escutia [36], no hubo complicaciones durante el puerperio. La finalización primordial del embarazo fue parto vaginal con el 54%.

Manosalvas y otros [2], en República Dominicana encontraron que el 56,25% de las embarazadas con PP eran múltiparas, el 6.25% fue por un caso de PP con antecedente de embarazo ectópico. Todos los partos de gestantes con PP fueron por cesárea. Entre las complicaciones el 62.5%, fue debido a sangrado pre-parto, el 12.5% por sangrado pos-parto, el 37.5% por histerectomía, el 31.25% por acretismo placentario, el 18.75% por shock hipovolémico y el 37.5% por presentación anómala. Tales hallazgos coinciden con los de Camavilca [35], en el Hospital Docente Materno Infantil de Perú, cuyas características clínicas encontradas fueron: hipotensión 88%, sangrado vaginal 78%, dolor 41%, taquicardia 12% y líquidos cefalorraquídeos alterados 12%. Al momento del parto se realizó cesárea 85,4% y parto vaginal (14%).

Bajana y otros [37], en un hospital obstétrico de Cuenca - Ecuador, establecieron que el 46,4% (n=338) eran mujeres mayores de 30 años. Al examinar los múltiples factores que se vinculan con el grupo etario, se observó la incidencia de varias complicaciones concernientes a la gestación con PP: hipertensión arterial, preeclampsia, cesárea, ruptura prematura de membranas, HPP, parto prematuro y muerte fetal.

De las investigaciones concordantes realizadas en Perú se encuentra: Castillo [43], en el Hospital la Caleta, definió que al 47% de las pacientes mayores de 30 años se les procedió con parto vaginal y al 52% cesárea a causa de PP, al 53% diagnóstico anemia durante el tercer trimestre de gestación, al 26% hipertensión arterial y al 8% diabetes mellitus; Fernández [46], en el Hospital María Auxiliadora, encontró como complicaciones PP (17%), Anemia Aguda Post Parto (15%), Ruptura Prematura de Membranas (13%), Tracto Urinario (8%) y Parto Obstruido (8%); y García [45], en el Hospital Regional de Loreto, cuyos resultados de las variables de los factores sociodemográficos son similares a los de López [56]: el 63% de las gestantes tenían entre 35 y 39 años, el 86% vivía en unión libre, el 68% habitaba en el sector urbano, el 61% cursó estudios secundarios. En cuanto a factores obstétricos, el 43% eran múltiparas. Las complicaciones primordiales; 30% Preeclampsia, 12% Infección de tracto de urinario, 6.9% Amenaza de parto, prematuro, 5.7% Anemia, 1.9% Eclampsia y el 5% no tuvo complicaciones; las perinatales: 17% bajo peso al nacer, 9% prematuridad, 7% óbito fetal y el 60% sin complicaciones.

4. DISCUSIÓN

Es relevante considerar que los índices de factores de riesgo en mujeres diagnosticadas con PP pueden variar entre países y regiones, por aspectos sociales, culturales, económicos, geográficos y de acceso a la atención en salud. El incremento de los índices de factores de riesgo en mujeres con PP, se debe, en gran parte, a la edad materna avanzada. Entre los factores relacionados, además de la edad, se encuentran múltiples factores que inciden en las complicaciones materno-fetales, aunque es muy complejo establecer todos ellos en todas las investigaciones encontradas como para determinar si la edad añosa puede catalogarse un factor de riesgo independiente.

Esta investigación mediante un conglomerado porcentual de estudios demostró que las patologías de más recurrencia en gestantes mayores de 35 años fueron la preeclampsia (152,05%), anemia (328,52) y ruptura prematura de membranas (4,62%). Referente a la complicación materna de PP, existe mayor posibilidad en las mujeres mayores de 40-45 años comparadas con las de menor edad, y dicha posibilidad es aún mayor en caso de cesárea previa o PP anterior. Además, se presenta un vínculo entre la PP y el parto prematuro, debido a que ésta puede causar sangrado excesivo y necesidad de terminación del parto.

En concordancia, Kollmann [23] indica que los factores intrínsecos propios de la longevidad parecen estar vinculados a una afectación vascular endotelial progresiva. Para King [22], otras complicaciones que constituyen mayor riesgo general de morbilidad hemorrágica materna, con un incremento en el sangrado pre-parto y pos parto y requerimiento de histerectomías, son placenta y cesárea previas.

Así mismo, Sandoval [11], Ruvalcaba [15] y Argote [20], concuerdan al afirmar que el antecedente de PP, parto por cesárea anterior, embarazo múltiple, sangrado descontrolado, entre otros factores de menor

prevalencia, como los procedimientos uterinos previos, el incremento de la paridad, la interrupción del embarazo anterior y el acretismo placentario, son los factores más analizados en la presencia de complicaciones materno-fetales, aparte de la edad materna.

Timur [57], encontró que el 89,4% de las complicaciones posparto más recurrentes en las gestantes con PP, fue las que sufrieron hemorragia; Peña y Escutia [36], encontraron parto vaginal con una frecuencia del 54% vs Ospina [29] con cesárea del 51.5%. Dicha correlación difiere representativamente de lo obtenido en la literatura, donde gran parte de las complicaciones se reportan con mayor frecuencia en el parto por cesárea.

Manosalvas [2], determinó que edad añosa, multiparidad y trastornos hipertensivos del embarazo no evidenciaron un vínculo estadístico importante en su estudio. Con respecto a las gestantes con PP se observó asocio entre algunos factores de riesgo y resultados. Las pacientes con PP y multiparidad presentan un mayor riesgo de sufrir sangrado. Las mujeres con PP y antecedente de cesárea tienen un mayor riesgo de una histerectomía. Las gestantes con PP y antecedentes de 2 o más cesáreas corren un riesgo acrecentado de sufrir acretismo placentario, lo cual concuerda con el estudio de Ruvalcaba [15], en el que plantea que el riesgo de placenta acreta se incrementa en gestantes con PP del 1 al 5% y con cesárea previa entre 3 y 67%, según el índice de nacimientos por medio de cesárea.

Salazar [31], en las gestantes el diagnóstico de PP, desde su hallazgo hasta el momento del parto es: PP central total, PP con inserción baja, PP marginal, PP con inserción parcial y PP oclusiva total con señales de acretismo placentario. Las gestaciones se solucionaron entre las semanas 34 y 36. A algunas gestantes se les realizó cesárea programada y de urgencia; a otras se les realizó histerectomía obstétrica; otras fueron diagnosticadas con acretismo por patología. Las complicaciones más comunes de los recién nacidos: síndrome de distrés respiratorio y taquipnea transitoria.

Las particularidades clínicas encontradas por Camavilca [35]: hipotensión, sangrado vaginal, dolor, taquicardia, líquidos cefalorraquídeos alterados y HPP. Al momento del parto: cesáreas y partos vaginales. Algunas parturientas sufrieron HAP, unas por desprendimiento y otras por PP. Se detectaron vínculos importantes en la hipertensión arterial, con una edad media de 35 a 39 años, y en la diabetes de 36 a 45 años. Gestantes cuyo parto terminó en cesárea fueron de 35 a 51 años. Las que registraron eventos adversos durante el puerperio domiciliario fue de 38 a 49 años.

Lo anterior coincide con los estudios de Bajana [37], quién demostró la incidencia de varias complicaciones gestacionales con PP, relacionadas con: hipertensión arterial, preeclampsia, cesárea, ruptura prematura de membranas, HPP, parto prematuro y muerte fetal; y Castillo [43], quién identificó un grupo de embarazadas añosas que tuvo parto vaginal, otro por cesárea debido a PP, anemia durante el tercer trimestre de gestación, hipertensión arterial y algunas por diabetes mellitus gestacional

Consultando el estudio de Ayala [41], gran parte de las gestantes de edad avanzada con PP era múltipara, del mismo modo, que el estudio de Pacori [12], en donde se encontró que la mayoría de las pacientes con PP eran múltiparas. Ambos resultados demostraron que abortos múltiples, cesárea, embarazo ectópico y antecedente de PP son factores de riesgo para el desarrollo de PP.

Por otra parte, aunque se evidencia una tendencia con vincular la edad avanzada con enfermedad o empeoramiento del estado físico, Ayala [41] encontró que en la actualidad gran parte de las pacientes añosas de países desarrollados gozan de buena salud. Es verdad que en el modo en que transcurre el tiempo el organismo tiende a envejecer, pero el ritmo es distinto para cada individuo y depende de múltiples aspectos, por lo que pueden reportarse mujeres de 35 años con múltiples enfermedades y mujeres de 40 años o más totalmente sanas. Por esta razón, no en todos los autores se encontró relación entre enfermedad y edad añosa, debido a que depende de las particularidades de la población en estudio.

Tras un análisis general de los resultados encontrados, y a pesar de una gran concordancia entre los autores, sin embargo se observa que no se puede llevar a cabo una estimación de la magnitud de los factores de riesgo que influyen en las gestantes entre los 35 y 45 años diagnosticadas con PP y que complicaciones conlleva durante la gestación y al momento del parto, debido a que los estudios son muy distintos con respecto a las tipologías de la población y factores de confusión tenidos en cuenta. Para todas las variables recopiladas de los múltiples artículos, se ha evidenciado algún nivel de vínculo con la edad materna avanzada en al menos uno de ellos, pero con la finalidad de llevar a cabo una interpretación de los resultados, solo se han evaluado las variables más analizadas por los autores. Entonces, para poder evaluar más eficazmente el vínculo entre la edad añosa y el riesgo de complicaciones materno-fetales, se requieren más estudios con un diseño homogéneo.

5. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

5.1. Fortalezas

Se eligió como metodología la revisión de alcance. Este artículo se lleva a cabo con el método *scopin review* o revisión sistemática exploratoria para realizar análisis estadísticos apropiados, el cual es sugerido por las directrices de la USC. Esto proporciona como fortaleza, la validez y confiabilidad a los resultados obtenidos mediante la literatura, en el estudio de los factores de riesgo en gestantes mayores a 35 años diagnosticadas con PP.

5.2. Limitaciones

En esta revisión bibliográfica se presentaron varias limitaciones establecidas por las bases de datos consultadas: primero, fue debido a la inclusión de artículos en idiomas diferentes al español y al inglés, ya que estaban redactados en francés, alemán o árabe, entre otros; segundo, en el proceso de consulta se hallaron estudios cuyos títulos se mostraban interesantes, pero su contenido no correspondía al tema propuesto; tercero, fue el volumen de artículos con textos incompletos que no se pudieron incluir en el flujograma PRISMA, además de los estudios que tuvieron que ser excluidos porque su población eran gestantes menores de 30 años.

6. CONCLUSIONES

Las complicaciones durante el embarazo, su incidencia y los factores asociados a estas, están vinculadas con las mujeres mayores de 35 años de edad, entre los cuales se encontró la presencia de anemia, peligro de aborto, hipertensión arterial, desgarros perineales, diabetes gestacional, oligohidramnios, desgarro perineal, atonía uterina, preeclampsia, eclampsia, DPP, realización de cesárea, ruptura prematura de membranas, HPP, desproporción cefalopélvica. Con respecto al perinato: retardo de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, asfíxia neonatal, parto prematuro y muerte fetal. Los hallazgos de índole quirúrgica fueron: complicaciones de la anestesia, sepsis posparto, hipovolemia shock.

Con respecto a los factores de riesgo que presentan las gestantes mayores de 35 años con PP, se determinó que en la evaluación de regresión logística, la longitud cervical se vinculó de modo adverso con la HAP, en tanto que la PP completa incrementó el riesgo de HAP. También, el antecedente previo de EAU incrementó el riesgo de HAP. Algunas de las gestantes registró obesidad, bajo peso antes de la gestación y anemia; otras cesárea previa, aborto previo y periodo intergenésico corto. Algunos de los factores de riesgo de mayor prevalencia: edad añosa, tabaquismo, multiparidad, parto por cesárea previo, más de 4 embarazos, antecedente de aborto espontáneo, placenta accreta, histerectomía por cesárea de emergencia y MM. Los factores sociodemográficos y obstétricos identificaron pacientes primíparas, con estudios secundarios, estado civil en unión libre, habitan en zona urbana, reciben control y algunas han sufrido

aborto. Como antecedentes obstétricos primordiales la edad extrema reproductiva se configuró como un factor de riesgo para el parto pretérmino.

De las complicaciones al momento del parto que tienen las gestantes mayores de 35 años con PP, se concluye que algunas de las gestantes presentó sangrado pre-parto y pos-parto, anemia, placenta adherente comórbida, histerectomía, acretismo placentario, parto por cesárea anterior y planificada, cirugía intrauterina previa shock hipovolémico, hipertensión arterial, preeclampsia, cesárea, ruptura prematura de membranas, HPP, parto prematuro y muerte fetal. Las causas de las cesáreas de emergencia fueron por sangrado severo, rotura prematura de membranas, seguimiento de la frecuencia cardíaca fetal no tranquilizador en cardiotocografía, enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional. Complicaciones neonatales: parto prematuro, bajo peso al nacer, ingreso a la UCI neonatales, por complicaciones primordialmente respiratorias e infecciosas, diabetes, hipertensión, trabajo de parto prematuro, sangrado por cesárea y anestesia general.

El presente artículo constituye un aporte teórico debido a que comparte información relevante en cuanto a los factores de riesgo vinculados a PP en gestantes mayores a 35 años, y se destaca un alto valor social muy significativo porque detalla con objetividad la realidad de esta problemática en las gestantes de edad avanzada, a nivel global por involucrar distintos países y con particularidades sociales, económicas y culturales diversas: Ecuador, Perú, México, Estados Unidos, Austria, China, India, Arabia, entre otros, y que gran parte de los resultados obtenidos concuerdan entre sí. Datos con los que entidades respectivas puedan hacer uso de ellos para que intervengan a través de acciones preventivas, en suma, de que sean útiles para que otros estudios tengan referencias de tales resultados y sirvan como soporte para llevar a cabo sus discusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ullán, S. J. Embriología general: Introducción al desarrollo humano. Navarra – España. [Internet] 2016. [Consultado 2024 Mar 09]. Disponible en URL. file:///D:/DESCARGAS/Embriologi_a%20General-93v.pdf
- 2) Manosalvas, L.; Hernández, V.; Pena, P.; Tapia, L; Angiolina, C. y Díaz, R. A. Factores de riesgo de placenta previa en mujeres embarazadas en un hospital de Republica Dominicana. [Internet] 2020; Ciencia y Salud; 4(3):105–13. [Consultado 2024 Mar 09]. Disponible en URL. DOI: <https://doi.org/10.22206/cysa.2020.v4i3.pp105-113>
- 3) Cunningham F, Williams J. Obstetricia de Williams. 25th ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2019.
- 4) Bermúdez, R. A.; Zambrano, A. H; Zárata, R. K. y Valdivieso, A. S. Causas y factores de riesgo en gestantes con placenta previa. Artículo de investigación. Dom. Cien., Vol 7, núm. 4, Agosto Especial, pp. 1587-1599. 2021.
- 5) Rasmussen S, Albrechtsen S, Dalaker K. Historia obstétrica y riesgo de placenta previa. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 502.
- 6) Long, SY; Yang, Q. and Chi, R. Maternal and neonatal outcomes resulting from antepartum hemorrhage in women with anterior placenta and its associated risk factors: a single-center retrospective study. Ther Clin Risk Manag.USA. 2021; 17:31.
- 7) Garita, M. E.; Angulo, M. L. y Salas, M. J. Acretismo Placentario - Revisión bibliográfica. [Internet] 2023; Revista Ciencia Y Salud, 6(2), pág. 39–48. [Consultado 2024 Mar 10]. Disponible en URL. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i2.390>
- 8) Malvino, E. Hemorragias Obstétricas Graves. [Internet] 2023; Buenos Aires. Argentina. [Consultado 2024 Mar 10]. Disponible en URL. http://www.obstetriciacritica.com/doc/Hemorragias_Obstetricas.pdf
- 9) Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad Materna. 2023. [Internet] [Consultado 2024 Abr 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- 10) Centro de Medicina Fetal Neonatal de Barcelona. Protocolo: Anomalías Placentarias. España. [Internet] [Consultado 2024 Abr 15]. Disponible en: https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/Placenta_previa_placenta_accrета_vasa_previa.pdf
- 11) Sandoval, G. T.; Reyes, H. M.; Sandoval, B. D.; Morales, H. S.; Tovar, G. V.; Hinojosa, C. J.; *et. al.* Placenta previa: resultados perinatales en la experiencia de una unidad médica de tercer nivel. [Internet]. 2021. Cir. cir. vol.87 no.6 Ciudad de México. [Consultado 2024 Abr 15]. Disponible en URL. <https://doi.org/10.24875/ciru.19000861>
- 12) Pacori, P. L. Factores obstétricos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón 2018 – 2019. Tesis de Grado. Universidad César Vallejo. Piura – Perú. 2020.
- 13) Garita, M, E.; Salas, M. J. y Angulo, M. L. Acretismo Placentario: Revisión bibliográfica. [Internet]. 2022; Revista Ciencia Y Salud, 6(2), Pág. 39–48. [Consultado 2024 Mar 10]. Disponible en URL. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i2.390>

- 14) Flores, R. E.; Blancas, C. D.; Casillas, B. M.; Solórzano, A. M.; Hernández, H. V. y Ramírez, U. M. Acretismo placentario en el primer trimestre del embarazo como causa de choque hipovolémico: reporte de un caso. [Internet]. 2022; Ginecol. obstet. Méx. vol.89 no.11 Ciudad de México. [Consultado 2024 Mar 23]. Disponible en URL. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i11.5584>
- 15) Ruvalcaba, R. M.; Reyes, I. E.; Mejía, R. F.; Cuadro, B. E.; Khalaf, P. M. y Manzo, a. F. Acretismo placentario en primigestas. Reporte de tres casos y revisión de la bibliografía. [Internet]. 2022; Ginecol. obstet. Méx. vol.90 no.2 Ciudad de México. [Consultado 2024 Mar 23]. Disponible en URL. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.5835>
- 16) Castiblanco, M. R.; Coronado, V. C.; Morales, B. L.; Polo, G. T. y Saavedra, L. A. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del morales de enfermería para prevenir shock hipovolémico. [Internet]. 2022; Rev Cuid vol.13 no.1 Bucaramanga. [Consultado 2024 Mar 22]. Disponible en URL. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2075>
- 17) Torres, B. K.; Placenta previous: risk factors and impact on maternal and neonatal morbidity and mortality in Bogotá, Colombia. [Internet]. 2023; Bogotá, D.C. [Consultado 2024 Mar 21]. Disponible en URL. <file:///D:/DESCARGAS/Dialnet-PlacentaPreviaFactoresDeRiesgoEImpactoEnLaMorbimor-8816421.pdf>
- 18) Comité Medicina Materna y Perinatal de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG). Consenso Colombiano de Tratamiento del Espectro de Acretismo Placentario (EAP). Rev Colomb Obstet Ginecol; 73(3): 283–316. 2022. [Internet] [Consultado 2024 Abr 15]. Disponible en: doi: 10.18597/rcog.3877
- 19) Meneses, P. A.; Niño, G. J. y García, R. D. Reporte de caso: placenta percreta con previa embolización de vasos anómalos. [Internet]. 2021; Rev. Med vol.29 no.1 Bogotá. [Consultado 2024 Mar 21]. Disponible en URL. <https://doi.org/10.18359/rmed.5169>
- 20) Argote, R. D.; Zapata, S. L.; Martínez, R. D.; Sinisterra, D. S.; Sarria, O. D. y Nieto, C. A. Desenlaces maternos según el tipo de placenta previa en un hospital de alta complejidad en Cali, Colombia. Estudio de cohorte retrospectivo. [Internet]. 2023; Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 74 No.1. (28-36). [Consultado 2024 Mar 21]. Disponible en URL. <https://doi.org/10.18597/rcog.3852>
- 21) Jiménez, J. C.; Niño, G. J. y Meneses, P. A. Protocolo para el manejo de placenta percreta con cesárea, embolización uterina e histerectomía diferida. [Internet]. 2022; Artículo original. Revista Colombiana de Cirugía, vol. 37, núm. 1, pp. 106-114. Asociación Colombiana de Cirugía. [Consultado 2024 Mar 21]. Disponible en URL. DOI: <https://doi.org/10.30944/20117582.945>
- 22) Rey, L. J.; Maternal risk factors associated with persistent placenta previa; 189-192. doi: 10.1016/j.placenta.2020.08.004. Epub 2020.
- 23) Kollmann, M.; Gaulhofer, J.; Lang, U. and Klaritsch, P. Placenta praevia: incidence, risk factors and outcome. [Internet]. 2015; Original Article. Pages. 1395-1398. Styria - Austria. [Consultado 2024 Mar 21]. Disponible en URL. <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1049152>
- 24) Chambergo, M. D.; Díaz, B. M. y Benites, Z. V. Revisiones de alcance, revisiones paraguas y síntesis enfocada en revisión de mapas: aspectos metodológicos y aplicaciones. [Internet]. 2021; Rev. Perú Med. Exp. Salud Publica; 38(1):136-42. [Consultado 2024 Mar 18]. Disponible en URL. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6501>

- 25) Benítez, R. M. y Patiño, D. J. Acretismo placentario: perfil clínico y complicaciones en gestantes del Hospital Universitario Clínica San Rafael, 2009 – 2016. Especialización en Ginecología Y Obstetricia. Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario. Bogotá, Colombia. 2017.
- 26) AlQasem, M. H.; Shaamash, A. H.; Al Ghamdi, D. S.; Mahfouz, A. A. and Eskandar, M. A. Incidence, risk factors, and maternal outcomes of major degree placenta previa. [Internet]. 2023; Saudi Medical Journal, 44 (9) 912-920. [Consultado 2024 Mar 18]. Disponible en URL. DOI: <https://doi.org/10.15537/smj.2023.44.9.20230112>
- 27) Cemil, O. S.; Ölmez, F. and Tunc, S. Evaluation of Antepartum Factors for Predicting the Risk of Emergency Cesarean Delivery in Pregnancies Complicated With Placenta Previa. [Internet]. 2022; Research Article. chsner Journal June, 22 (2) 146-153; Türkiye. [Consultado 2024 Mar 22]. Disponible en URL. DOI: <https://doi.org/10.31486/toj.21.0138>
- 28) Macías, V. H.; Moguel, H. A.; Iglesias, L. J.; Bernárdez, Z. I. y Braverman, B. A. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. [Internet]. 2018; Acta méd. Grupo Ángeles vol.16 no.2 México. [Consultado 2024 Mar 18]. Disponible en URL. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000200125
- 29) Ospina, D. J.; Manrique, A. F. y Herrera, A. G. Gestación y parto en mujeres con edad materna avanzada en Tunja, Colombia. 2011-2015. [Internet]. 2018; rev.fac.med. vol.66 no.1 Bogotá. [Consultado 2024 Mar 18]. Disponible en URL. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112018000100009
- 30) Zumaeta, S. T. Complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el hospital regional de Loreto julio - diciembre 2018. Tesis de Grado. Universidad Científica del Perú. Loreto - Iquitos – Perú. 2016.
- 31) Salazar, U. P. Placenta previa oclusiva total con signos de acretismo secundaria a cirugía uterina anterior. Tesis de Grado. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. 2020.
- 32) Paulino, C. 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. Tesis de Grado. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto – Perú. 2021.
- 33) Blandón, G. Y. y Dávila, M. M. Complicaciones obstétricas en mujeres mayores de 35 años que ingresaron al servicio de Obstetricia del Hospital Regional Escuela San Juan de Dios Estelí, en el período de enero 2016 a junio del 2017. Tesis de Grado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN). Nicaragua. 2019.
- 34) Huangal, B. Y. Factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital nacional “Sergio E. Bernales” de enero del 2017 a diciembre del 2018 – Lima. Tesis de Grado. Universidad Privada San Juan Bautista. Lima – Perú. 2021.
- 35) Camavilca, CH. G. Caracterización de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen, 2019. Especialización en Emergencia y Alto Riesgo Obstétrico. Universidad Nacional de Huancavelica. Perú. 2020.
- 36) Peña, F. I. y Escutia, E. R. Complicaciones obstétricas de usuarias en edad de riesgo que acuden al Hospital General Tláhuac en el periodo enero/junio 2022. Tesis de Grado. Universidad Autónoma Metropolitana. México. 2022.

- 37) Bajana, Q. M. Asociación de la edad materna con las complicaciones gestacionales. [Internet]. 2018; Artículo. Cuenca - Ecuador. [Consultado 2024 Mar 18]. Disponible en URL. https://www.revhipertension.com/rlh_2_2018/8_asociacion_de_la_edad_materna.pdf
- 38) Iacovelli, A.; Liberati, M.; Khalil, A.; Timor-Trisch, I.; Leombroni, M.; Buca, D.; *et. al.* Risk factors for abnormally invasive placenta: a systematic review and meta-analysis. [Internet]. 2018. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. [Consultado 2024 Mar 18]. Disponible en URL. DOI: 10.1080/14767058.2018.1493453.
- 39) Gibbins, K. J.; Varner, M. W. and Silver, R. M. Factors increasing risk of hemorrhage in placenta previa. [Internet]. 2016; American Journal of Obstetrics & Gynecology. [Consultado 2024 Abr 08]. Disponible en URL. [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(15\)01986-9/pdf](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)01986-9/pdf).
- 40) Huaraca, N. Y. Edad materna avanzada como factor de riesgo asociado a morbilidad obstétrica. Especialización en Riesgo Obstétrico. Universidad Norbert Wiener. Lima – Perú. 2021.
- 41) Ayala, P. F.; Berrocal, M. O.; Guevara, R.E.; Luna, F. A.; Carranza, A. C. y Limay, R. O. Gestantes de edad materna avanzada presentan mayor riesgo materno perinatal que las gestantes adolescentes. [Internet]. 2017; Rev. Perú Investig. Matern. Perinat; 6(1):41-5. [Consultado 2024 Abr 05]. Disponible en URL. DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.201776>
- 42) Salim, N. A. and Satti, I. Risk factors of placenta previa with maternal and neonatal outcome at Dongola/Sudan. [Internet]. 2021; Original Article. Journal of Family Medicine and Primary Care 10(3): pp. 1215-1217, [Consultado 2024 Abr 02]. Disponible en URL. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_2111_20
- 43) Castillo, Q. Y. Complicaciones obstétricas y perinatales asociados a gestantes con embarazo adolescente y/o añoso en el Hospital la Caleta 2021. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Santa. Lima – Perú. 2023.
- 44) Ghosh, A.; Rani, S. G.; y Das, M. Risk factors and complications in pregnancies associated with placenta previa among admitted cases in FMCH. [Internet]. 2023; Investigation Article. Revista. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology Ghosh A. *et al.* Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. (4):806-811. [Consultado 2024 Abr 02]. Disponible en URL. DOI: <https://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20230774>
- 45) García, R. G. Complicaciones maternas y perinatales en gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero a junio 2022. Tesis de Grado. Universidad Científica del Perú. San Juan Bautista – Perú. 2023.
- 46) Fernández, R. J. Complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital “María Auxiliadora” en el período de enero a diciembre del 2014. Tesis de Grado. Universidad Ricardo Palma. Lima – Perú. 2016.
- 47) Raees, M.; Parveen, Z. and Kamal, M. Fetal and maternal outcome in major degree placenta previa. [Internet]. 2015; Gomal J Med Sci; 13: 173-6. Peshawar, Pakistan. [Consultado 2024 Mar 02]. Disponible en URL. <https://gjms.com.pk/index.php/journal/article/viewFile/615/611>
- 48) Adere, A.; Mulu, A. and Temesgen, F. Neonatal and Maternal Complications of Placenta Praevia and Its Risk Factors in Tikur Anbessa Specialized and Gandhi Memorial Hospitals: Unmatched Case-Control Study. [Internet]. 2020; Research Article. Ethiopia. [Consultado 2024 Mar 02]. Disponible en URL. <https://doi.org/10.1155/2020/5630296>

- 49) Mashaly, S.; Fyala, E.; Ghanem, A. and Nezar, M. Maternal and Perinatal Outcome of Major Degree Placenta Previa at Mansoura University Hospital. [Internet]. 2018; Med. J. Cairo Univ., Vol. 86, No. 8: 4259 - 4265. [Consultado 2024 Mar 18]. Disponible en URL. https://mjcu.journals.ekb.eg/article_62813_f10335eacc18a22e449cdca4074306c2.pdf
- 50) Kaur, B.; Dhar, T. y Sohi, I. Incidence, risk factors and neonatal outcomes of placenta previa presenting as antepartum hemorrhage in tertiary care centre of north India. [Internet]. 2015; International Journal of Basic and Applied Medical Sciences. Vol. 5 (3), pp. 58-61. [Consultado 2024 Mar 11]. Disponible en URL. https://www.cibtech.org/J-MEDICAL-SCIENCES/PUBLICATIONS/2015/Vol_5_No_3/12-JMS-013-BHAVNEET-INCIDENCE.pdf
- 51) Turkuman, N.; Almahdi, L.; Othman, H.; Alsharaf, A.; Saleh, Z. and Jerbi, R. Impact of Placenta Previa on Maternal and Neonatal Outcome. [Internet]. 2022; Alq J Med App Sci;5(2):429-437. [Consultado 2024 Mar 18]. Disponible en URL. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7009721>.
- 52) Verma, ML; Singh, U.; Solanki, V.; Singh, A.; Sachan, R. and Sankhwar, PL. Prospective observational study of risk factors and maternofetal outcome of placenta previa. [Internet]. 2020; at LMICs. Int J Community Med Public Health; 7:3488-92. [Consultado 2024 Mar 18]. Disponible en URL. <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/6714/4232>
- 53) Xiong, W.; Li, X.; Liu, T.; Ding, R.; Cheng, L.; Feng, D.; *et. al.* Potential resolution of placenta previa from the 28th-to the 36th-week of pregnancy: A retrospective longitudinal cohort study. [Internet]. 2022, Volume 126, Pages. 164-170. [Consultado 2024 Mar 18]. Disponible en URL. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0143400422003058>
- 54) Feldman, K. M.; Robinson, A.; Gellman, C.; Kaplowitz, E.; Hussain, F. N.; AL-Ibraheemi, Z.; *et.al.* Resolved but Not Forgotten: The Effect of Resolved Placenta Previa on Labor Management. [Internet]. 2022; Am J Perinatol; 39(15): 1614-1621. [Consultado 2024 Abr 15]. Disponible en URL. DOI: 10.1055/a-1877-8617
- 55) Barahona, R. S. Edad materna avanzada y su asociación con las complicaciones materno – perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, 2017. Tesis de Grado. Universidad Alas Peruanas. Lima – Perú. 2018.
- 56) López, V. M. Edad materna extrema como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2017. Tesis de Grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2018.
- 57) Timur, B. Obstetric Outcomes of Pregnant Women with Placenta Previa: A Retrospective. [Internet]. 2022; Original Article. Gümüşhane University Journal of Health Sciences. GUJHS; 11 (1): 144-152. . [Consultado 2024 Abr 01]. Disponible en URL. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2171049>
- 58) Molina, G. L. La edad materna en el proceso de embarazo, parto y puerperio: resultados obstétricos y neonatales. Tesis Doctoral. Universidad de Jaén. España. 2019.
- 59) Poma, H. R. Complicaciones obstétricas en gestantes de edad extrema y óptima atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019. Especialización en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico. Universidad Nacional de Huancavelica. Perú. 2020.
- 60) Condori, N. Y. Complicaciones del embarazo en edad extrema en usuarias del Hospital Materno Infantil El Carmen, Huancayo – 2018. Especialización en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico. Universidad Nacional De Huancavelica. Perú. 2019.

[61] Barrios, D. M.; Gonzáles, M. F. y Escalante, C Y. Comportamiento Epidemiológico de Placenta Previa en pacientes Embarazadas de la segunda mitad del embarazo y Hospitalizadas en el Hospital Berta Calderón Roque en el periodo de enero a junio del año 2018. Especialización en Ginecología y Obstetricia HBCR. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – UNAN. Managua. 2019.