



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**TRABAJO DE FIN DE CARRERA PREVIO LA OBTENCION DEL
TITULO DE OBSTETRA**

TEMA:

**FRECUENCIA DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES DE 20-24
AÑOS DE EDAD.- HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE
C. SOTOMAYOR.- DE NOVIEMBRE DEL 2013 A MAYO 2014 EN
LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.**

AUTORA

CANDY MARTHA CASTRO CALERO

TUTORA

OBST. KERLY ZAMBRANO MSc

AÑO

2013 - 2014

GUAYAQUIL – ECUADOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA

Este trabajo de fin de carrera cuya autoría corresponde a la Srta. Candy Martha Castro Calero, con C.I 0924618085, ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Obstetricia como requisito parcial para optar por el título de obstetra.

Obst. Sonia Gómez
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Obst. Bertha Muñoz
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA PARA OPTAR EL TITULO DE OBSTETRA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE FIN DE CARRERA PRESENTADA POR LA SRTA. CANDY MARTHA CASTRO CALERO CON C.I. # 0924618085

CUYO TEMA ES FRECUENCIA DE PLACENTA PREVIA EN MUJERES DE 20 A 24 AÑOS EDAD EN ÁREA DE ALTO RIESGO OBSTETRICO DEL HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE NOVIEMBRE 2013 A ABRIL 2014

REVISADA Y CORREGIDA, SE APROBO EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

OBST KERLY ZAMBRANO, MSc

DEDICATORIA

A mi Padre Celestial Jehová verdadera fuente de amor compasión y sabiduría.

A mi madre Narcisa Calero Bajaña, que me enseñó que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo, cuyo vivir me ha mostrado que en el camino hacia la meta se necesita de la dulce fortaleza para aceptar las derrotas y del sutil coraje para derrotar mis temores.

A mi hermana Maura q siempre me impartió cariño y q es una de mis mejores amigas y q siempre puedo contar con ella a través de la distancia.

A mi hermano Andrew q con sus defectos y virtudes es el hermano que me da ese apoyo emocional cuando he tenido un día agotador y a cada uno de mis sobrinos que son parte de mi vida.

AGRADECIMIENTO

La presente Tesis es un esfuerzo cuando sentía desmayar ahí siempre estuvo la ayuda primordial del sentido de la vida mi padre celestial jehová que medio la madre del cual me siento orgullosa que con su apoyo incondicional siempre estuvo y ha estado en las etapas de mi vida dándome ese empuje para llegar a cumplir mis metas

A mi hermana que aunque la distancia nos separa ese amor fraternal siempre ha estado presente y a mi hermano q aun adolescente sabe q lo primordial es el estudio y siempre dando su apoyo emocional para seguir adelante gracias a cada uno de ellos logre el objetivo de culminar mi tesis.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: Frecuencia de Placenta Previa		
AUTOR/ ES: Candy Martha Castro Calero	REVISORES: Kerly Zambrano	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: de Ciencias Medicas	
CARRERA: Obstetricia		
FECHA DE PUBLICACION:	Nª DE PÁGS:	
ÁREAS TEMÁTICAS		
PALABRAS CLAVES: Embarazo ,factores, frecuencia, placenta, previa,		
RESUMEN: <p>La placenta previa es una complicación del embarazo proceso caracterizado por la inserción de la placenta en el segmento inferior puede ser de manera total o parcial ocurre en el segundo y tercer trimestre de gestación</p> <p>La OMS opina que la placenta previa es una complicación del embarazo que pone en riesgo la vida y un importante problema de salud pública en todo el mundo. Su impacto en los lugares de escasos recursos es muy superior a su impacto en los países desarrollados. En los lugares de escasos recursos a menudo no hay un conocimiento pleno de las señales de alerta de la placenta previa, Se elaboró este estudio en la ciudad de Guayaquil en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el área de parto. el objetivo del trabajo es la frecuencia de placenta previa en mujeres embarazada de 20 a 24 años de edad . El material y método en que se dio esta investigación es de manera descriptivo, retrospectivo y no experimental. Obteniendo datos de las historia clínicas de las pacientes ingresadas en el área de parto. Se tuvo como universo 50 pacientes desde noviembre del 2013 hasta mayo del 2014.</p>		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0991626303	E-mail: <u>Kndy 85 28@hotmail.com</u>
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre:	
Teléfono:		
E-mail:		

RESUMEN

La placenta previa es una complicación del embarazo proceso caracterizado por la inserción de la placenta en el segmento inferior puede ser de manera total o parcial ocurre en el segundo y tercer trimestre de gestación. La OMS opina que la placenta previa es una complicación del embarazo que pone en riesgo la vida y un importante problema de salud pública en todo el mundo, Su impacto en los lugares de escasos recursos es muy superior a su impacto en los países desarrollados. En los lugares de escasos recursos a menudo no hay un conocimiento pleno de las señales de alerta de la placenta previa, Sin embargo para el año 2011 en el Hospital Nuestra Señora del Carmen de Machiques, Edo. Zulia, Venezuela se ha registrado una tasa de 1/104 partos Esta incidencia varía dependiendo del método de diagnóstico, La placenta previa ocurre más frecuentemente en multíparas, tanto más cuanto mayor sea el número de gestaciones de una misma paciente. Se elaboró este estudio en la ciudad de Guayaquil en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el área de alto riesgo obstétrico. El objetivo del trabajo es la frecuencia de placenta previa en mujeres embarazada de 20 a 24 años de edad. El material y método en que se dio esta investigación es de manera descriptivo, retrospectivo y no experimental. Obteniendo datos de las historia clínicas de las pacientes ingresadas en el área de parto. Se tuvo como universo 50 pacientes desde noviembre del 2013 hasta mayo del 2014.

Palabra Clave Embarazo, factores, frecuencia, placenta, previa

ABSTRACT

The previous placenta is a complication of the pregnancy process characterized by the insertion of the placenta in the low segment can be in a total or partial way happens in the second and third quarter of gestation. The WHO thinks that the previous placenta is a complication of the pregnancy (embarrassment) that puts in risk the life and an important problem of public health in the whole world. His impact in the places of scanty resources is very superior to his impact in the developed countries. In the places of scanty resources often there is no a full knowledge of the signs of alert of the previous placenta. Nevertheless for the year 2011 in the Hospital Our Lady of Carmen de Machiques, Edo. Zulia, Venezuela has registered a rate of 1/104 childbirths This incident changes depending on the method of diagnosis, The previous placenta happens more frequently in multíparas, so much more major all that is the number of gestations of the same patient. Enrique C elaborated this study in the city of Guayaquil in the Gineco-obstetric Hospital. Sotomayor in the area of parto. The aim of the work is the frequency of previous placenta in women pregnant woman from 20 to 24 years of age. The material and method in which one gave this investigation is of way descriptively, retrosprospectivo and not experimentally. Obtaining information of it tells the history of clinics of the patients joined the area of parto. 50 patients were had as universe from November, 2013 until May, 2014.

Key word Embarrass, factors, frequency, placenta, previous

INDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN.....	1_2
1.2 Formulación de objetivos	3
1.2.1 Objetivos General.....	3
1.3 Hipótesis	3
1.4 Variables	3
1.4.1 Variable dependiente	3
1.4.2 Variable Independiente.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 Concepto.....	4
2.2 Epidemiología.....	4_5
2.3 Clasificación de la placenta previa.....	6
2.3.1 Placenta Previa Total.....	6
2.3.2 Placenta Previa Parcial.....	6
2.3.3 Placenta Previa Marginal.....	6
2.3.4 Placenta Previa Inserción Baja.....	6
2.4 La Nueva Clasificación de la localización Placentaria.....	7
2.4.1 Placenta situada normal	7
2.4.2 Placenta Baja.....	7
2.4.3 Placenta Previa.....	7
2.5 Factores de Riesgo.....	7_8
2.6 Diagnóstico de la placenta previa.....	8

2.7 Actuación de la placenta previa sobre el embarazo.....	9
2.8 Manejo de la placenta previa.....	9
2.9 Parto Vaginal Contraindicado.....	10
2.9.1 Morbilidad Fetal.....	10
2.9.2 Morbilidad Fetal.....	11
2.9.3 Posibilidad de Tratamiento Ambulatorio.....	11
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	12
3.1. Materiales.....	12
3.1.1 Localización.....	12
3.1.2 Características de la zona de trabajo.....	12
3.1.3 Período de investigación.....	12
3.1.4 Recursos a emplear.....	12
3.1.4.1 Humano.....	12
3.1.4.2 Físicos.....	12
3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA.....	13
3.1.5.1 Universo.....	13
3.1.5.2 Muestra.....	13
3.2 Método.....	13
3.2.1 Tipo de investigación.....	13
3.2.2 Diseño de la Investigación.....	13
3.2.3 Procedimiento de la investigación.....	13
3.2.4 Criterios de inclusión/ exclusión.....	13

3.2.4.1 Criterios de inclusión.....	13
3.2.4.2 Criterios de exclusión.....	14
3.2.5 Análisis de la Información.....	14
3.2.6 Aspectos éticos y legales.....	14
3.2.7 Presupuesto.....	14
4. RESULTADO Y DISCUSIÓN.....	15_22
5. CONCLUSIONES.....	23
5. RECOMENDACIONES.....	24
6. BIBLIOGRAFÍA.....	25
7. ANEXOS.....	26_27

1. INTRODUCCIÓN

La placenta previa es una complicación del embarazo proceso caracterizado por la inserción de la placenta en el segmento inferior puede ser de manera total o parcial ocurre en el segundo y tercer trimestre de gestación (Fuente, 2011)

La OMS opina que la placenta previa es una complicación del embarazo que pone en riesgo la vida y un importante problema de salud pública en todo el mundo, Su impacto en los lugares de escasos recursos es muy superior a su impacto en los países desarrollados. (NB, 2014)

En los lugares de escasos recursos a menudo no hay un conocimiento pleno de las señales de alerta de la placenta previa, lo que puede derivar en demoras para solicitar atención médica. Además, el sistema inadecuado de transporte y la necesidad de viajar largas distancias para llegar a una unidad de salud (que podría tener sólo recursos limitados para resolver el problema) aumentan el riesgo de hemorragia, que es la causa principal de muerte materna en África y Asia (NB, 2014)

La placenta previa es la principal causa de hemorragia materna en el tercer trimestre, y de 33% de las hemorragias preparto, sucede en casi 5 por 1000 partos y lleva a la muerte en 0.03% de los ocurridos en Estados Unidos, En México se presenta en 1 de cada 200 a 250 partos. dos causas importantes de muerte materna en mujeres con placenta previa son, hemorragia grave y complicaciones de la coagulación intravascular diseminada (DIC), La mortalidad fetal es de 4 a 8%. Ya que casi todos esos partos aparecen antes de las 36 semanas de gestación, la inmadurez fetal es un problema importante. (Pedro, 2009)

Sin embargo para el año 2011 en el Hospital Nuestra Señora del Carmen de Machiques, Edo. Zulia, Venezuela se ha registrado una tasa de 1/104 partos Esta incidencia varía dependiendo del método de diagnóstico, La placenta previa ocurre más frecuentemente en multíparas, tanto más cuanto mayor sea el número de gestaciones de una misma paciente (Medicina placenta, 2012)

El propósito de este trabajo se proyecta en determinar la frecuencia de placenta previa en gestantes de 20-24 años de edad en el hospital Enrique cc Sotomayor del mes de noviembre 2013 a mayo 2014 para obtener datos de la causas más frecuente de la misma y que nos servirá a futuro para evitar complicaciones de placenta previa dado por los factores de riesgos asociados.

1.2 FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Investigar la causa principal en las gestantes de 20_ 24 años de edad que presentan placenta previa en el Hospital Gineco_Obstétrico Enrique cc Sotomayor en el período de Noviembre a Mayo del 2014 Mediante historia clínica para determinar posibles soluciones.

1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

1.- Identificar Datos de afiliación y Antecedentes Gineco Obstétrico en la gestante que presenta placenta previa en la Hospital Gineco_Obstétrico Enrique cc Sotomayor en el área de alto riesgo.

2.- Especificar si se realizaron control prenatal en las gestantes de 20 -24 años con placenta previa.

3.- Determinar el tipo de placenta previa que predomina en las gestante entre 20-24 años.

4.- Analizar los factores de riesgo materno_ fetales que se presentan en las gestantes con placenta previa.

1.3 HIPÓTESIS

Si se diagnóstica a tiempo la presencia de placenta previa disminuirá los riesgos maternos fetales que se presentan.

1.4. VARIABLES

1.4.1VARIABLES DEPENDIENTES

Placenta previa en mujeres gestante de 20 a 24 años

1.4.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Paridad
- Factores de riesgo materno y perinatales

2. MARCO TEÓRICO

La placenta previa es una complicación que se presenta en la segunda mitad del embarazo la placenta se implanta de modo total o parcial del útero en la porción inferior, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino, la placenta previa ocurre más frecuentemente en multíparas, tanto más cuanto mayor sea el número de gestaciones de una misma paciente, la incidencia de la placenta previa aumenta con la edad materna, y se presume que la raza , ocupación son otros factores que influyen.

(Miguel Ruoti, 2012, pág. 211), (día, 2009)

2.2 LA EPIDEMIOLOGIA

La placenta previa es una condición obstétrica frecuente durante el embarazo sin embargo su prevalencia exacta es difícil de determinar por cuanto varían según las estadísticas aunque cuando se reúnen estadísticas con casos muy numerosos la frecuencia varia y se puede aceptar que se presenta una placenta previa cada 200 o 300 partos , con una frecuencia del 0.3-0.5 % (Fuente, 2011).

La posibilidad de parto vaginal está limitada para aquellas pacientes con inserción baja de placenta , cuyo borde es de 3 a 5 cm del orificio cervical .

En los otros tipos de placenta previa Total, parcial, marginal hay que hacerles cesárea ya que la placenta se convierte en un obstáculo para el nacimiento por vía vaginal, pero hay que tener presente la posibilidad de acretismo placentario y de histerectomía (Miguel Ruoti, 2012).

La posibilidad de muerte materna asociada a placenta previa a disminuido drásticamente gracias a la cesárea , histerectomía y reponiendo sangre ,la cesárea es la vía obligatoria para estos tipos de complicaciones en placenta previas la posibilidad de histerectomía durante la cesárea o post cesárea aumenta un 25% en caso de cesárea anterior con placenta previa comparado con solo 6% en aquellos casos donde la cesárea por placenta previa es la primera (Miguel Ruoti, 2012).

La placenta previa es una de las principales causas de hemorragia antes del parto y suele impedir la salida del feto a través del canal del parto por oclusión a este nivel una causa específica no se ha encontrado aún para la placenta previa, pero la principal hipótesis está relacionada con una vascularización anormal del endometrio, por razón de una cicatrización o atrofia causada por traumatismos previos, cirugía o infección. (día, 2009)

Esta complicación puede deberse a factores que, incluye una asociación con múltiparidad, embarazos múltiples, edad materna avanzada, antecedentes de cesáreas o abortos y, probablemente, el hábito tabáquico. Si la placenta se inserta en el segmento más bajo del útero, es posible que una porción de la placenta se desgarre causando sangrado, abundante la incidencia de la placenta previa oscila entre 0,25 y 0,7% datos revelados en cesáreas anterior, lo cual aumenta la incidencia de acretismo placentario (Fuente, 2011, pág. 324)

La inserción placentaria se ve interrumpida a medida que la porción inferior del útero se adelgaza en preparación para el inicio del trabajo de parto, el sangrado a nivel del sitio de implantación placentaria se incrementa y las posteriores contracciones uterinas no son suficientes para detener el sangrado por no comprimir los vasos rotos La liberación de trombina desde el sitio del sangrado promueve mayores contracciones uterinas, haciendo que se instale un ciclo vicioso de contracciones y sangrado seguido de desprendimiento placentario, más contracciones y más sangrado. (día, 2009).

El cuadro sindrómico es que la aparición de la primera hemorragia se produzca hacia las 28-30 semanas como también puede aparecer antes o después, las hemorragias suelen ser espontáneas, no se acompañan de dolor y su sangrado es roja rutilante y se presenta de forma intermitente, con intervalos muy variables, pero con tendencia hacerse progresiva más frecuente y más graves (Miguel Ruoti, 2012).

La primera hemorragia aparece de forma inesperada y preferentemente en la noche y suele cesar espontáneamente en poco tiempo, en menos de media hora, la segunda hemorragia es más peligrosa, aparece después de un lapso muy variable de tiempo, las hemorragias casi siempre se van haciendo de manera progresiva mayores y más frecuentes su intensidad puede ser muy variable (Miguel Ruoti, 2012).

2.3 CLASIFICACIÓN DE LA PLACENTA PREVIA

2.3.1 PLACENTA PREVIA TOTAL

La placenta se ubica ocluyendo íntegramente el orificio cervical, se vincula con elevadas posibilidades de sangrados y complicaciones maternas y fetales, representan cerca del 30% de las placentas previas (Miguel Ruoti, 2012, pág. 211)

2.3.2 PLACENTA PREVIA PARCIAL

La placenta se ubica revistiendo parcialmente el orificio cervical y su incidencia es cerca del 44% de todas las placentas previas (Miguel Ruoti, 2012)

2.3.3 PLACENTA PREVIA MARGINAL

La placenta no llega a revestir la salida del orificio cervical aunque este sobre el borde del mismo, cuando inicie su dilatación el orificio cervical, la placenta se expondrá y mínimo se convertirá en una placenta previa oclusiva parcial.

(Miguel Ruoti, 2012, pág. 211)

El origen de la hemorragia es el estiramiento y alargamiento del segmento inferior, que acontece en los últimos meses del embarazo, y que no es acompañado por el borde placentario, que se despeja

(www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-23.pdf, 2009)

2.3.4 PLACENTA PREVIA DE INSERCIÓN BAJA

Está implantada en el segmento inferior uterino y se encuentra a menos de 5 cm de orificio cervical interno este tipo de placenta puede convertirse en otro tipo de placenta a medida que el orificio va avanzando estos 5 cm se miden usando como referencia el centro del orificio cervical y se mide en cualquier dirección , comienza un labor pretérmino, no presenta sangrado y se da el encajamiento fetal con adecuado labor de parto (Miguel Ruoti, 2012), (día, 2009)

Esta clasificación, basada originalmente en la palpación digital a través del cérvix, es de difícil uso en la práctica clínica. Actualmente el diagnóstico de placenta previa se hace en mujeres asintomáticas a quienes en una ecografía de rutina se les encuentra una inserción baja de la placenta, de tal forma que el examen digital está proscrito (Jairo Amaya Guío, Alexandry y Gaitán, 2010)

2.4 LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LOCALIZACIÓN PLACENTARIA BASADA EN LA ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL

2.4.1 PLACENTA SITUADA NORMALMENTE

La placenta se encuentra insertada a una distancia de 3,5 cm del orificio cervical interno en un embarazo a término (Jairo Amaya Guío, Alexandry y Gaitán, 2010)

2.4.2 PLACENTA BAJA

La placenta se halla de 2 a 3,5 cm del orificio cervical interno, en una gestación a término. (Jairo Amaya Guío, Alexandry y Gaitán, 2010)

2.4.3 PLACENTA PREVIA

La placenta está a menos de 2 cm del orificio cervical interno, en una gestación a término. La placenta puede sobrepasar el orificio cervical interno. (Jairo Amaya Guío, Alexandry y Gaitán, 2010)

2.5 FACTORES DE RIESGO

Los factores asociados con el desarrollo de placenta previa se caracteriza por la presencia de sangrado indoloro, rojo rutilante, episódico, en ausencia de actividad uterina y dolor, el sangrado vaginal en los primeros episodios suele ser autolimitado, con eventos de sangrados posteriores de mayor intensidad. (Jairo Amaya Guío, Alexandry y Gaitán, 2010)

La cantidad de sangrado depende del tipo de placenta previa. Sin embargo, el sangrado anteparto puede estar ausente hasta en el 35 al 40% de los casos en esta entidad no se presenta hemorragia oculta.

Clásicamente la placenta previa se presenta con sangrado vaginal sin dolor, el tacto vaginal, rectal, o la especuloscopia, están contraindicados por el riesgo de desencadenar sangrado masivo. (Jairo Amaya Guío, Alexandry y Gaitán, 2010)

La ecografía transvaginal se ha establecido como el Gold estándar para determinar la localización exacta de la placenta y es segura aun cuando exista sangrado vaginal activo; (Jairo Amaya Guío, Alexandry y Gaitán, 2010)

Tiene una sensibilidad del 87,5%, especificidad del 98,8%, valor predictivo positivo de 93,3% y valor predictivo negativo del 97,6%. No se recomienda la ecografía abdominal, pues tiene una tasa de falsos positivos de 25%, existe pobre visualización de las placentas de localización posterior, la cabeza fetal interfiere en la visualización del segmento uterino inferior y la obesidad y la vejiga muy llena o desocupada pueden interferir con la precisión del diagnóstico; un 60% de las mujeres a quienes se les realiza ecografía transabdominal requieren de posterior reclasificación con ecografía transvaginal (Jairo Amaya Guío, Alexandry y Gaitán, 2010)

2.6 EL DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA

Se sospecha aun sin presentar síntomas, durante la evaluación ecográfica de rutina entre las 20 a 24 semanas de gestación a estas pacientes se les debe enviar a ecografía transvaginal para valorar la relación de la placenta con respecto al orificio cervical interno e informarlas acerca de la posibilidad de “migración placentaria. Es un término aplicado para describir el desplazamiento de la placenta, en relación con el cérvix, desde una implantación baja o previa a una posición superior del útero, documentada por ecografía. (Jairo Amaya Guío, Alexandry y Gaitán, 2010)

Se ha encontrado que la migración placentaria no es realmente que la placenta se mueva, sino un proceso que podría involucrar degeneración periférica secundaria a disminución en la vascularización, con crecimiento preferencial hacia las áreas óptimamente perfundidas o un crecimiento más rápido del segmento uterino inferior en relación con el resto del cuerpo uterino Aproximadamente el 25% de las placentas son bajas a las 20 semanas de gestación, y sólo un 3% lo son al término (Jairo Amaya Guío, Alexandry y Gaitán, 2010)

La migración placentaria es menos frecuente cuando la placenta es posterior o existe cesárea previa en estudios retrospectivos se ha documentado que el 58% de las placentas previas completas y el 92,5% de las placentas previas marginales, migran; y que la persistencia de placenta previa en pacientes sin antecedentes de cesárea es del 11%, y del 50% cuando tiene antecedentes de cesárea (Jairo Amaya Guío, Alexandry y Gaitán, 2010)

En pacientes asintomáticas con placentas previas grados I y II se debe realizar ecografía transvaginal a las 36 semanas para confirmar el diagnóstico, y en casos de placenta previa grados III y IV, a las 32 semanas. Las placentas que son diagnosticadas en el 3er trimestre permanecen en su posición hasta en el 90% de los casos (Jairo Amaya Guío, Alexandry y Gaitán, 2010)

2.7 ACTUACIÓN DE LA PLACENTA PREVIA SOBRE EL EMBARAZO

Son frecuentes las presentaciones viciosas al impedir, la placenta baja, el encajamiento cefálico, y consecuencias del mismo se producen en muchos partos prematuros

2.8 MANEJO DE LA PLACENTA PREVIA

Ante el diagnóstico ecográfico de una PP oclusiva, marginal o de inserción baja a <10mm, programar el control ecográfico de 3er trimestre alrededor de las 32 semanas para confirmar el diagnóstico y ajustar las recomendaciones (reposo relativo, evitar relaciones sexuales, prevención de anemia materna, informar de la posible aparición de sangrado). Es por tanto recomendable que en dichos casos se haga constar la localización de la placenta en el informe ecográfico. El control específico de 3er trimestre no será necesario en placentas de inserción baja entre 10-20mm por la alta probabilidad de migración más del 90%

(www.medicinafetalbarcelona.org/.../placenta%20previa%20y%20otras%..., 2009)

Si la placenta previa es sintomática y se encuentra en tratamiento expectante se finalizará la gestación de forma selectiva en la semana 37.

Si es asintomática: cesárea en la semana 37-38 riesgo morbilidad respiratoria según edad gestacional

(www.medicinafetalbarcelona.org/.../placenta%20previa%20y%20otras%..., 2009)

2.9 EL PARTO VAGINAL SE ENCUENTRA CONTRAINDICADO

En la placenta previa oclusiva y en algunos casos de placenta marginal posterior porque obstaculiza el descenso de la presentación. En placentas bajas se puede permitir el parto vaginal, siempre disponiendo de medios en caso de necesidad para hacer una cesárea de emergencia, ya que la presentación puede hacer hemostasia sobre la placenta sangrante, la amniorrhexis facilita el descenso de la presentación. En algunos estudios se ha establecido el límite de 2 cm de proximidad de la placenta al orificio cervical interno, a partir de cuando la mayoría de las pacientes requerirán una cesárea, dependiendo también del grosor del borde placentario

(tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/6376/Capitulo2.pdf, 2009)

El riesgo perinatal está aumentado significativamente y es dependiente de la prematuridad, la cual globalmente alcanza un 30%. La patología asfíctica del recién nacido, determinada por la hipotensión materna, la hipovolemia feto-neonatal y el traumatismo obstétrico, derivado de las maniobras de extracción contribuyen al riesgo perinatal.

2.9.1 MORBIMORTALIDAD FETAL

Viene dada por la prematuridad al finalizar la gestación en 34 semanas.
(tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/6376/Capitulo2.pdf, 2009)

2.9.2 MORBIMORTALIDAD MATERNA

Viene debida al sangrado materno postparto por la inadecuada contracción del segmento uterino inferior en el lecho placentario, además el riesgo de placenta ácreta asciende al 15% en placentas previas. Evitar los tactos vaginales

Mantener el hematocrito materno >30% y la hemoglobina >10 g/l

(tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/6376/Capitulo2.pdf, 2009)

2.9.3 POSIBILIDAD DE TRATAMIENTO AMBULATORIO

En caso de placenta previa sintomática en tercer trimestre lo más adecuado parece un control hospitalario y se reservará el tratamiento ambulatorio para casos seleccionados, tras 48-72 horas en ausencia de sangrado se puede hacer el control de forma ambulatoria, la paciente debe estar informada de los de los beneficios y los riesgos del tratamiento ambulatorio en sus condiciones y deberá acudir al hospital en caso de reiniciarse el sangrado. (tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/6376/Capitulo2.pdf, 2009)

3.- MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MATERIALES

3.1.1 LOCALIZACIÓN

El estudio se realizó en el área de Alto riesgo en el hospital Gineco_Obstetrico "Enrique cc.Sotomayor " ubicada en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, parroquia Bolívar, en las calles 10 SE (Pedro pablo Gómez) y Av. 2 SE (6 de marzo)

3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El Cantón Guayaquil pertenece políticamente a la provincia del Guayas, geográficamente situado al sur de la misma en la zona correspondiente al trópico húmedo, con lluvias distribuidas durante 7 meses y una temperatura de promedio de 30 grados centígrados, la población actual es de 2'350.915 habitantes dedicados principalmente a las actividades agrícolas y comerciantes.

3.1.3 PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN

Noviembre del 2013 a Mayo DEL 2014

3.1.4 RECURSOS EMPLEAR

3.1.4.1 RECURSOS HUMANOS:

- ✓ Autora
- ✓ Tutora
- ✓ Médicos
- ✓ Pacientes

3.1.4.2 RECURSOS FÍSICOS:

Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor

Instrumento de recolección de datos

3.1.4.3 RECURSOS MATERIALES:

- Laptop
- Impresora
- Papel

3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.5 .1. UNIVERSO

El universo está conformado por todas las pacientes embarazada con placenta previa atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, durante el período comprendido en el mes de Noviembre _ Mayo del 2014

3.1.5.2. MUESTRA

La muestra está conformada por todas las pacientes con diagnóstico de placenta previa de 20 a 24 años de edad en el Área de Alto riesgo Obstétrico del hospital Enrique cc Sotomayor.

3.2 MÉTODO

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se obtuvo en forma estadísticas por ser un trabajo retrospectivo.

3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El siguiente estudio se basa en un diseño no experimental.

3.2.3 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Se solicitó autorización al Departamento de Administración del Hospital Gineco_ Obstétrico Enrique cc Sotomayor, mediante una solicitud dirigida al Dr Luis Hidalgo; Director del hospital antes mencionado, para realizar la investigación poder tener acceso al servicio de estadísticas y así poder recopilar los datos.

3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las pacientes mayores de 20 años y menores de 24 años.

Todas las pacientes atendidas durante los meses de estudios.

Todas pacientes con información completa.

Todas las pacientes multíparas con placenta previa y sus complicaciones

3.2.4. CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Paciente menor a 24 años y mayores de 20 años

Paciente atendida fuera del periodo de estudios.

Pacientes con enfermedades persistentes.

3.2.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Esta información será tabulada en cuadros y gráficos para cada una de las variables en estudio, utilizando la combinación de datos para realizar el análisis e interpretación.

3.2.6 ASPECTO ÉTICO LEGALES

Para la realización de esta investigación tuve la autorización del director del hospital Enrique cc Sotomayor Luis Hidalgo Hidalgo respetando las normas y procedimientos del hospital donde se realizó el estudio en el período de Noviembre a Mayo del 2014

Art. 43 Carta Magna El estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductivas, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Art. 47 de la Constitución Política de la Republica “En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescente, las mujeres embarazadas

3.2.7 PRESUPUESTO

Autofinanciado

4. RESULTADO Y DISCUSIÓN

4.1 CUADRO # 1 GRUPO DE EDADES DE LAS PACIENTES

Edad	N: casos	Porcentaje
20	5	10%
21	8	16%
22	9	18%
23	10	19%
24	19	37%
TOTAL	50	100%

Fuentes: datos proporcionado en el área de estadística

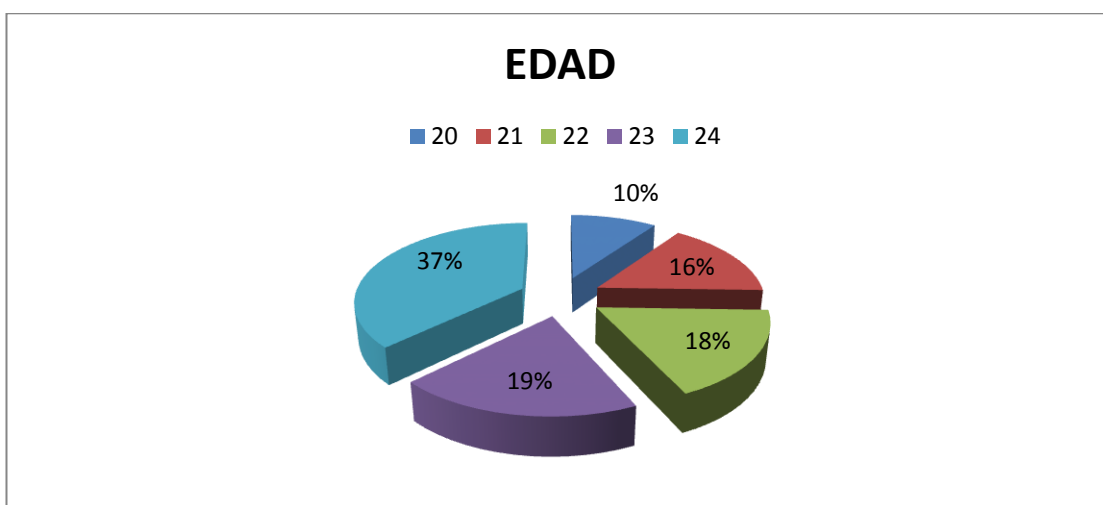


Gráfico N: 1 Edad

Análisis y Discusión:

En el siguiente gráfico muestra que el 10% de las mujeres tienen 20 años de edad; el 16% son de 21 años de edad; el 18% de las mujeres son de 22 años de edad; el 19% es de 23 años de edad; mientras que el 37% de las mujeres son de 24 años de edad.

4.2 CUADRO #2 PARIDAD DE LAS PACIENTES

Paridad	N: casos	Porcentaje
Primigesta	0	0%
Secundigesta	15	30%
Múltipara	35	70%
Total	50	100%

Fuentes: datos proporcionado en el área de estadística

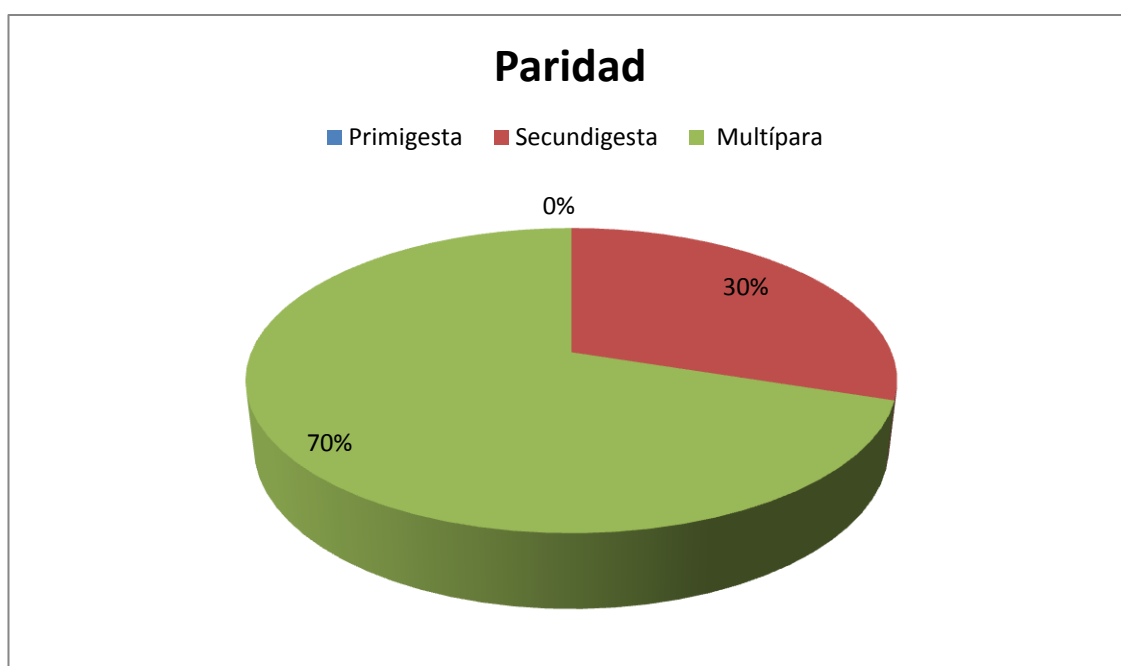


Gráfico n: 2 Paridad

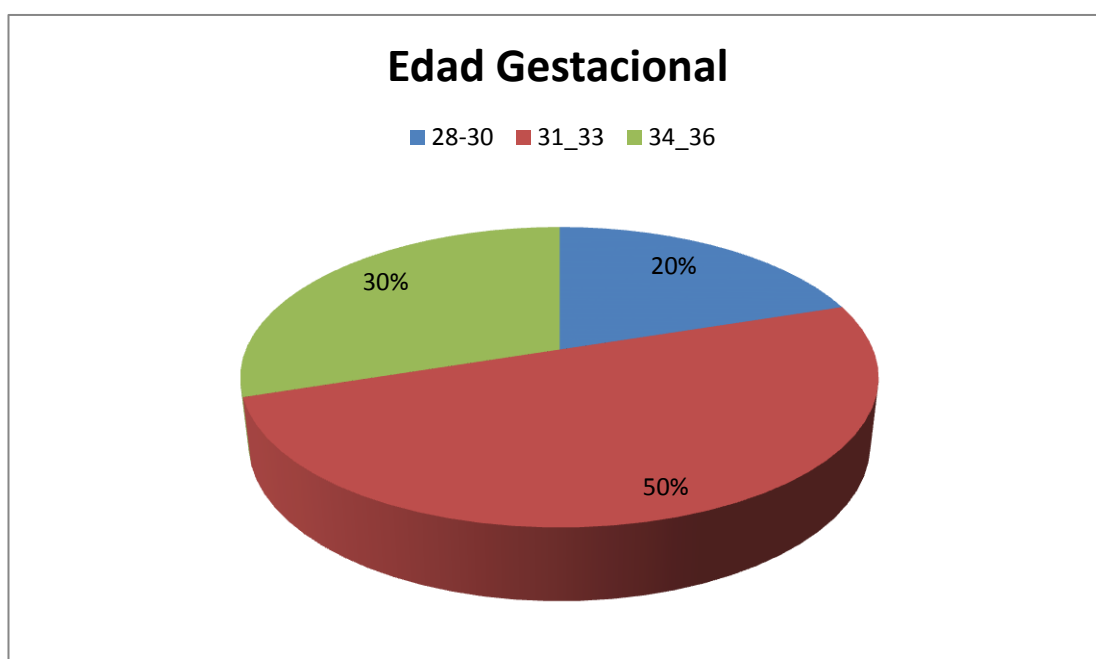
Análisis y Discusión:

En el gráfico demuestra que no hubieron primigesta que presentaran placenta previa; que el 30% presentaron placenta previa fueron secundigesta; que el 70% presentaron placenta previa fueron múltiparas.

Esto demuestra que la causa principal de presentar placenta previa fue la paridad que tuvo mayor significación.

4.3 CUADRO # 3 EDAD GESTACIONAL

Edad Gestacional	N: casos	Porcentaje
28-30	10	20%
31_33	25	50%
34_36	15	30%
Total	50	100%



Fuentes: datos proporcionado en el área de estadística

Gráfico N: 3 Edad Gestacional

Análisis y Discusión:

En el gráfico demuestra que el grupo de 28_ 30 semanas tuvo el 20%; el grupo de 31_33 semanas tuvo el 50% ; el grupo de 34_36 semanas tuvo el 30%. se demuestra que hubo una alta incidencia de prematuros en las gestantes con placenta previa.

4.4 CUADRO # 4 SANGRADO VAGINAL

Sangrado Vaginal	N: casos	Porcentaje
Si	48	96%
No	2	4%
Total	50	100%

Fuentes: datos proporcionado en el área de estadística

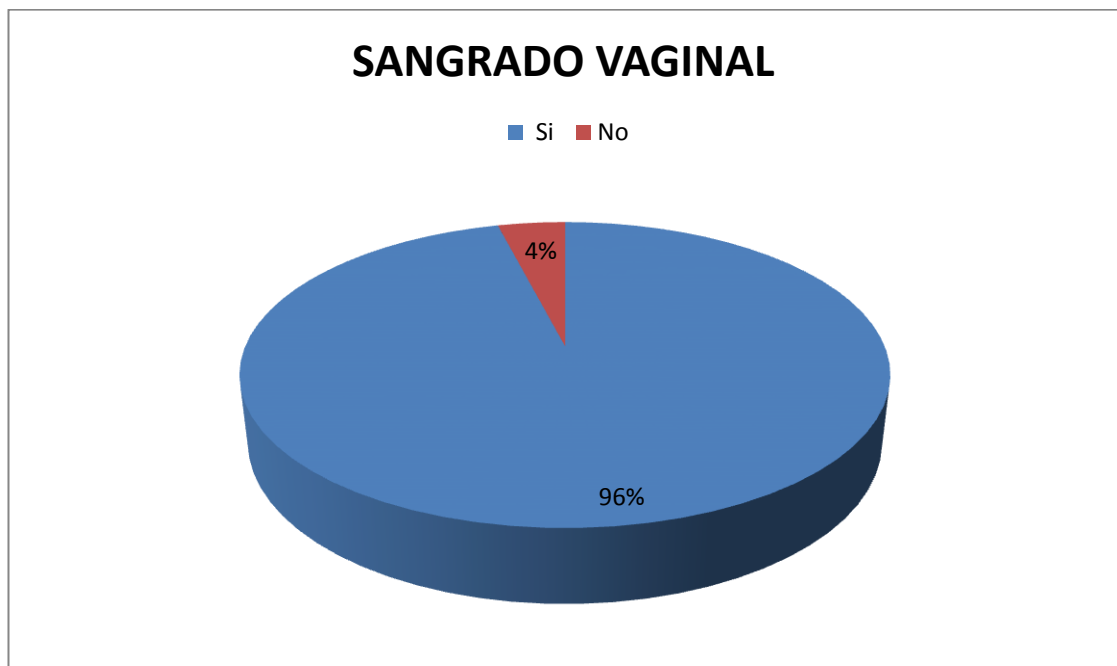


Gráfico N: 4 Sangrado vaginal

Análisis y Discusión:

En el gráfico demuestra que el 4% de las pacientes no mostraron sangrado vaginal; el 96% de las pacientes si tuvieron sangrado vaginal.

4.2.1 CUADRO # 5 CONTROL PRENATAL

Control Prenatal	N: casos	Porcentaje
Si	20	40%
No	30	60%
Total	50	100%

Fuentes: datos proporcionado en el área de estadística

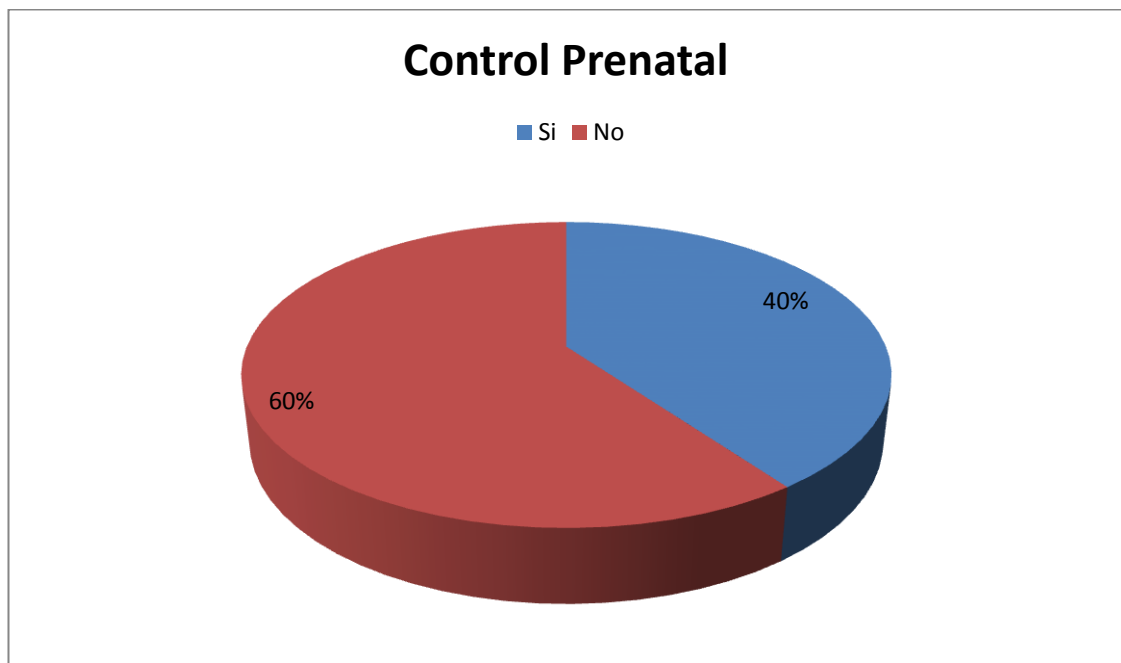


Gráfico N: 5 Control Prenatal

Análisis y Discusión:

Se demuestra que el 40% de las gestantes si tuvieron control prenatal; que el 60% de las gestantes no tuvieron control prenatal mostrando así la alta incidencia de placenta previa

4.3.1 CUADRO # 6 TIPOS DE PLACENTA PREVIA

TIPOS DE PLACENTA PREVIA	N: casos	Porcentaje
Placenta previa total	10	20%
Placenta previa marginal	10	20%
Placenta previa parcial	16	32%
Placenta previa de inserción baja	14	28%
Total	50	100%

Fuentes: datos proporcionado en el área de estadística

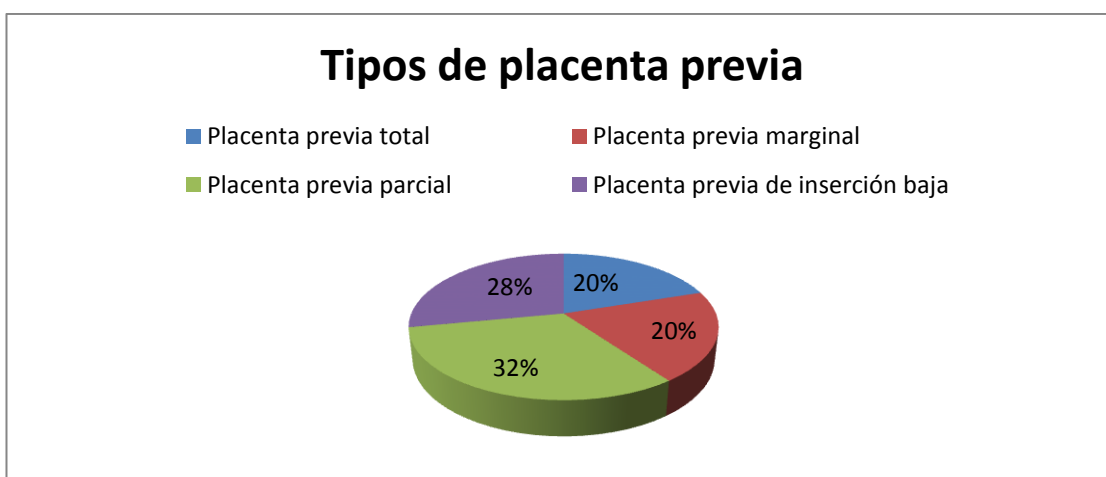


Gráfico N: 6 Tipos de Placenta

Análisis y Discusión:

En el gráfico demuestra que el 20% pertenece a la placenta previa total; que el 20% pertenece a la placenta previa marginal; el 28% pertenece a la placenta previa de inserción baja; el 32% pertenece a la placenta previa parcial.

4.4.1 CUADRO # 7 COMPLICACIONES MATERNA

Complicaciones Maternas	N: casos	Porcentaje
Histerectomía si	30	60%
Histerectomía no	20	40%
Total	50	100%

Fuentes: datos proporcionado en el área de estadística



Gráfico N: 7 Complicaciones Maternas

Análisis y Discusión:

En el gráfico demuestra que el 40% de las pacientes no se le realizó histerectomía; el 60% se les realizó histerectomías. Se demuestra que las pacientes con placenta previa presentan un mayor riesgo que se le realice histerectomías.

4.4.2 CUADRO # 8 COMPLICACIONES FETALES

Complicaciones Fetales	N: casos	Porcentaje
Prematuro	40	80%
Retardo de crecimiento intrauterino	10	20%
Malformaciones	0	0%
Total	50	100%

Fuentes: datos proporcionado en el área de estadística

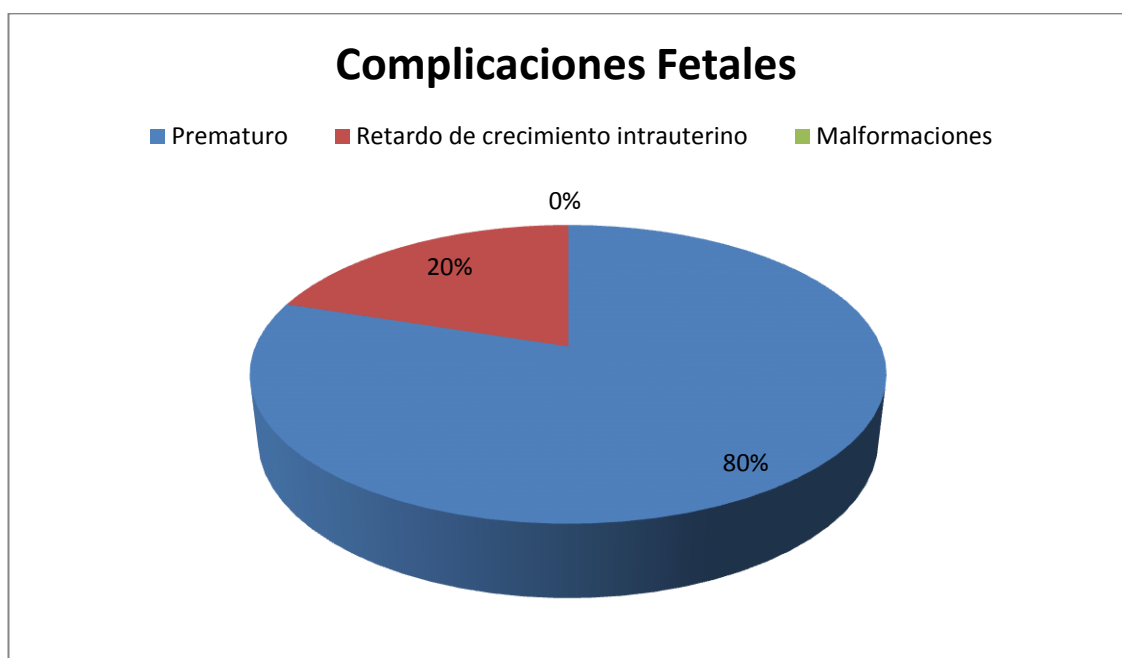


Gráfico N: 8 Complicaciones Fetales

Análisis y Discusión:

En el gráfico demuestra que no hubo malformaciones fetales; el 20% tuvo retardo de crecimiento uterino; el 80% fueron prematuros.

5.- CONCLUSIONES

Basándome a los resultados adquiridos se concluye:

- 1.- Se Identificó que la múltiparidad es uno de los factores de riesgo que con lleva a la gestante presentar placenta previa.
- 2.- Se determinó un 60% en las gestantes con placenta previa no tuvieron control prenatal .
- 3.- Se obtuvo que la placenta previa más predominante fue la placenta previa parcial obteniéndose un mayor porcentaje del 32%.
- 4.- Se obtiene mayor porcentaje el 60% de histerectomía en mujeres que presentaron placenta previa en el área de alto riesgo por ser unas de las principales complicaciones de hemorragia.

5.-RECOMENDACIONES

- 1.-Que se Eduque a las pacientes a través de charlas sobre la planificación familiar.
- 2.- Que se realice en las comunidades charlas a las gestantes sobre la importancia de realizarse el control prenatal para evitar riesgo en el embarazo.
- 3.- Promover y Fomentar que los obstetras realicen visitas domiciliarias a las gestantes para el seguimiento y tratamiento correspondiente del tipo de placenta previa.
- 4.-Detectar y Tratar oportunamente a las gestantes que cursan con placenta previa para prevenir complicaciones maternas_ fetales de mayor riesgo.

Se aconseja realizar un estudio con un análisis de casos y controles en un periodo de tiempo más amplio.

6.- BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA DE TEXTO ACADEMICOS:

- 1) USANDIZAGA DE LA FUENTE OBSTETRICIA 2011
- 2) OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA 4 EDICION ALTO RIESGO OBSTETRICO
- 2) **NORMA Y PROTOCOLO MATERNO:** realizado por el ministerio de salud pública del Ecuador año 2010

3) BIBLIOGRAFIA EN INTERNET

(Dra Maria de los angeles, 2009)

(Fuente, 2011)

(Jairo Amaya Guío, Alexandry y Gaitán, 2010)

(Miguel Ruoti, 2012)

(NB, 2014)

(Pedro, 2009)

(día, 2009)

(salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/salud.../hemorragia_obstetrica.pdf, 2010)

(tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/6376/Capitulo2.pdf, 2009)

(www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-23.pdf, 2009)

(www.medicinafetalbarcelona.org/.../placenta%20previa%20y%20otras%..., 2009)

Factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa

scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561...

De Y Rivero Pérez - 2009 - Artículos relacionados 15/6/2009

7.- ANEXOS

FICHA PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Nº de Historia Clínica:

AFILIACIÓN

1. Edad
2. Ocupación
Estudia
Trabaja
Ama de casa

2. CONTROL PRENATAL

Si

No

3.- COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ACTUAL

Ninguna ()

Amenaza de parto inmaduro ()

Amenaza de parto pretérmino ()

IVU ()

Otras infecciones ()

4.- TIPO DE PARTO

Eutócico

Quirúrgico

5.- COMPLICACIONES MATERNAS

Histerectomías Si

No

6.- COMPLICACIONES FETALES

Ninguna ()

Prematuro ()

RCIU ()

Malformaciones

Otro