



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE
PLACENTA PREVIA EN GESTANTES
EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO DE
MILAGRO EN EL PERIODO 2015-2016.**

**TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OPTAR POR EL TITULO DE MEDICO GENERAL**

AUTOR:

ROBELO UVE MARIANA ESTHER

TUTOR:

Dr. EDISON REA

GUAYAQUIL - ECUADOR

2016 - 2017

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO DE MILAGRO EN EL PERIODO 2015-2016		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	ROBELO UVE MARIANA ESTHER		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	EDISON REA		
INSTITUCIÓN:	Universidad de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Escuela de Medicina		
GRADO OBTENIDO:	Médico (III Nivel)		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Mayo del 2017	No. DE PÁGINAS:	
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gineco - obstetricia		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	PLACENTA PREVIA		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):

Se define como placenta previa a un proceso caracterizado anatómicamente por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero que puede ser parcial o total y clínicamente, por hemorragias de intensidad variable en el tercer trimestre del embarazo.

Esta es difícil determinar ya que muchos casos pasan desapercibidos, sobre todo cuando ocurren los abortos en embarazos tempranos. Su incidencia es de 4 a 9 / 1.000 embarazos a nivel mundial.

La prevalencia varía de 1 en 100 a 1 en 850 nacidos vivos.

Con el objetivo de identificar la prevalencia y factores de riesgo de placenta previa, se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro periodo 2015 – 2016. Población 252 pacientes, muestra 50 mujeres con placenta previa. Se estudió las variables: edad, procedencia, paridad, volumen de sangrado, tipo de inserción placentaria, tipo de terminación del embarazo, patologías sobreañadidas, complicaciones post parto y otros.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:	E-mail:
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil- Facultad de Ciencias Médicas	
	Teléfono: 0422390311	
	E-mail: www.ug.edu.ec	

Guayaquil, Mayo del 2017

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido **EDISON REA** , tutor del trabajo de titulación “**FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO DE MILAGRO EN EL PERIODO 2015-2016** ” certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por la Srta. **ROBELO UVE MARIANA ESTHERCI**: con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MEDICO** , en la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina; ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

Dr. **EDISON REA**

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO
COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo ROBELO UVE MARIANA ESTHE, certificamos que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO DE MILAGRO EN EL PERIODO 2015-2016** son de nuestra absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizamos el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

ROBELO UVE MARIANA ESTHER

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
CERTIFICADO DE AUTORÍA

Este trabajo de graduación cuya autoría corresponde a la ROBELO UVE MARIANA ESTHER ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina, como requisito parcial para optar el grado de MÉDICO GENERAL.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA

**“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PLACENTA PREVIA EN
GESTANTES EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO DE MILAGRO EN
EL PERIODO 2015-2016”**

AUTORES: ROBELO UVE MARIANA ESTHER

TUTOR: FELIPE ROBERTO ROBLES ESCOBAR

Dedicatoria

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de vida y la fortaleza necesaria para alcanzar este punto de mi existencia, en el que veo materializado lo que algún día fue un anhelo.

A mi familia, pilar fundamental en mi formación personal y testigos de mis logros y vicisitudes, por su cariño, su ejemplo y su apoyo incondicional les debo gratitud eterna, sin ellos habría sido imposible lograr la culminación de este proyecto.

“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO DE MILAGRO EN EL PERIODO 2015-2016”

AUTORES: ROBELO UVE MARIANA ESTHER

TUTOR: FELIPE ROBERTO ROBLES ESCOBAR

Agradecimiento

Agradezco a Dios por haberme dado la oportunidad de culminar una carrera tan noble como es la Medicina ya que mediante la cual podré cumplir mi meta de ayudar a quienes lo necesiten.

A mis padres por todo el sacrificio que han hecho durante mi carrera para poder culminarla satisfactoriamente.

Con la misma gratitud reconocer la colaboración del Dr. EDISON REA, asesor de tesis, por los conocimientos y tiempo brindados durante la elaboración de la investigación, sin los cuales difícilmente habríamos logrado nuestro objetivo.

Al personal del Hospital Universitario, por permitirnos realizar el estudio en la institución y por la siempre gentil asistencia que se nos brindó.

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	I
CONTRAPORTADA.....	II
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA.....	III
CERTIFICADO DEL TUTOR.....	V
LICENCIA GRATUITA.....	VI
HOJA DE APROBACIÓN.....	VII
DEDICATORIA.....	IX
AGRADECIMIENTO.....	X
TABLA DE CONTENIDO.....	XI
GLOSARIO.....	XIV
ABREVIATURAS.....	XVII
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.....	XVIII
RESUMEN.....	XX
ABSTRACT.....	XXI
ABSTRACT.....	XIV
CAPITULO I	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 JUSTIFICACION.....	3
1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	4
1.4 DETERMINACION DEL PROBLEMA.....	4
1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.6 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	5
CAPITULO II.....	6
MARCO TEÓRICO.....	6

CAPITULO III	13
METODOLOGIA	13
3.1 MÉTODO.....	13
3.1.1 Tipo de investigación.....	13
3.1.2 Diseño de investigación.....	13
3.1.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	13
3.2 MATERIALES.....	13
3.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	14
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	14
Embarazo, placenta previa.....	14
3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	14
Acretismo placentario, tabaco, hipertensión arterial.....	14
3.6. VIABILIDAD.....	14
3.7. VARIABLES.....	15
3.7.1VARIABLES INDEPENDIENTES.....	15
3.7.2 VARIABLES DEPENDIENTES.....	15
3.7.3 VARIABLES INTERVINIENTES.....	15
TABLA 1.....	16
TABLA DE VARIABLES.....	16
TABLA 2.....	17
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	17
CAPÍTULO IV.....	18
RESULTADOS.....	18
4.1ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	18
4.1.1GRÁFICO N° 1.....	18
REGISTRÓ DE LA PREVALENCIA DE LAS PLACENTA PREVIA POR GRUPO ETARIO EN EL PERIODO 2015 – 2016	18

INTERPRETACION DE DATOS.	19
4.1.2. GRAFICO N° 2	20
4.1.3. GRÁFICO N° 3.....	21
REGISTRO DE LAS PREVALENCIA DE PLACENTA PREVIA DEL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO.....	21
DISCUSION.....	23
CAPÍTULO V	24
CONCLUSIONES.....	24
CAPÍTULO VI	25
RECOMENDACIONES.....	25

GLOSARIO:

ABORTO :Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o con un producto menor de 22 semanas. Puede ser espontáneo o inducido en condiciones seguras o inseguras. Ocurre en aproximadamente el 15 a 20% de los embarazos

ABORTO ESPONTÁNEO El proceso reproductivo humano aparece a simple vista como altamente ineficiente.

ABORTO INEVITABLE es aquel que sucede con aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia. El cuello uterino se encuentra dilatado y las membranas amnióticas se hallan rotas. Su manejo requiere hospitalización y, dependiendo del protocolo hospitalario, se puede iniciar la evacuación uterina. **ABORTO EN CURSO** El producto de la concepción se elimina a través de los orificios cervicales dilatados. Una vez producida la expulsión del contenido endouterino, se debe proceder a la evacuación de restos por medio de la aspiración manual endouterina o legrado uterino.

ABORTO INCOMPLETO Se caracteriza por sangrado profuso, con dilatación de ambos orificios cervicales y expulsión de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico.

ABORTO RETENIDO Corresponde al aborto caracterizado por la retención, en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto o la detención de la progresión normal del embarazo. Su manejo debe ser hospitalario y solicitar ecografía y hacer la evacuación uterina mediante aspiración manual endouterina o legrado uterino, de acuerdo a la edad gestacional.

ABORTO SÉPTICO El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anexos, que se presenta después de un aborto espontáneo, terapéutico o inducido.

ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud

CIE 10: Clasificación Internacional de las enfermedades, decima revisión.

MI: Metaplasia Intestinal

“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO DE MILAGRO EN EL PERIODO 2015-2016

AUTORES: ROBELO UVE MARIANA ESTHE

TUTOR: EDISON REA

VI

Se define como placenta previa a un proceso caracterizado anatómicamente por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero que puede ser parcial o total y clínicamente, por hemorragias de intensidad variable en el tercer trimestre del embarazo.

Esta es difícil determinar ya que muchos casos pasan desapercibidos, sobre todo cuando ocurren los abortos en embarazos tempranos. Su incidencia es de 4 a 9 / 1.000 embarazos a nivel mundial. La prevalencia varía de 1 en 100 a 1 en 850 nacidos vivos.

Con el objetivo de identificar la prevalencia y factores de riesgo de placenta previa, se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro periodo 2015 – 2016. Población 252 pacientes, muestra 50 mujeres con placenta previa. Se estudió las variables: edad, procedencia, paridad, volumen de sangrado, tipo de inserción placentaria, tipo de terminación del embarazo, patologías sobreañadidas, complicaciones post parto y otros.

PALABRA CLAVE: PLACENTA PREVIA – EMBARAZADAS

“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO DE MILAGRO EN EL PERIODO 2015-2016

AUTORES: ROBELO UVE MARIANA ESTHE

TUTOR: EDISON REA

ABSTRACT

It is defined as placenta prior to a process characterized anatomically by insertion of the placenta in the lower segment of the uterus that may be partially or totally and clinically, by bleeding of variable intensity in the third trimester of pregnancy.

This is difficult to determine since many cases go unnoticed, especially when abortions occur in early pregnancies. Its incidence is 4 to 9 / 1,000 pregnancies worldwide. The prevalence ranges from 1 in 100 to 1 in 850 live births.

In order to identify the prevalence and risk factors for placenta previa, a retrospective study was carried out at the Hospital León Becerra in the city of Milagro during the period 2015 - 2016. Population 252 patients, showing 50 women with placenta previa. The variables: age, origin, parity, bleeding volume, type of placental insertion, type of termination of pregnancy, overgravel pathologies, postpartum complications and others were studied.

KEYWORDS: PREVIOUS PLACENT - PREGNAN

INTRODUCCIÓN

Se define como placenta previa a un proceso caracterizado anatómicamente por la inserción de la placenta en el útero que puede ser parcial o total y clínicamente, por hemorragias de intensidad variable en el tercer trimestre del embarazo. La primera descripción de la placenta previa fue la de Guillermeau en 1685, el cual aconsejó a los cirujanos que, en los partos, definieran qué se presentaba primero, si el feto o la placenta. En 1730 se describió cómo la hemorragia en el parto se debía a la separación entre el orificio cervical interno y la placenta inserta en él.

Fueron Levret (1750) en Francia y Smellie (1751) en Londres, quienes establecieron el concepto de placenta previa. Desde entonces, su manejo clínico es controversial.

Durante los siglos XVIII Y XIX se practicaba la rotura de las membranas, metreuresis y la cesárea vaginal. La primera cesárea abdominal por placenta previa se realizó en 1892, extendiéndose rápidamente su uso; el tratamiento conservador hasta la viabilidad fetal fue introducido por Johnson en 1945, y el uso de los ultrasonidos para el diagnóstico de la localización de la placenta en 1966, por Gottesfeld.

De hecho, constituye una de las causas de las denominadas hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Aunque, en alrededor del 25% de los casos no produce síntoma alguno.

Hay tres tipos de placenta previa:

- **Placenta previa total:** cuando la placenta cubre completamente el cérvix.
- **Placenta previa parcial:** cuando la placenta cubre el cérvix parcialmente.
- **Placenta previa marginal:** cuando la placenta está cerca del borde del cérvix.

Es frecuente observar placenta previa antes de la semana 20 de embarazo pero, con el crecimiento del útero, la placenta se desplaza hacia arriba, alejándose del cérvix.

Sin embargo, si la placenta continúa junto a la abertura del útero, obstruyéndolo total o parcialmente, existe riesgo de sangrado intenso durante el parto, por lo que en estos casos se recomienda practicar una cesárea.

El síntoma más común de esta complicación del embarazo es el sangrado vaginal repentino e indoloro. Se suele detectar mediante una ecografía que muestra la posición de la placenta, ya que un examen vaginal puede producir una hemorragia fuerte.

No existe tratamiento para esta complicación porque no se puede modificar la posición de la placenta. Se realizarán controles periódicos con el objetivo de prolongar el embarazo lo máximo posible, para que el bebé termine de formarse correctamente. En caso de hemorragias severas puede ser necesario practicar una cesárea de urgencia.

CAPITULO I

EL PROBLEMA.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad se registran mayor incidencia en los números de casos de mujeres con placenta previa y sus graves consecuencias.

La prevalencia es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas.

El riesgo es superior en caso de cesárea previo y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas.

También hay un mayor riesgo en otros casos de cirugía uterina como miomectomía o en antecedentes de legrado o extracción manual de placenta. Otros factores de riesgo son la edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida.

En el Ecuador continúan los índices llamativos, por tal motivo es necesario investigar más a fondo esta patología y los factores de riesgo que se presentan en el Hospital Leon Becerra Camacho de la ciudad de Milagro por las graves complicaciones que produce.

1.2 JUSTIFICACION.

Las horas dedicadas a la práctica hospitalaria del Hospital León Becerra hicieron plantear a muchas interrogantes sobre los múltiples problemas que se suscitan en aquellas mujeres con placenta previa y principalmente los factores que influyen su aparición. Muchas veces la falta de conocimiento, de programas informativos y preventivos sobre esta patología materna influye de manera directa en las complicaciones maternas y neonatales.

Otro motivo de preocupación es que las madres muy jóvenes son inexpertas, que no han desarrollado la madurez física y emocional para asumir su nuevo rol materno por ende adoptan actitudes irresponsables como no valorar la importancia de los controles prenatales óptimos, o en otras situaciones también debido a su cultura, falta de preparación académica, la pobreza que las llevan a utilizar los servicios de parteras empíricas o personal médico no calificado que no detectan la enfermedad oportunamente.

Los hijos de las mujeres embarazadas con problemas de Placenta Previa tienen más probabilidad de morir durante el periodo neonatal, igual en el periodo postnatal y durante el primer año de vida; en las madres las complicaciones son tan graves que la pueden llevar a la muerte.

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los principales factores de riesgos y complicaciones de placenta previa en gestantes del Hospital León Becerra Camacho de Milagro en el periodo 2015-2016?

1.4 DETERMINACION DEL PROBLEMA.

AREA: Ginecología.

CAMPO: Gineco – Obstetricia.

TEMA DE INVESTIGACION: “FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO DE MILAGRO EN EL PERIODO 2015-2016”

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Cuál es la edad promedio en que se presentó con mayor frecuencia la placenta previa?
- ¿Cuáles son las principales causas maternas y ovulares para desarrollar placenta previa?
- ¿Cuál es la prevalencia de placenta previa en el embarazo?
- ¿Cuales los factores de riesgo asociados a placenta previa en pacientes atendidas en el hospital León Becerra de Milagro?

1.6 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL.

- Determinar los principales factores de riesgos y complicaciones de placenta previa en gestantes del Hospital León Becerra Camacho de Milagro en el periodo 2015-2016

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar la edad promedio se presentó con mayor frecuencia la placenta previa
- Determinar las principales causas maternas y ovulares para desarrollar placenta previa
- Determinar la prevalencia de placenta previa en el embarazo
- Correlacionar los factores de riesgo asociados a placenta previa en pacientes atendidas en el hospital León Becerra de Milagro

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICION

La placenta previa es una complicación del embarazo en la que la placenta se implanta de manera total o parcial en la porción inferior de útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino. Por lo general suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre, aunque puede también suceder en la última parte del primer trimestre. 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 obstrucción a este nivel. (Pérez)

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

El desprendimiento prematuro de placenta es más frecuente en multíparas y en mujeres de edad avanzada (ambos factores pueden relacionarse, no obstante hoy en día es más frecuente la mujer primigesta con edad avanzada). Es posible que existan además factores raciales, aunque también podrían relacionarse con condiciones socioeconómicas. En general, se estima que se producen síntomas expresivos en 1/500 partos, considerando el total de desprendimiento prematuro de placenta en 1/100 partos. (Joy y Deborah)

Esta es difícil determinar ya que muchos casos pasan desapercibidos, sobre todo cuando ocurren los abortos en embarazos tempranos. Su incidencia es de 4 a 9 / 1.000 embarazos a nivel mundial. La prevalencia varía de 1 en 100 a 1 en 850 nacidos vivos (Ultrasound Gestational weeks for prediction of placenta previa at delivery: evaluation of 8650 cases., 2010, págs. cap. 17 pp. 496-501)

2.3 CLASIFICACIÓN

La palpación del borde placentario no debe hacerse, ya que aún echa con precaución por un explorador experimentado, puede aumentar la hemorragia y generar un shock. Actualmente el diagnóstico de la mayoría de las PP es realizado mediante ultrasonografía rutinaria del segundo trimestre, por vía transvaginal. Debido a que la placenta previa está implantada de forma inusual en la parte inferior del útero, puede provocar una hemorragia anteparto, grave o repetida. La política tradicional de la atención de pacientes con placenta previa sintomática incluye la estancia hospitalaria prolongada y el parto por cesárea. (Ko y Young)

Dada su relevancia, y por no haber una definición clara de sus subtipos, se presenta una propuesta de clasificación ultrasonografía de la inserción placentaria, basada en la relación de

la placenta con el cuello uterino, la que tendría utilidad clínica al considerar la experiencia documentada en numerosas publicaciones acerca del tema. Como condición fundamental en la evaluación ultrasonografía de placenta previa, y debido al incremento en la frecuencia de cesáreas, se revisa el diagnóstico de acretismo placentario. (Pacheco y Farro)

Se establece el manejo de estas anomalías según dicha clasificación.

La placenta previa se clasifica de acuerdo con la colocación de la placenta en:

- Tipo I, lateral o de inserción baja: La placenta invade el segmento inferior del útero, pero el borde inferior no llega al orificio cervical, se sitúa a más de 3 centímetros del orificio cervical interno, o se logra palpar durante el tacto vaginal. Representa el 36%.
- Tipo II, marginales o periféricas: La placenta toca, pero no rebasa, la parte superior del cuello del útero. Con un porcentaje variable, entre el 37% a 50%.
- Tipo III u oclusiva parcial: La placenta obstruye parcialmente la parte superior del cuello del útero. Representa el 33%.
- Tipo IV u oclusiva total: La placenta cubre completamente la parte superior del cuello del útero. Representa el 31%. (Pérez)

2.4 FACTORES DE RIESGO

Se describen a continuación los principales factores de riesgo para la presencia de placenta previa:

- Edad materna superior a los 35 años (riesgo relativo 4.7)
- Multiparidad: la placenta previa se presenta en un 80% de los casos. Su frecuencia va de 1/1.500 en mujeres nulíparas a 1/20 en grandes multíparas.
- Gestaciones múltiples.
- Placentas macrosómicas
- Anemia.
- Periodo intergenésico corto.
- Endometritis Crónica.

- Cesáreas: es así que la incidencia de placenta previa aumenta con el número de cesáreas en 1.9%, 15.6% 23.5%, 29.4%, 33.3% y 50% después de 0, 1, 2, 3, 4 y 5 cesáreas anteriores respectivamente.
- Abortos a repetición o legrados uterinos enérgicos.
- Histeroscopia Operatoria.
- Cicatriz previa por miomectomía, o cirugía uterina.
- Antecedente de placenta previa la tasa recidiva es del 4-8%.
- Tumores uterinos, miomas submucosos y pólipos endometriales
- Alteraciones funcionales de la mucosa, sinequias intrauterinas o endometriales residuales localizadas.
- Tabaquismo, cocaína, sexo masculino del feto e historia previa de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta.
- Etnia negra u otras minorías étnicas.
- El riesgo de placenta accreta si existe una placenta previa aumenta en función del número de cesáreas previas:
 - Ninguna cesárea previa: 3.3%
 - 1 cesárea previa: 11%
 - 2 cesáreas previas: 40%
 - 3 cesáreas previas: 61%
 - 4/5 cesáreas previas: 67%

Si la placenta no es previa, el riesgo de placenta accreta será menor (del 0.03% sin el antecedente de cesárea previa a cerca del 1% si la paciente tiene 3 o 4 cesáreas previas. Clark SL. Obstet and Gynecol 1985). Hallazgos en un estudio muestran que el grupo predominante de pacientes con placenta previa tenían una edad de 27 a 32 años, mientras que otros autores

coinciden en que el mayor número de casos se presenta en mujeres mayores de 35 años. (Pacheco y Farro)

2.5 ETIOLOGÍA

La etiología de la placenta previa no es del todo conocida. Generalmente se admiten dos posibilidades etiológicas: la primera estaría vinculada al propio huevo, la segunda, al terreno sobre el cual se realiza la anidación.

2.5.1 Causas ovulares

El desarrollo precoz de la actividad histológica del trofoblasto, y los factores intrínsecos ovulares podrían determinar un retraso en su capacidad de implantación y esta sería adquirida por el huevo, un retardo en dicha función podría por la misma razón, ser la causa de la anidación en el segmento inferior del útero.

Podría producirse una fecundación tardía, que sucediera dentro del útero en vez de la trompa y como el huevo fecundado necesita tiempo de desarrollo antes de su implantación esta ocurriría cuando aquel se hubiera desplazado a un punto lejano del habitual en el fondo uterino. (Joy y Deborah)

2.5.2 Causas endometriales.

El endometrio es el factor etiológico más importante. Bien por la disminución de la capacidad de fijación del endometrio o bien por las alteraciones endometriales, la placenta sufre anomalías en su ubicación anatómica. La inserción placentaria es primariamente baja por anomalías endometriales altas, y subsecuentemente el crecimiento placentario puede ser centrípeto (placenta previa central), o unidireccional, hacia la zona fúndica mas ricamente vascularizada (placenta previa parcial marginal o lateral).

La inserción inicial estaría en el fondo pero debido a la lesión previa de la zona el crecimiento sería unidireccional, hacia la zona del istmo. Se podría explicar la frecuente asociación entre la placenta previa y la paridad ya que gestaciones previas pueden provocar una lesión permanente del endometrio en zonas poco aptas para nuevas placentaciones. (Joy y Deborah)

2.6 CUADRO CLÍNICO

2.6.1 Durante el embarazo:

La manifestación clínica más frecuente es la metrorragia aislada de sangre roja brillante abundante de origen materno, se presenta en el 90% de los casos la cual se caracteriza por ser indolora, con expulsión de sangre líquida, que aparece en forma brusca e inesperada, la mayoría de las veces en reposo e incluso durante el sueño.

En el 10-30% de los casos se asocia a dinámica uterina clínica. El 30% de las pacientes presentaran sangrado antes de las 30 semanas, el 30% entre las 30 y las 36 semanas y el 30% después de las 36. El 10% permanecerán asintomáticas, detectadas sólo por ecografía.

El promedio de edad estacional en el que aparece el primer episodio de hemorragia es a las 29 semanas, no se asocia con mortalidad materna y se resuelve espontáneamente. A veces es posible escuchar el soplo placentario bajo. Durante el embarazo, la metrorragia procede habitualmente del desprendimiento de una placenta previa no oclusiva; en el parto, de la oclusiva, siendo en este caso el primer y único episodio, y de gran intensidad.

La primera hemorragia aparece por tercios: 1/3 antes de las 31 semanas, 1/3 entre la semana 32 y 36, y 1/3 sobre las 37 semanas. La Placenta Previa actúa en la cavidad uterina como tumor previo, por lo que las presentaciones altas son frecuentes, al igual que las presentaciones de tronco, nalgas (30%) y las posteriores (15%). A la inversa, una presentación de vértice, con buen apoyo en la pelvis, nos debe hacer pensar en otra causa de metrorragia. El sangrado a menudo se inicia levemente y puede aumentar progresivamente a medida que la zona de separación placentaria aumenta. Se debe sospechar una placenta previa si hay sangrado después de las 24 semanas de gestación. (Pacheco y Farro)

Se da una metrorragia que se caracteriza por:

- Sangrado brusco, intermitente, indoloro y sin contracciones.
- Tendencia a los coágulos, a la hemostasia espontánea.
- Es repetitiva, aumenta la intensidad y la frecuencia de los episodios.
- En el tercer trimestre de embarazo toda metrorragia es una placenta previa mientras no se demuestre lo contrario.

2.6.2 Durante el parto:

También la metrorragia es el síntoma principal. En la variedad oclusiva, la hemorragia puede volverse rápidamente grave en la inserción baja muy próxima al orificio cervical interno, y en las de inserción marginal, la progresión de la dilatación puede variar la forma anatómico-clínica y acentuar el desprendimiento de cotiledones y la posterior pérdida hemática. La oxigenación fetal solo se ve afectada en las hemorragias maternas graves con shock hipovolémico subsiguiente. Si el estado fetal se altera considerablemente en el momento de la amniorrresis, debe pensarse en una hemorragia por rotura de vasos previos.

En el tacto vaginal, a los peligros de la hemorragia se suma en estos momentos el de la infección. Sin embargo realizado por manos expertas, puede ayudar, y en algunas ocasiones, indispensable, cuando la pérdida hemorrágica no es importante y la posibilidad de realizar el parto por vía vaginal debe ser considerada.

Los desplazamientos de la placenta, con el progreso de la dilatación, desfavorables es unos casos, pueden transformar en otros una variedad oclusiva parcial en una placenta marginal, permitiendo, así el accesos directo a las membranas y su rotura artificial si se opta por este proceder terapéutico. (Pérez)

2.6.3 Síntomas y signos

El compromiso fetal depende del compromiso materno, que junto al ritmo sinusoidal en el monitoreo fetal indicaría la situación del feto. Tacto vaginal: Durante el embarazo está totalmente proscrito. Pero si se llegara a hacer un tacto, por cualquier razón se juzgue necesario, se podrá apreciar detrás o delante del cuello una especie de almohadilla entre el dedo del explorador y la presentación.

El dolor es un síntoma de gran importancia, suele tener una presentación aguda y precoz en formas más graves localizada en el hipogastrio, de carácter continuo. Aumenta con contacto y puede irradiarse a muslos y región lumbar, es intenso.

En las formas graves aparece Shock y anemia aguda.

La clínica del acretismo placentario durante la gestación es superponible a la de la placenta previa, puesto que en la mayoría de los casos se asocian. En caso de invasión de órganos vecinos por una placenta percreta, pueden aparecer otros síntomas como por ejemplo hematuria por afectación vesical.

2.6.4 Tratamiento.

El tratamiento de la placenta previa depende de algunos factores, siendo los más importantes:

- Si la paciente tiene una hemorragia abundante o en gran frecuencia.
- La edad gestacional.
- El tipo de placenta previa.

Si la placenta está cerca del cuello uterino o está cubriendo una parte de éste, es posible que necesite reducir actividades y guardar reposo en cama. El médico pedirá descanso de la pelvis, lo cual significa no tener relaciones sexuales ni practicarse duchas ni usar tampones.

Sin embargo, si hay sangrado, muy probablemente la hospitalizarán para realizarle un control cuidadoso.

Se debe evaluar el riesgo de sangrado comparado con el riesgo de un parto prematuro para el aunque dicha condición se asocia con parto pretérmino y hasta un 40% de las mujeres da a luz antes de las 38 semanas.

El parto o la cesárea electiva en mujeres asintomáticas con placenta previa no se recomienda antes de las 38 semanas de gestación, En aquellas mujeres de alto riesgo en las que se sospecha acretismo placentario asociado, el parto a las 36-37 semanas parece una opción razonable. Después de las 36 semanas, dar a luz al bebé puede ser el mejor tratamiento.

Casi todas las mujeres con placenta previa necesitan una cesárea. Si la placenta cubre todo o parte del cuello uterino, un parto vaginal puede causar sangrado intenso. Esto puede ser mortal para la madre y el bebé.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 MÉTODO.

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación será un estudio descriptivo correlacional realizado a los pacientes del Hospital León Becerra de Milagro con diagnóstico de factores de riesgos y complicaciones de la Placenta previa.

3.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación será un estudio no experimental, transversal y retrospectivo.

3.1.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La tabulación y análisis de datos se la realizará en el programa SPSS; y la elaboración de gráficos con las tablas de registro en el programa Microsoft Office Excel 2010. Los tipos de variables serán Cualitativas y Cuantitativas. Realizaremos medidas de tendencia central (promedio, desviación estándar, porcentajes).

3.2 MATERIALES

3.2.1 RECURSOS HUMANOS

- Investigador.
- Tutor.
- Estadística.

3.2.2 RECURSOS FÍSICOS

- Computadora.
- Impresora.
- Papel bond.
- Bolígrafos.
- Programa estadístico.

3.3 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo lo constituirá el total de los pacientes ingresados al área de gineco-obstetricia del Hospital León Becerra. La población será todos los pacientes que ingresan con diagnóstico de placenta previa en el servicio de gineco-obstetricia, desde Enero del 2015 hasta enero del 2016.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Embarazo, placenta previa.

3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Acretismo placentario, tabaco, hipertensión arterial.

3.6. VIABILIDAD.

El presente trabajo de investigación es viable porque cursa con el apoyo de las autoridades y el departamento de docencia del Hospital León Becerra Camacho y con los recursos económicos del investigador. Los recursos humanos del trabajo de investigación serán: investigador, tutor, secretaría de estadística. Los recursos materiales serán: computadora, papel bond, bolígrafos, programa estadístico.

3.7. VARIABLES.

3.7.1 VARIABLES INDEPENDIENTES.

- Placenta previa

3.7.2 VARIABLES DEPENDIENTES.

- Endometritis crónica
- Anemia
- Placenta macrosómicas
- Gestaciones múltiples

3.7.3 VARIABLES INTERVINIENTES.

- Edad materna
- Historia obstétrica

TABLA 1.**TABLA DE VARIABLES.**

NOMBRE	DEFINICION	ESCALA	TIPO
Placenta previa	Inserción anómala de la placenta que puede obstruir o no el OCI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Marginal Anterior ➤ Marginal Posterior ➤ Oclusiva Parcial ➤ Oclusiva Total 	Cualitativa
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo y terminación del Mismo.	Pérdida sanguínea por rotura de vasos sanguíneos asociado a alguna patología	<ul style="list-style-type: none"> • 500cc – 999cc • 1000cc – 1499cc • 1500cc – 1999cc Mayor de 2000cc 	Cuantitativa
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	<ul style="list-style-type: none"> Menor de 20 años De 21 a 30 años De 31 a 40 años Mayor de 41 años 	Cuantitativa
Historia obstétrica	Cesáreas Paridad Legrados	Números de cesáreas legrados e hijos.	Cuantitativa
Factores de riesgos	Son los principales intervinientes para la placenta previa.	<ul style="list-style-type: none"> • Endometritis crónica • Anemia • Placenta macrosómicas • Gestaciones múltiples 	Cualitativa

TABLA 2.**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	ENE 2015	FEB 2015	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2015
Planteamiento del tema de investigación								
Presentación y aprobación del tema de investigación en el hospital								
Presentación y aprobación del tema de investigación en la Universidad.								
Elaboración del anteproyecto								
Revisión de la Literatura								
Elaboración de técnicas de recolección de datos.								
Recolección de datos								
Análisis e interpretación datos								
Presentación de Anteproyecto final								

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Nos revela que hay un total de 252 casos de placenta previa en embarazadas entre el periodo del 2015 – 2016 en el Hospital Leon Becerra de la ciudad de Milagro. La tasa de incidencia tiene un descenso de 0.04 % durante el periodo 2016 relacionándolo con el año 2015 que representa un 0.07%. La tasa de prevalencia representa 0.55% durante el periodo 2016 se mantiene un alza no muy marcada con respecto al año 2015 que representa 0.45%.

4.1.1GRÁFICO N° 1.

REGISTRÓ DE LA PREVALENCIA DE LAS PLACENTA PREVIA POR GRUPO ETARIO EN EL PERIODO 2015 – 2016

PREVALENCIA	TOTALES	PORCENTAJE
14-19 años	98	39%
20 -30 años	75	30%
31-40 años	29	11%
>40 años	50	20%
TOTAL	252	100%



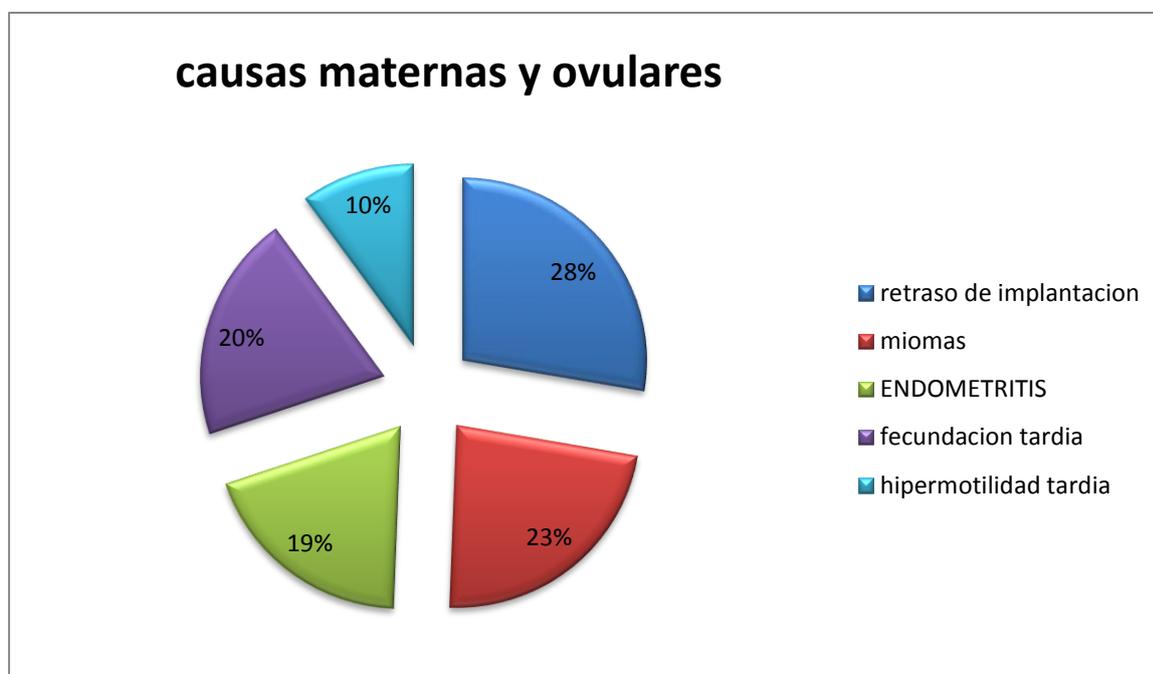
INTERPRETACION DE DATOS.

Según el estudio realizado en la investigación la prevalencia por grupo etario de mayor incidencia es de 14-19 años con un porcentaje de 39%, de 20 – 30 tuvo un porcentaje de 30% ,ujres embarazadas de mayores de 40 años obtuvo un 20%, por último se obtuvo un porcentaje de 11% a las embarazadas de 31-40 años.

4.1.2. GRAFICO N° 2

REGISTRO DE CAUSAS MATERNAS Y OVILARES DE LA PLACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL LEON BECERRA

Causas ováricas y maternas	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Retraso de implantación	69	27%
Miomas	57	23%
Endometriosis	48	19%
Fecundación tardia	50	20%
Hipermotilidad tubarica	28	11%
Total	252	100%



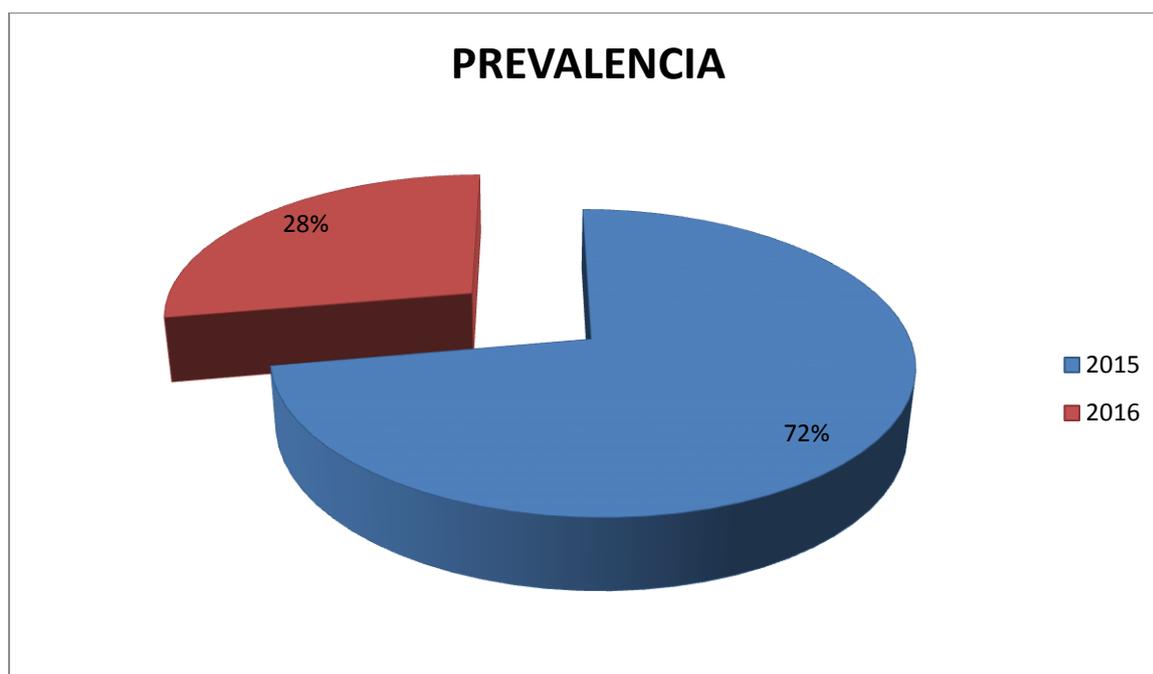
INTERPRETACION DE DATOS.

Según el estudio realizado en la investigación de 252 pacientes en las causas maternas y ovulares se obtuvo una mayor prevalencia en el retraso de la implantación con un 27%, los miomas obtuvieron en mi estudio un porcentaje de 23%, la fecundación tardía obtuvo un 20%, la endometriosis siendo otro factor de gran importancia obtuvo un 19%, y la hipermotilidad tubarica obtuvo un 11%

4.1.3. GRÁFICO N° 3.

REGISTRO DE LAS PREVALENCIA DE PLACENTA PREVIA DEL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO.

PREVALENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2015	182	72%
2016	70	20%
TOTAL	252	17%



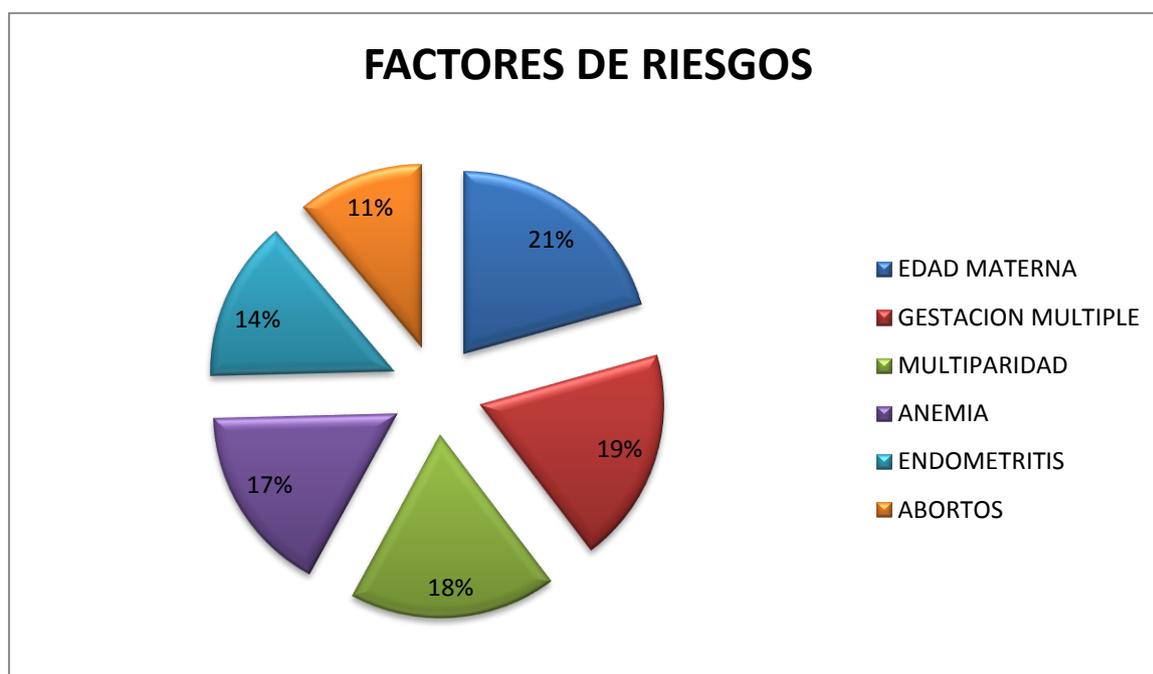
INTERPRETACION DE DATOS:

Se obtuvo un porcentaje mayor en el 2015 con un 72%, y el 2016 con un 28%

4.1.4. GRAFICO N°4

REGISTRO DE FACTORES DE RIESGOS DE LA PLACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO.

Factores de riesgos	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad materna	52	21%
Gestacion multiple	48	19%
Multiparidad	46	18%
Anemia	42	17%
Endometritis crónica	36	14%
Abortos	28	11%
Total	252	100%



INTERPRETACION DE DATOS:

Según el estudio realizado en la investigación de 252 pacientes en los factores de riesgos de mayor incidencia fue la edad materna con un 21%, la gestación múltiple con un 19%, la multiparidad con un 18%, la anemia con un 17%, la endometriosis crónica con un 14% y los abortos con un 11%.

DISCUSION.

Relacionando los grupos etáreos en el estudio realizado la investigación da por conocer que el mayor grupo de incidencia es de 14-19 años con un porcentaje de 39%, de 20 – 30 tuvo un porcentaje de 30% , mujeres embarazadas de mayores de 40 años obtuvo un 20%, por último se obtuvo un porcentaje de 11% a las embarazadas de 31-40 años. Y dentro del estudio realizado en las tipos de placenta previa, nos encontramos que es una entidad que apareció mayormente en el grupo de 20 a 34 años con 13 casos, para el 65 % de la casuística. La bibliografía al respecto concuerda con lo encontrado por nosotros.

Relación de los antecedentes obstétricos (historia de aborto y paridad), como puede observarse en la tabla 2 tiene una gran relevancia el antecedente de aborto presente en todos los tipos de placenta previa con 15 casos para un 75 %, seguido de la cesárea anterior con 3 casos para el 15 %.

Según el estudio realizado en la investigación de 252 pacientes en los factores de riesgos de mayor incidencia fue la edad materna con un21%,la gestación múltiple con un19%,la multiparidad con un18%,la anemia con un17%la endometriosis crónica con un14% y los abortos con un 11%

Esto concuerda con la bibliografía revisada que plantea la influencia negativa de los abortos, así como la cesárea anterior para favorecer la génesis de la placenta previa e incluso la predisposición al acretismo placentario que complica el futuro de la paciente.

En la investigación de 252 pacientes en las causas maternas y ovulares se obtuvo una mayor prevalencia en el retraso de la implantación con un 27%, los miomas obtuvieron en mi estudio un porcentaje de 23%, la fecunfacion tardioa obtuvo un 20%, la endometriosis siendo otro factor de gran importancia obtuvo un 19%, y la hipermotilidad tubarica obtuvo un 11%

Cabe recalcar que la discusion escrita dentro de esta discusión es tomada de datos con estudios similares con el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina", de la Habana Cuba.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Nos revela que hay un total de 252 casos de placenta previa en embarazadas entre el periodo del 2015 – 2016 en el Hospital Leon Becerra de la ciudad de Milagro. La tasa de incidencia tiene un descenso de 0.04 % durante el periodo 2016 relacionándolo con el año 2015 que representa un 0.07%. La tasa de prevalencia representa 0.55% durante el periodo 2016 se mantiene un alza no muy marcada con respecto al año 2015 que representa 0.45%.

Según el estudio realizado en la investigación la prevalencia por grupo etario de mayor incidencia es de 14-19 años con un porcentaje de 39%, de 20 – 30 tuvo un porcentaje de 30% ,ujres embarazadas de mayores de 40 años obtuvo un 20%, por ultimo se obtuvo un porcentaje de 11% a las embarazadas de 31-40 años. Según el estudio realizado en la investigación de 252 pacientes en las causas maternas y ovulares se obtuvo una mayor prevalencia en el retraso de la implantación con un 27%, los miomas obtuvieron en mi estudio un porcentaje de 23%, la fecundación tardía obtuvo un 20%, la endometriosis siendo otro factor de gran importancia obtuvo un 19%, y la hipermotilidad tubárica obtuvo un 11%.

Se obtuvo un porcentaje mayor en el 2015 con un 72%, y el 2016 con un 28%. Según el estudio realizado en la investigación de 252 pacientes en los factores de riesgos de mayor incidencia fue la edad materna con un 21%, la gestación múltiple con un 19%, la multiparidad con un 18%, la anemia con un 17%, la endometriosis crónica con un 14% y los abortos con un 11%.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

Después de analizar los resultados de la investigación y para evitar los factores de riesgos que influyen en la placenta previa se consiguen las siguientes recomendaciones:

- Sugerir la realización de un estudio interinstitucional para estimar el nivel de los factores de riesgo de desarrollo de placenta previa prevalencia presentados en el estudio.
- Plantear el desarrollo de un estudio para determinar la incidencia de placenta previa en los últimos 10 años para evaluar a largo plazo el comportamiento epidemiológico de esta patología en la unidad médica evaluada.
- Proponer la realización de estudio para establecer la prevalencia de placenta previa en mujeres embarazadas.
- Informar a la paciente la forma de recolección de la muestra de orina para poder obtener un mejor resultado.
- Dar charlas de cómo prevenir la placenta previa y como saber cuándo están presentando este tipo de patología.

BIBLIOGRAFIA

1. Pérez, A. (2011) *Obstetricia*, Santiago de Chile, Chile Editorial Mediterráneo, pp. 815
2. Joy, Saju; Deborah Lyon «Placenta previa». *Obstetrics and Gynecology* (en inglés). eMedicine.com.
3. Ko, Patrick; Young Yoon. «Placenta previa». *Emergency medicine* (en inglés). eMedicine.com.
4. Ultrasound Gestational weeks for prediction of placenta previa at delivery: evaluation of 8650 cases. (2010).
5. González-Merlo, Jesús.«Capítulo 33: Placenta previa». *Obstetricia*. Elsevier España. ISBN 8445816101.
6. Pacheco J. Farro A. Elías G. *Mortalidad Materna Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Perú*, 1999,pp. 30
7. Cabero Luis, *Tratado de Ginecología, Obstetricia y medicina de la Reproducción Tomo Madrid España Editorial Médica Panamericana S.A. 2003*, pp. 575
8. Steve G. y otros, *Obstetricia tomo 1 Madrid - España, Marban libros S.L 2004*, pp. 516
9. Pérez Sánchez Alfredo, *Obstetricia, Santiago de Chile, Editorial Mediterráneo Ltda. 2011*, pp. 815
10. RIVAS G, Marianela, LOPEZ GOMEZ, José Ramón, CAPRETTA C, Domenico et al. Placenta previa. Estudio retrospectivo 1988 - 1992. *Rev Obstet Ginecol Venez.* [online]. set. 2001, vol.61, no.4 [citado 14 mayo de 2010], p.217-222.
11. González Merlo, *Obstetricia, Quinta edición Barcelona – España, Masson S.A 2006*, pp. 530
12. Cabero Luis, *Tratado de Ginecología- Obstetricia y medicina de la reproducción tomo 1 Madrid-España, Editorial Medica Panamericana S.A 2003*, pp.565, 566
13. Usandiaga Jose, *Obstetricia ginecológica vol. 1 España, Marban libros S.L 2010*, pp. 326-327
14. González Merlo, *Obstetricia, Quinta edición Barcelona – España, Masson S.A 2006*, pp. 533-534.

15. González G, Placenta Previa, Diagnóstico Prenatal Revista Chilena de Ultrasonografía. Volumen 10 N° 3/2007 pp. 1-8
16. José María Carrera Maciá; Bernat Serra Zantop. Protocolos de Obstetricia y Medicina perinatal
17. TORLONI, Maria Regina; MORON, Antonio Fernandes and CAMANO, Luiz. Placenta Prévia: Fatores de risco para o Acretismo (en portugués). Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2001, vol.23, n.7 [citado 14 de mayo de 2009], pp. 417-422. ISSN 0100-7203. doi: 10.1590/S0100-72032001000700002.
18. Incidence and Risk Factors for Placenta Accreta/Increta/Percreta in the UK: A National Case-Control Study. v.7(12); 2012. PMC3531337
19. Cabero Roura L. Parto Prematuro. 2004. Vol Edit Panamericana
20. Arias Fernando Guía Práctica Para el Embarazo y Parto de Alto Riesgo. 2da Edición. Edit Harcourt Brace MANEJO DE LA HEMORRAGIA DE TERCER TRIMESTRE
21. Protocolos Medicina Fetal I Perinatal Servei De Medicina Maternofetal – Icgon – Hospital Clínic Barcelona