UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

FACTORES PREDISPONENTES DE PLACENTA PREVIA EN PACIENTES ENTRE 20 A 25 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

AUTORA:

BAHOZ COBOS YANEYZI RACHEL

TUTOR:

DR. GUILLERMO MARURI AROCA

GUAYAQUIL – ECUADOR

AÑO 2015

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

Esta tesis cuya autoría corresponde a la **SRTA. BAHOZ COBOS YANEYZI RACHEL** ha sido aprobada, en la presente forma por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la **ESCUELA DE MEDICINA** como requisito parcial para optar el título de **MEDICO**.

_____ _____

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL MIEMBRO DEL TRIBUNAL

_____

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Certifico que en calidad de tutor del trabajo de investigación realizado por la. **SRTA. BAHOZ COBOS YANEYZI RACHEL** CON **C.I. Nº 0927010868.**

Requisito previo para la obtención del título de Médico, cuyo tema de tesis es "**FACTORES PREDISPONENTES DE PLACENTA PREVIA EN PACIENTES ENTRE 20 A 25 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014".**

He dirigido, revisado y aprobado en su totalidad.

_____

DR. GUILLERMO MARURI AROCA

TUTOR

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

BAHOZ COBOS YANEYZI RACHEL, autora del presente proyecto "**FACTORES PREDISPONENTES DE PLACENTA PREVIA EN PACIENTES ENTRE 20 A 25 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014",** declaro que eta investigación es de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

_____

BAHOZ COBOS YANEYZI RACHEL

DEDICATORIA

Para mis padres Hernan y Blanca

Quienes son mi pilar fundamental y mi más valioso tesoro, por creer siempre en mi capacidad para alcanzar mis metas propuestas, y sobre todo por su inmenso amor, apoyo y sacrificio a lo largo de todo éste tiempo.

De igual forma dedico ésta tesis a mis hermanos ***Hernan y Karen****, por el apoyo, confianza y cariño que me han brindado para poder hacer realidad éste sueño.*

A mi novio ***Felipe*** *por su amor, fe en mí y llenar de felicidad mi vida.*

A mi familia en general y amigos

Por compartir conmigo buenos y malos momentos.

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres y hermanos

Que gracias a ellos he llegado a ser una persona de bien, con sus consejos y ejemplos de perseverancia me motivaron a seguir luchando, y en especial gracias a su apoyo incondicional en el transcurso de mi vida y preparación académica.

A la Universidad estatal de Guayaquil, en especial a la Escuela de Medicina *por ser parte de mi formación en mi vida profesional, donde obtuve grandes conocimientos científicos y morales.*

Al Hospital Enrique C. Sotomayor*, por permitirme realizar este proyecto, por la experiencia y los conocimientos adquiridos para mi futura profesión.*

A mi tutor, Dr. Guillermo Maruri Aroca*, por la paciencia y asesoramiento para realizar éste proyecto.*

A mi novio, *por su amor y apoyo constante.*

A mis grandes amigas y amigos*, por todos los momentos compartidos en el transcurso de los años, por convertir ésta experiencia en una de las mejores de mi vida, por las locuras, apoyo y cariño incondicional.*

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTIÍTULO: "**FACTORES PREDISPONENTES DE PLACENTA PREVIA EN PACIENTES ENTRE 20 A 25 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014**"		
AUTOR/ES: BAHOZ COBOS YANEYZI RACHEL	**REVISORES:** DR. GUILLERMO MARURI AROCA	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL	**FACULTAD:** FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS	
CARRERA: ESCUELA DE MEDICINA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	**N. DE PAGS:**	
ÁREAS TEMÁTICAS:		
PALABRAS CLAVE: Placenta Previa, Factores Predisponentes, Incidencia, multigravidez.		
RESUMEN: El propósito de la investigación es servir de herramienta de apoyo para profesionales de la salud que tienen la responsabilidad de atención de embarazadas mediante el reconocimiento de los principales factores predisponentes para desarrollar Placenta Previa en mujeres jóvenes, clasificación de pacientes en riesgo y servir de ayuda para la prevención de complicaciones. Este estudio se realizó el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, entre los objetivos que se plantearon fueron: determinar la incidencia de Placenta Previa en el grupo de estudio, identificar principales factores predisponentes asociados y las consecuencias materno-fetales causadas por la misma. Los materiales y métodos utilizados, en éste trabajo están basados en un estudio Retrospectivo, Descriptivo no experimental. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas da cada paciente atendida en el área toco-quirúrgica con diagnóstico de Placenta Previa entre 20 - 25 años en el periódo establecido. Se procedió de forma minuciosa con la recolección de datos de las historias clínicas mediante formulario. La muestra fue de 63 casos, desde Enero a Diciembre del 2015. Se concluye que la Placenta Previa en pacientes de 20 a 25 años ocupa una baja incidencia en relación con las mayores de 25 años, sin embargo está asociada a factores predisponentes para desencadenarla como la etnia mestiza, multigravidez y deficientes controles prenatales durante el embarazo, las cuales fueron de mayor frecuencia.. Otra consecuencia materna es que el 100% de los casos terminaron su embarazo por cesárea a causa de ésta patología. Finalmente de acuerdo a los resultados se planteó una propuesta para contribuir a la educación de las pacientes jóvenes en riesgo.		
N. DE REGISTRO (en base de datos):	N. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI	NO
CONTACTO CON AUTORES/ES:	Teléfono:0991617916	Email: dra.rachel17@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCION:	Nombre:	
Teléfono:		
E-mail:		

RESUMEN

La Placenta Previa es una patología propia del embarazo, constituye un gran problema de salud pública y una de las principales causas de mortalidad materna - neonatal en Ecuador y en muchos países del mundo. El fin de la investigación es servir de herramienta de apoyo para profesionales de la salud que tienen la responsabilidad de atención de embarazadas mediante el reconocimiento de los principales factores predisponentes para desarrollar Placenta Previa en mujeres jóvenes, clasificación de pacientes en riesgo y servir de ayuda para la prevención de complicaciones. Este estudio se realizó el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, entre los objetivos que se plantearon fueron: determinar la incidencia de Placenta Previa en el grupo de estudio, identificar principales factores predisponentes asociados y las consecuencias materno-fetales causadas por la misma. Los materiales y métodos utilizados, en éste trabajo están basados en un estudio Retrospectivo, Descriptivo no experimental. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas da cada paciente atendida en el área toco-quirúrgica con diagnóstico de Placenta Previa entre 20 - 25 años en el período establecido. Se procedió de forma minuciosa con la recolección de datos de las historias clínicas mediante formulario. La muestra fue de 63 casos, desde Enero a Diciembre del 2015. Se concluye que la Placenta Previa en pacientes de 20 a 25 años ocupa una baja incidencia en relación con las mayores de 25 años, sin embargo está asociada a factores predisponentes para desencadenarla como la etnia mestiza, multigravidez y deficientes controles prenatales durante el embarazo, las cuales fueron de mayor frecuencia.. Otra consecuencia materna es que el 100% de los casos terminaron su embarazo por cesárea a causa de ésta patología. Finalmente de acuerdo a los resultados se planteó una propuesta para contribuir a la educación de las pacientes jóvenes en riesgo.

Palabras claves: PLACENTA PREVIA, FACTORES PREDISPONENTES, INCIDENCIA, MULTIGRAVIDEZ.

ABSTRAC

Placenta previa is a condition of pregnancy itself, is a major public health problem and a leading cause of maternal mortality - neonatal in Ecuador and in many countries worldwide. The purpose of research is to serve as a support tool for health professionals who are responsible for care of pregnant by recognizing the main predisposing factors for developing placenta previa young women, classifying patients at risk and to assist preventing complications. Determine the incidence of Placenta Previa in the study group, identify major predisposing factors associated with maternal and fetal consequences caused by the same: this study Obstetric-Gynecologic Hospital Enrique C. Sotomayor, the objectives that were raised were performed. The materials and methods used in this work are based on a retrospective, descriptive non experimental study. Data were obtained from medical records gives each patient seen in the area play-surgical placenta previa diagnosed between 20-25 years in the period specified. We proceed thoroughly with data collection from medical records using form. The sample was 63 cases from January to December 2015. It was concluded that the placenta Previa patients 20 to 25 years occupies a low incidence in relation to the over 25s, but is associated with predisposing factors to trigger it as mixed race ethnicity, multigravidez and poor prenatal checkups during pregnancy, which were more frequent breast .. Another consequence is that 100% of the cases ended their pregnancy by cesarean section because of this disease. Finally according to the results a proposal was raised to contribute to the education of young patients at risk.

Keywords: placenta previa, predisposing factors INCIDENCE MULTIGRAVIDEZ.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO……

CERTIFICADO DE APROBACIÓN……..II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR……III
DECLARACIÓN DE AUTORÍA……....IV
DEDICATORIA……...V
AGRADECIMIENTO……VI
FICHA DE REGISTRO DE TESIS……..VII
RESUMEN……...VIII
ASTRACT…….....IX
INDICE…….....…….... X

INDICE

1. INTRODUCCIÓN AL TEMA……...……1
1.1 Planteamiento Del Problema…….…….2
1.2 Justificación……..……..…….....3
1.3 Viabilidad……...……4
1.4 Objetivos…….…….…….4
1.5 Hipótesis…….…….……..5
1.6 Variables……..…….……..5

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Placenta Previa……...……..6
2.1.1 Definición……..…...……8
2.2 Epidemiologia…….……8
2.3 Clasificación.…….……..9
2.4 Factores de riesgo...……...…….…...10
2.5 Etiología……...…….…….....…11
2.5.1 Causas ovulares……...11
2.5.2 Causas endometriales……..12
2.6 Etiopatogenia.……...……..……12
2.7 Fisiopatología De La Hemorragia……..……..……14

2.8 Cuadro clínico……..……..15

2.8.1 Durante el embarazo……15

2.8.2 Durante el parto……...17

2.8.3 Síntomas y signos ……..……18

2.8.4 Exploración……19

2.8.5 Formas Clínicas de desprendimiento prematuro de placenta……19

2.9 Diagnóstico……..……..……..……20

2.9.1 Anamnesis……..20

2.9.2 Exámenes complementarios……21

2.9.2.1 Ecografía……..21

2.9.2.2 Ultrasonido……22

2.9.2.3 Resonancia Magnética……22

2.9.2.4 Pruebas de laboratorio……22

2.10 Diagnóstico Diferencial…….……..……...…….23

2.11 Tratamiento……...…24

2.11.1 Finalización electiva de la gestación……28

2.11.2 Tipo de incisión……..……..28

2.12 Complicaciones……...……30

2.12.1 Complicaciones Maternas.……30

2.12.2 Complicaciones Fetales……30

2.12.3 Conducta durante el embarazo…….30

2.12.4 Conducta durante el parto……..……31

2.13 Pronóstico……32

2.13.1 Pronóstico materno……..…….32

2.13.2 Pronóstico fetal……..……32

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación……..34

3.2 Área de estudio……..34

3.3 Universo…….34

3.4 Muestra……..34

3.5 Criterios de inclusión…….34

3.6 Criterios de exclusión……34

3.7 Instrumento de recolección de la información…..……..34

3.8 Descripción de procedimientos…….35

3.9 Recursos Empleados…….……35

3.9.1 Talento Humano…….35

3.9.2 Recursos Materiales……35

3.9.3 Recursos Económicos…….36

4. RESULTADOS……..37

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones…….53

5.2 Recomendaciones……..54

PROPUESTA

Título…….…..55

Justificación……....55

Objetivos…….56

Factibilidad……..…56

Descripción…….……56

Seguimiento……..…...57

BIBLIOGRAFÍA……...59

ANEXOS

1. Ficha de recolección de datos……...…….62
2. Tabla de diagnóstico diferencial……..……..64
3. Tabla De Diagnóstico Diferencial Y Tratamiento…….65
4. Cronograma de actividades para la realización de la tesis…….…….. 66
5. Tabla de recursos económicos empleados……..……...68

INTRODUCCIÓN

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.

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.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad se registran mayores números de casos de mujeres jóvenes con placenta previa y sus graves consecuencias para ella y el feto.

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

El riesgo es superior en caso de cesárea previa 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 Gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor” de Guayaquil por las graves complicaciones que produce.

La investigación estuvo orientada por la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los principales factores predisponentes de Placenta Previa en mujeres 20 a 25 años en el Hospital Gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor” Desde Enero a Diciembre del 2014?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Las horas dedicadas a la práctica hospitalaria Gineco-Obstétrica hicieron plantear a ésta autora muchas interrogantes sobre los múltiples problemas que se suscitan en aquellas mujeres con placenta previa y principalmente los factores que influencian su aparición, y con más interés en aquellas mujeres jóvenes, ya que por el hecho de ser pacientes embarazadas de alto riesgo con llevan a mayores tasas de morbi-mortalidad.

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.

La investigación que se aplicó tuvo como fin identificar aquellos factores que influyen directamente en este problema de Placenta Previa en aquellas mujeres de 20 a 25 años que habitan en la ciudad de Guayaquil, contribuyendo a disminuir los números de morbilidad y mortalidad feto-materna.

1.3 VIABILIDAD

La factibilidad de llevar a cabo esta tesis se sustenta, en primer lugar por la autorización de las autoridades del Hospital Materno-Infantil Enrique C. Sotomayor para la recolección de casos clínicos y de la información necesaria que aseguran el cumplimiento de los objetivos planteados en este proyecto.

También el desarrollo de esta tesis es viable porque se contó con la asesoría y orientación del tutor legal designado, además de contar con los recursos materiales, bibliográficos y tecnológicos de mucha importancia para realizar una investigación de este tipo.

Todos los objetivos planteados y la metodología permiten la identificación real de los principales factores predisponentes de Placenta Previa en mujeres de 20-25 años, ayudando así a la prevención, detección oportuna y disminución de muertes fetales y maternas.

1.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Investigar los factores predisponentes de Placenta Previa en mujeres de 20 a 25 años en el Hospital Gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor" desde Enero a Diciembre del 2014".

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la incidencia de Placenta Previa en el grupo de estudio.
2. Identificar dos factores predisponentes de mayor frecuencia en este grupo de pacientes.
3. Evaluar el impacto de la Placenta Previa en la madre y el feto.

1.5 HIPÓTESIS

Los dos factores de mayor predisposición de la Placenta Previa en mujeres de 20 a 25 años en el Hospital Enrique C. Sotomayor serían cesárea previa y antecedentes de legrado.

1.6 VARIABLES

Variable Independiente:
Embarazadas de 20 a 25 años
Variable Dependiente:
Placenta previa

2. CAPITULO

MARCO TEORICO

El sangrado durante el tercer trimestre es un evento común. La causa más importante es el desprendimiento de placenta, que tiene una incidencia de alrededor de 0,6% en los Estados Unidos y un riesgo asociado de muerte fetal intrauterina de 12%. La placenta previa, también puede causar hemorragia en el tercer trimestre, tiene una frecuencia de 0,3%. Existe una asociación fuerte entre la cesárea y la placenta previa o placenta adherente o accreta. [1]

En México, reportaron 22% de cesáreas previas y 28% de abortos anteriores. Estos resultados no son superiores a nuestros hallazgos de 26,3% para cesárea previa y 31,5% para abortos anteriores.[2]

Dr. D. Luis Cabero Roura (España – 2000), (Presidente Sociedad Española Ginecología y Obstetricia). En su trabajo de investigación titulado La hemorragia genital provocada por una placenta previa Manifiesta lo siguiente:

"La hemorragia genital provocada por una placenta previa puede llegar a ser, en ciertas ocasiones, extremadamente grave e importante; otras veces, es insidiosa y escasa sin apenas repercusión para la madre y para el feto, pero sin lugar a dudas, constituye una situación que requiere extremado control y atención especial, con el fin de solucionar las anomalías que se puedan presentar"

"La frecuencia con la que encontramos una placenta previa oscila entre un caso por cada 125 nacimientos y uno por cada 300. Debemos aclarar que el crecimiento progresivo del útero va a causar en la mayoría de las ocasiones que el lugar de implantación de la placenta vaya desplazándose hacia arriba, y consiga liberarse el orificio cervical por el

[1] https://books.google.com.ec/books?id=RSl1QMxGgA8C&pg=PA1049&lpg=PA1049&dq=placenta+previa+estados+unidos+frecuencia&source=bl&ots=UUtTXIhe_P&sig=CkTVJiPxhM6YyQWy7wepGkxmFXs&hl=es&sa=X&ved=0CDoQ6AEwBGoVChMIsKnr1tGMxgIVgbiACh3WDgFr#v=onepage&q=placenta%20previa%20estados%20unidos%20frecuencia&f=false

[2] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000200019

que tendrá que salir el niño. Es decir, una gestante puede ser diagnosticada de placenta previa y al cabo de las semanas puede haberse modificado su colocación".

Prof. Dr. Roberto Cassis (Guayaquil – Ecuador) " Actualmente con el uso de la ecografía flujo a color y doppler podemos diagnosticar placenta previa con acretismo marcado de la misma (que es mayor el riesgo en mujeres con cesáreas previas) y en esta situación al realizar la cesárea podemos dejar la placenta en su sitio(como en el caso de un embarazo abdominal) ligando el cordón umbilical los más próximo a la base , este tratamiento ha tenido éxito cuando la hemorragia no ha obligado a tomar medidas quirúrgicas más agresivas."

".Aunque no se conoce una causa especifica existen factores que incrementan su frecuencia como son: avanzada edad materna, la multiparidad, cesárea anterior (mayor número de cesárea el riesgo es mayor), el hábito de fumar. La incidencia de placenta previa se incrementa marcadamente (60-65%) en gestantes con cesáreas previas y antecedente de placenta previa"

La hemorragia obstétrica por placenta previa es la décima causa de muerte materna en el Ecuador con el 2.4% (INEC, Ecuador- 2010), efecto que se relaciona principalmente con los procedimientos del cuidado obstétrico. Se representa en un 5% de todos los embarazos

El desprendimiento de la placenta puede realizarse a través de 2 mecanismos:

Baudelocque Shultze: el desprendimiento se localiza en el centro de la placenta, formando así un hematoma retroplacentario que a medida que progresa el desprendimiento se hace mayor, ocasionando la inversión de la placenta y su expulsión por la cara fetal. Este mecanismo representa el 80% de los casos siendo el más frecuente, y está en relación con la localización placentaria predominante en las regiones altas del cuerpo uterino.

Baudelocque Duncan: el desprendimiento se efectúa por el borde inferior de la placenta. La presión uterina completa la acción hasta permitir la expulsión por el mismo borde sea por la cara materna de la placenta. Representa el 20 % de los casos y depende de la inserción de la placenta en el segmento inferior la cual es menos frecuente.[3]

[3] http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/1910/1/94T00089.pdf

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.[4]

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.[5]

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.

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)[6]

---

[4] González-Merlo, Jesús . «Capítulo 33: Placenta previa». *Obstetricia*. Elsevier España. ISBN 8445816101.
[5] Ko, Patrick; Young Yoon. «Placenta previa». *Emergency medicine* (en inglés). eMedicine.com.
[6] **http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/3724**

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.
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 ultrasonográfica de placenta previa, y debido al incremento en la frecuencia de cesáreas, se revisa el diagnóstico de acretismo placentario. Se establece el manejo de estas anomalías según dicha clasificación.[7]

La placenta previa se clasifica de acuerdo con la colocación de la placenta en:[8]

- 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%.

[7] Pacheco J. Farro A. Elías G. Mortalidad Materna Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Perú, 1999, pp. 30
[8] Cabero Luis, Tratado de Ginecología, Obstetricia y medicina de la Reproducción Tomo 1MadridEspaña Editorial Médica Panamericana S.A. 2003, pp. 575

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)[9]
- 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.[10]
- Abortos a repetición o legrados uterinos enérgicos.
- Histeroscopía 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%

[9] Steve G. y otros, ***Obstetricia tomo 1*** Madrid - España, Marban libros S.L 2004, pp. 516
[10] Pérez Sánchez Alfredo, ***Obstetricia***, Santiago de Chile, Editorial Mediterráneo Ltda. 2011, pp. 815

- 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.[11]

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 histolítica 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. Esto mismo podría suceder cuando actuasen factores extrínsecos, por ejemplo la hípermotilidad tubárica que llevaría al huevo demasiado pronto a la cavidad uterina.

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.[12]

[11] 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.

[12] González Merlo, ***Obstetricia***, Quinta edición Barcelona – España, Masson S.A 2006, pp. 530

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).[13]

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. Explicaría también la posible asociación de la placenta previa con cicatrices secundarias a intervenciones anteriores, o tumoraciones como miomas submucosos o pólipos endometriales, con endometritis.

2.6 ETIOPATOGENIA

El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria, por presentar:

Endometrio: De menor grosor que determina una decidua más delgada y con menor vascularización, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones.

Debido a lo anterior el trofoblasto puede invadir decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos (acretismo placentario). La inserción placentaria en el segmento inferior permite que actuar como tumor previo.

Nutrición y hábitos: Se ha propuesto el déficit de ácido fólico, podría ser importante para la creación de una unión sólida entre la decidua y vellosidades coriales.

Musculatura: Menos fibras musculares en relación al segmento superior y con mayor cantidad de fibras colágenas, lo que lo hace distensible, pero con menos potencia para

[13] Cabero Luis, ***Tratado de Ginecología- Obstetricia y medicina de la reproducción tomo 1*** Madrid-España, Editorial Medica Panamericana S.A 2003, pp.565, 566

colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia si hay desprendimiento parcial de la placenta y por supuesto, durante el alumbramiento.
Membranas: En el borde de la placenta son más gruesas y menos elásticas, es allí donde existe mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas.
Descompresión abdominal brusca: rotura de la membrana en caso de hidramnios.

Cordón: Por la atrofia de cotiledones, secundario al desarrollo insuficiente de decidua, es frecuente la inserción velamentosa del cordón.
Causas funiculares: cordón corto que tira de la placenta y la despega.

Son muchos los factores que se han propuesto como capaces de desencadenar un desprendimiento prematuro de placenta.[14]

El trastorno puede deberse a razones multifactoriadas, incluyendo una asociación con multiparidad, embarazos múltiples, edad materna avanzada, antecedentes de cesáreas o abortos y, posiblemente, el hábito tabáquico.[15]

Traumatismos: explica el 55% de los casos, por caídas, golpes, agresiones, accidentes de tráfico que afecten a la zona abdominal.[16]

Factores iatrogénicos: amniocentesis (atravesar la placenta con agujas), versión externa (intervención poco utilizada).

Alteraciones uterinas: anormalidad en la inserción por miomas, útero malformado, cuerno uterino.

Factores vasculares endógenos: consecuencia de esclerosis de vasos pelvianos. Se puede considerar un factor predisponente.

Síndrome Hipotensivo supino: consecuencia de la compresión por parte del útero de la vena cava inferior, aumenta la presión sanguínea en los espacios intervellosos favoreciendo el despegamiento.

[14] Joy, Saju; Deborah Lyon «Placenta previa». *Obstetrics and Gynecology* (en inglés). eMedicine.com.
[15] Ko, Patrick; Young Yoon. «Placenta previa». *Emergency medicine* (en inglés). eMedicine.com.
[16] http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1010/3/Placenta-previa.-Desprendimiento-de-placenta

Enfermedad hipertensiva: El desprendimiento prematuro de placenta es frecuente en la hipertensión arterial (HTA) y la preeclampsia.

Enfermedad hipertensiva: El desprendimiento prematuro de placenta es frecuente en la hipertensión arterial (HTA) y la preeclampsia.

Hiperdinamias: en especial la hipertonía puede desencadenar un desprendimiento prematuro de placenta, la sangre drena con dificultad a las venas uterinas, y puede producirse rotura vascular en forma de hematoma.

2.7 FISIOPATOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA

En el último trimestre del embarazo, el istmo del útero se despliega para constituir el segmento más bajo del útero. Esos cambios en el segmento inferior del útero parecen ser los iniciadores de la hemorragia clásica del tercer trimestre.

En un embarazo normal la placenta no se sobrepone al istmo, por lo que no hay mayor sangrado durante el embarazo. Si la placenta se inserta en el segmento más bajo del útero, es posible que una porción de la placenta se desgarre causando sangrado, por lo general abundante. 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.

Cuando esto ocurre, 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.[17]

Con independencia de factores etiológicos, la rotura de vasos del lecho placentario con aflujo de sangre del espacio vellositario puede producirse por distintos mecanismos.

La hemorragia domina el cuadro clínico de la placenta previa y su producción se ha explicado por distintos mecanismos:

[17] Joy, Saju; Deborah Lyon. «Placenta previa». *Obstetrics and Gynecology*

Mecanismo de Jacquemier (año 2010): la placenta y el útero crece armónicamente hasta las 26- 28 semanas: a partir de este momento, el segmento inferior se estira y crece más que la placenta, y la discordancia hace que este se separe.[18]

Mecanismo de Schroeder (León Dumas año 2010): explica la hemorragia producida durante el parto: las contracciones uterinas tiran del segmento inferior y del cuello al tiempo que presionan al contenido uterino hacia abajo: la placenta resbala sobre el segmento inferior desinsertándose, y se produce la hemorragia.

Mecanismo de Pinard (año 1965): explica la hemorragia producida tanto durante el embarazo como durante el parto: las contracciones uterinas (incluso las débiles del embarazo) provocan un aumento de la tensión intraamniótica, como consecuencia de ello, a la altura del lugar de menor resistencia, que es el orificio interno del cuello, se produce estiramiento de la membranas, si estas, están muy próximas a la placenta, son allí muy poco elásticas y tiran de la placenta haciendo que esta se deprenda parcialmente.

Mecanismo de Bartholomew (año 1999): en caso de la placenta previa central, la porción correspondiente a la zona del orificio interno es un área isquémica, a la cual no llegan arteriolas deciduales: se produce allí un vacío y una disminución de la presión sanguínea, y la sangre, en vez de dirigirse hacia el borde marginal de la placenta desciende por entre las vellosidades hacia la zona de menor presión escapando por la cara materna de la placenta.

2.8 CUADRO CLÍNICO

2.8.1 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 liquida, 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.

[18] Usandiaga Jose, ***Obstetricia ginecológica vol. 1*** España, Marban libros S.L 2010, pp. 326-327

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 precocidad de la primera hemorragia indica un mal pronóstico evolutivo.

En el examen físico, la anemia materna se correlaciona con la cuantía de la metrorragia. A la palpación, el útero presenta consistencia normal. Si existe trabajo de parto, la dinámica es normal. El dolor, es el habitual durante las contracciones.

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.[19]

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. El examen abdominal por lo general se encuentra con un útero no doloroso y relajado. Las maniobras de Leopold

[19] tp://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1010/3/Placenta-previa.-Desprendimiento-de-placenta

pueden revelar al feto en una situación oblicua, transversa o presentación de nalgas como consecuencia de la posición anormal de la placenta.[20]

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.

2.8.2 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 anatomo-clínica y acentuar el desprendimiento de cotiledones y la posterior perdida 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.[21]

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

[20] ttp://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1010/3/Placenta-previa.-Desprendimiento-de-placenta

[21] González Merlo, ***Obstetricia***, Quinta edición Barcelona – España, Masson S.A 2006, pp. 534.

marginal, permitiendo, así el accesos directo a las membranas y su rotura artificial si se opta por este proceder terapéutico.

2.8.3 Síntomas y signos

La fetocardia es normal.

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. La exploración intracervical puede desencadenar una intensa hemorragia o acentuar la ya existente a límites extremadamente peligrosos.

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.[22]

En las formas graves aparece Shock y anemia aguda.

Exploración con especulo o valvas.

Permite constatar la procedencia de la metrorragia y descartar lesiones cervicales y vaginales susceptibles de producir metrorragias durante el embarazo y el periodo de dilatación del parto. Sin embargo, algunos autores consideran esta exploración tan traumática como el tacto vaginal.

El signo central es la hemorragia uterina de muy diversa importancia, a veces ni siquiera sale sangre y se encuentra un hematoma en el alumbramiento (hemorragia interna), o puede fluir al exterior (hemorragia externa).

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.

[22] http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1010/3/Placenta-previa.-Desprendimiento-de-placenta

Cuando se diagnostica en el periodo de alumbramiento, aparece como extracción dificultosa o incompleta de la placenta acompañada o no de hemorragia posparto.

Se objetiva falta de cotiledones en la revisión de la placenta (acretismo parcial) o la imposibilidad total de alumbramiento con ausencia de plano de clivaje entre placenta y miometrio (acretismo total).

2.8.4 Exploración

Durante la exploración obstétrica se debe ser muy cuidadosos en la realización de maniobras para no incrementar la posibilidad de hemorragias, no se debe realizar tacto cuando hay antecedente de sangrado vaginal, luego de la ecografía confirmatoria podría realizarse tacto, siempre que se descarte el sangrado por placenta previa. Debemos pensar en otra causa de metrorragia. Tales situaciones favorecen la rotura extemporánea de las membranas, el parto prematuro y la procidencia del cordón.[23]

Se puede observar aumento del tamaño uterino por acúmulo de sangre. En casos graves el útero tiene una consistencia dura y leñosa por su hipertonía (útero de madera). La palpación es muy dolorosa.

La auscultación fetal puede realizarse en casos leves o iniciales (donde el feto está vivo todavía). El tacto vaginal es útil para valorar la marcha del parto pero no debe realizarse en caso de hemorragia porque aumenta el riesgo de infección.

2.8.5 Formas Clínicas de desprendimiento prematuro de placenta

a) Formas asintomáticas: Hallazgo en el alumbramiento de un coágulo organizado en la cara materna de la placenta. Durante el parto hay hipertensión arterial (HTA), hipertonía.[24]
b) Formas leves: Hemorragia leve, sin afectación del estado materno, ligero dolor, ligera hipertonía. El feto corre peligro de sufrimiento fetal.
c) Formas moderadas: Hemorragias, afectación materna, dolor intenso, hipertensión arterial (HTA), sufrimiento fetal, anemia e hipertonía uterina.

[23] González Merlo, ***Obstetricia***, Quinta edición Barcelona – España, Masson S.A 2006, pp. 533.
[24] http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1010/3/Placenta-previa.-Desprendimiento-de-placenta

d) Formas graves: Es la forma clínica de la auténtica aplopejía uteroplacentaria llamado síndrome de Couvelaire. Aparición brusca, dolor tipo lancinante, útero de madera, hemorragia grande y shock, este shock puede ser hipovolémico o consecuencia del trauma del desprendimiento

2.9 DIAGNÓSTICO

2.9.1 Anamnesis

Esta debe estar enfocada en determinar los factores de riesgo condicionantes de un diagnóstico de placenta previa

- Si el estado materno es bueno; solo presentara una anemia proporcional a la intensidad de la hemorragia

- La palpación abdominal muestra datos interesantes; el útero tiene el tamaño correspondiente a la edad gestacional, está blando, no duele al ser explorado, y al auscultar al feto, este está vivo.

- Maniobras de Leopold: el feto tiene una situación o presentación anómala (Podálica, transversa, oblicua), y si hay una situación fetal longitudinal (podálico o cefálico), la presentación no estará encajada .Igualmente podrán percibirse los movimientos fetales, debido a la ausencia de SFA en esta patología.

- La exploración (tacto) vaginal o con espéculo esta formalmente contraindicada, de no realizarse en una sala de exploración hospitalaria con todo preparado para poder llevar a cabo transfusiones y una cesárea ya que estas maniobras pueden desencadenar mayor desprendimiento placentario y hemorragia.

- La mayor incidencia de sangrado aparece a las 33-34 semanas.

2.9.2 Exámenes complementarios

2.9.2.1 Ecografía

Debe determinarse la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2º y 3º trimestre. Permitirá establecer con exactitud el diagnóstico en un 98% de los casos; ya sea esta transabdominal y/o trans vaginal pero el diagnóstico final lo determina la ecografía del III trimestre.[25]

Si existe sospecha de placenta previa, en placentas bilobuladas y en gestaciones gemelares realizar una ecografía transvaginal (TV) para confirmar o no el diagnóstico. La evaluación de una PP en la ecografía TV incluye:

- Visualizar correctamente todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral (cortetransversal) rechazando, si es necesario, la presentación fetal.
- Aplicar Doppler color para descartar hematoma marginal o vasa previa.
- Localizar la inserción cordón.
- En caso de vejiga parcialmente llena: confirmar el diagnóstico de PP tras la micción.
- Valorar signos de acretismo especialmente en PP con antecedente de cesárea previa.

El diagnóstico de una placenta previa se confirma fundamentalmente por ecografía. Estudios recientes han demostrado que el método transvaginal es más seguro y más exacto que la ecografía transabdominal. La ecografía transvaginal también se considera más precisa que la ecografía transabdominal.

En un estudio, el 26% de los diagnósticos relacionados con la localización de la placenta por ecografía transabdominal fueron cambiados posteriormente por los hallazgos de una ecografía transvaginal.[26] En algunas partes del mundo donde la ecografía no está disponible, no es raro que se confirme el diagnóstico con un examen en el quirófano.

[25] *Guillermo Vergara Sagbini, **Placenta Previa**, (*Clínica Maternidad Rafael Calvo C, Octubre *2009),*
[26] Ko, Patrick; Young Yoon «Placenta previa». *Emergency medicine* (en inglés). eMedicine.com.

Las formas graves de desprendimiento de placenta no ofrecen dificultades para el diagnóstico. La asociación de hemorragia, dolor abdominal, hipertonía uterina y shock constituyen un cuadro inconfundible. También hay sufrimiento fetal. La ecografía y Doppler color pueden ayudar a su diagnóstico.

2.9.2.2 Ultrasonido

Es una prueba de tamizaje que se realiza a toda mujer embarazada en diferentes estadios de la gestación, para el diagnóstico de varias anomalías del feto y/o la madre en este caso para determinar la presencia de placenta de inserción baja y de placenta previa que se puede determinar su diagnóstico definitivo a partir de las 28 semanas de amenorrea.

2.9.2.3 Resonancia Magnética

Son consideradas útiles en el diagnóstico de placenta previa cuando la ecografía abdominal o tras vaginal no ha sido satisfactorias.

2.9.2.4 Pruebas de laboratorio

Debido a la posible anemia se solicita al laboratorio:

- Grupo sanguíneo y pruebas cruzadas
- Hemograma completo

Aunque la coagulopatía es un hallazgo muy infrecuente, puede ser útil solicitar:

- Tiempo de protrombina
- Tiempo de tromboplastina parcial Activada
- Fibrinógeno
- Dímero-D
- Plaquetas
- Test de Kleihauer - Betke
- Test de Apt

2.10 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se ha de hacer especialmente con placenta previa, además de todas aquellas circunstancias que cursan con hemorragia durante el parto.

La placenta previa se puede diferenciar con las siguientes patologías y algunos trastornos que se deben tomar en cuenta en casos de hemorragia durante el embarazo incluyen:[27]

- PP (placenta previa): Insidioso
- PP (placenta previa): Roja, intermitente, progresivamente más abundante
- El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (D.P.P.N.), abrupto placentae o accidente de Baudelocque: es el proceso de separación parcial o total de la placenta de su lugar de inserción normal que corresponde al fondo uterino, se produce a partir de las 20 semanas de gestación hasta antes del nacimiento del feto, pudiendo ocurrir incluso durante el trabajo de parto.
- Rotura uterina: en caso de hemorragia interna se piensa en esta patología, pero casi nunca falta el antecedente de operaciones previas en el útero (cesárea o miomectomía anterior). Presenta un cuadro de abdomen agudo y shock, útero pequeño, que a veces no se palpa, el feto se palpa "debajo de la piel" muy superficial.
- Rotura del seno marginal: este cuadro tiene similitud con la placenta previa, la hemorragia es silenciosa, por lo común moderada, de sangre roja sin coágulos, no hay dolor ni aumento de tamaño del útero y no afecta el estado general de la embarazada.

- Cervicitis
- Ruptura prematura de membrana
- Parto pretérmino
- Vaginitis
- Vulvovaginitis
- Desgarro o laceración cervical o vaginal[28]

[27] Joy, Saju; Deborah Lyon. «Placenta previa». *Obstetrics and Gynecology* (en inglés). eMedicine.com

[28] http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1010/3/Placenta-previa.-Desprendimiento-de-placenta

- Aborto espontáneo
- Colecistitis aguda, apendicitis aguda: en estos cuadros existe dolor abdominal sin hipertonía uterina y sin hemorragia.

2.11 TRATAMIENTO

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 manejo de pilares terapéuticos es:

1. Asegurar el estado materno.
2. Asegurar el estado fetal.
3. Evitar complicaciones.

El manejo médico de la placenta previa sangrante es hospitalario y se valorara:

- Intensidad de la hemorragia.
- Edad gestacional.
- Variedad de placenta previa.
- Estado materno y fetal.

Si la paciente no sangra y el diagnóstico ha sido precoz:

- Se informara a la paciente de la situación y los riesgos.
- Determinar el grupo y factor y tener preparada sangre.
- Controlar siempre por ecografías abdominal el cual nos mostrará: situación, presentación fetal y peso estimado, no tactos vaginales.
- Profilaxis de distress respiratorio con corticoides.
- Eventualmente preparar cesárea electiva.

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%).

PP asintomática:

Control ecográfico a las 36 semanas para confirmar la PP y decidir la vía del parto.

PP sintomática:

Según el grado de metrorragia y los antecedentes de la paciente, se decidirá dejar a la paciente en observación (en régimen de CMA) o ingreso:

Paciente en observación:

Pacientes con sangrado leve-moderado y termodinámicamente estable sin factores de riesgo hemorrágico añadido:

- Anamnesis y EF: evitar tactos vaginales; realizar siempre exploración ecográfica TV.
- Venoclisis y analítica que incluya: Hemograma, coagulación y bioquímica básica.
- Comprobación de FCF y de ausencia de DU. Monitorización fetal (NST) >24 semanas.
- Ecografía obstétrica: evaluar presencia de hematoma placentario, longitud cervical e integridad de las membranas.
- Reposo relativo.
- Alta si tras unas horas en observación, la paciente se encuentra clínicamente asintomática y la ecografía descarta complicaciones asociadas.
- Control en 1-2 semanas con su ginecólogo de referencia.

Ingreso hospitalario: Pacientes que no cumplen criterios de ingreso en observación. Además de las actuaciones que se realizarían en un ingreso en observación, realizaremos

- Reserva de sangre; valorar necesidad de transfusión.

- Monitorización materna: constantes vitales, diuresis.
- En gestantes RhD negativas, administrar gammaglobulina anti-D (300 mcg o 1500 UI).
- Monitorización fetal diaria en gestaciones >24 semanas: FCF y dinámica uterina.
- Tocolisis: El tratamiento tocolítico se administrará a pesar de longitud cervical normal o ausencia de dinámica uterina. La elección del fármaco se realizará según el protocolo de APP, teniendo en cuenta que debe evitarse el uso de indometacina por su efecto inhibidor sobre la función plaquetaria, así como de nifedipino en casos de hipotensión clínica.
- Maduración pulmonar: entre las 24.0 y las 34.6 semanas, según protocolo específico.
- Neuroprotección con sulfato de magnesio: entre las 24.0 y las 31.6 semanas, según protocolo específico.
- Reposo absoluto hasta conseguir la estabilización del cuadro.
- La hemorragia grave que no cede tras tratamiento tocolítico, la inestabilidad hemodinámica o la sospecha de pérdida de bienestar fetal serán criterios de finalización inmediata de la gestación.

Tras la estabilización del cuadro:

A. Si la Hemorragia es de escasa a moderada antes de la semana 34-36, Tratamiento expectante**:**

- Reposo absoluto
- Exámenes de sangre (Grupo y factor, Hb y hematocrito, coagulación, proteínas totales, fibrinógeno, creatinina)
- Maduración pulmonar fetal fetal con corticoides (Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis) en gestaciones de 26 a 34 semanas.[29]
- Se administrara tocolíticos (nifedipina vía oral 40 – 60 mg/día).
- No tactos vaginales.
- Se tendrá todo dispuesto para una cesárea en caso de que no ceda la hemorragia.

[29] González G, ***Placenta Previa***, Diagnóstico Prenatal Revista Chilena de Ultrasonografía. Volumen 10 Nº 3/2007 pp. 1-8

- Si la hemorragia cede se continuara con tratamiento expectante.
- Si la hemorragia es tan intensa que amenaza la vida de la paciente (independientemente de la semana de gestación). Se practicará cesárea por indicación materna.
- Se deberá canalizar vena periférica con abocath 18 e iniciar infusión de cristaloides (Solución salina al 0,9%, Lactato de Ringer o solución de Hartman, Haemacel) 1.000 cc. a chorro, luego mantener una infusión entre 150 a 300 ml/hora, tomar muestra para reservar glóbulos rojos empacados.
- Registro continúo de la tensión arterial cada 15 – 30 minutos, preferiblemente con monitoreo electrónico.
- En los casos de compromiso muy severo se deberá medir la presión venosa central, igualmente permitirá monitorizar la infusión de cristaloides y hemoderivados.
- Control estricto de líquidos administrados y eliminados. Se dejará sonda vesical a permanencia.

Si la hemorragia es de escasa a moderada tras la semana 34-36:

- Valoración de la pérdida sanguínea.
- Constatación de la vitalidad y estado fetal.[30]
- Localización de la placenta por ecografía, para no sólo confirmar su inserción anómala, sino diagnosticar su variedad anatómica.
- Administración de corticoides, para acelerar la madurez fetal.

B. Si edad gestacional >36 semanas: finalizaremos la gestación mediante cesárea.
C. Si edad gestacional <36 semanas: Alta con reposo relativo y visita de control en 1-2 semanas en CCEE de medicina maternofetal. Posteriormente realizar ecografías regularmente (al menos cada 4 semanas) dependiendo de la distancia de la placenta al OCI, la edad gestacional y la clínica de la paciente.

[30] [18]González G, ***Placenta Previa***, Diagnóstico Prenatal Revista Chilena de Ultrasonografía. Volumen 10 Nº 3/2007 pp. 1-8

D. Después de la semana 37, la conducta orientará al soporte vital y a la interrupción inmediata del embarazo por cesárea, independientemente de la edad gestacional, la condición fetal o el tipo de placenta previa.

2.11.1 Finalización electiva de la gestación:

Programar reserva de sangre (3 concentrados de hematíes máximo 72 horas antes del día de la cesárea y visita preanestésica -la anestesia loco-regional suele ser la de elección-).

- PP asintomáticas (paciente que nunca ha presentado clínica). Cesárea electiva a las 37-38 semanas.
- PP sintomáticas (paciente que ha presentado al menos un episodio). Cesárea electiva a las 36-37 semanas.
- Si es clínicamente posible, programar a partir de las 37 semanas.
- En los casos de PP de inserción baja situada entre 11-20mm de OCI, puede plantearse la opción a parto vaginal (tasa de éxito descrita 69%), explicando la posibilidad de cesárea en curso de parto por hemorragia intraparto.

2.11.2 Tipo de incisión:

Debemos disponer de una ecografía previa a la cesárea para determinar con precisión la localización de la placenta. Aunque la incisión segmentaria transversa es la de elección, se debe evitar incisión transplacentaria siempre que sea posible y realizar la incisión lo más lejos posible de la inserción de cordón. Si la incisión es transplacentaria se debe atravesar rápidamente la placenta para la extracción fetal.

Cualquier gestante con hemorragia uterina durante el último trimestre de embarazo es sospechosa de placenta previa y debe ser evaluada por un médico especialista. Con un espéculo se elimina la posibilidad de un sangrado de otras causas, como las varices vaginales, ectopia cervical, tumor cervical, etc. Está contraindicado el tacto vaginal y rectal.[31]

[31] José María Carrera Maciá; Bernat Serra Zantop. *Protocolos de Obstetricia y Medicina perinatal*

El tratamiento suele ser expectante hasta el desarrollo fetal, la indicación es la realización de una cesárea programada, incluso en la placenta previa periférica, a pesar de ser compatible con un parto vaginal para evitar posibles complicaciones.

El momento correcto de un examen en el quirófano es importante. Si la mujer no tiene una hemorragia grave, puede ser manejada sin intervención quirúrgica hasta la semana 36. Para entonces, la probabilidad de supervivencia del bebé es tan bueno como si fuera un bebé a término.

Estudios con pacientes diagnosticados con placenta previa no han mostrado alguna diferencia antes de la primera hemorragia con respecto a la morbilidad materna o fetal con el manejo ambulatorio del hogar frente a la hospitalización.

No obstante, si se produce sangrado o contracciones en pacientes diagnosticadas con placenta previa, ésta debe ir rápidamente al hospital para la evaluación, las pruebas diagnósticas y el tratamiento adecuado.

Si el sangrado continúa y si llega a ser voluminosa, se indica la preparación para la cirugía inmediata. Si el sangrado es mínimo y no se evidencia sufirmiento fetal, se suele considerar una conducta expectante para permitir mayor madurez fetal.

Ningún medicamento es de beneficio específico para una paciente con placenta previa.

A menudo, se suele indicar precavidamente la administración de tocolíticos en los casos de sangrado mínimo y ante la extrema prematuridad fetal, la administración de corticosteroides prenatales para la maduración pulmonar.

Las pacientes con placenta previa deben mantener una buena ingesta de hierro y ácido fólico como margen de seguridad en caso de posibles sangrados.

Si durante la gestación se producen más de un episodio de sangrado, también se indica considerar la hospitalización hasta el parto, dada la creciente posibilidad de desprendimiento placentario y muerte fetal.

2.12 COMPLICACIONES:

- Mayor morbi-mortalidad perinatal: RPM, parto prematuro
- Mal presentación fetal
- Hemorragia grave, necesidad de drogas vasoactivas y transfusión, shock hipovolémico
- Presencia de placenta ácreta, vasa previa, inserción velamentosa de cordón
- Hemorragia posparto: debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, las pacientes con PP tienen un mayor riesgo de hemorragia posparto. Actuar según protocolo de hemorragia posparto.
- Histerectomía urgente
- Embolia de líquido amniótico

2.12.1 Complicaciones Maternas

- Choque hipovolémico.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Insuficiencia renal aguda.
- Apoplejía útero placentaria (Útero de Couvelaire).
- Necrosis hipofisaria postparto (Síndrome de Sheehan).

2.12.2 Complicaciones Fetales

- Hipoxia.
- Anemia.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Prematuridad.
- Malformaciones congénitas.

2.12.3 Conducta durante el embarazo

Una de las complicaciones más temidas de la placenta previa es el acretismo placentario, que se caracteriza por la excesiva invasión del trofoblasto en el miometrio, dando lugar a hemorragia significativa cuando el obstetra intenta hacer el alumbramiento de la placenta.

Lamentablemente, la placenta previa acreta se ha convertido en una patología cada vez más frecuentes. En 1952, de 1.000 mujeres con placenta previa, sólo 2 tenían una placenta accreta asociada. En 1980 la cifra aumentó hasta 40,5/1,000, en 1985 a 99[32]

Ingreso de la paciente a un centro hospitalario a la primera metrorragia, inclusive aunque ésta tenga tendencia a ceder o haya cesado por completo. En los casos de hemorragia masiva y persistente, se realizará de inmediato la operación cesárea. En los demás casos las medidas serán las siguientes:

- Reposo en cama y administración de sedantes del miometrio (beta adrenérgicos).
- Conducta expectante no tiene razón de ser y ante cualquier pérdida hemorrágica importante se impone la cesárea.

En las etapas intermedias (entre las semanas 34y 37) cada caso será analizado individualmente, valorando por un lado el desarrollo fetal y por el otro la intensidad de la hemorragia, así como la variedad anatómica de la placenta.

2.12.4 Conducta durante el parto

La cesárea se impone inicialmente en los siguientes casos:

1. Variedad oclusiva total o parcial.
2. Intensa hemorragia de comienzo.
3. Pacientes con mal estado general (shock o preshock).

Tipos de riesgo por placenta previa	
Riesgo	**Morbilidad**
10%	Sangrado antes del parto
33%	Necesidad de histerectomía
10%	Transfusión de sangre
5.5%	Septicemia
5%	Tromboflebitis

[32] 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.

2.13 PRONÓSTICO

Pueden aparecer signos clínicos como metrorragias y complicaciones que pongan en riesgo al feto o a la madre, como una hemorragia masiva, tromboembolia y shock. Sin embargo, el pronóstico suele ser bueno si se maneja adecuadamente. La mortalidad asociada con una placenta previa suele estar entre 2 y 3%.

2.13.1 Pronóstico materno

Placenta ácreta (15.25% de los pacientes), increta o percreta y prematuridad. Las placentas, tanto ácreta como increta y más aún la percreta, dan lugar a un sin fin de complicaciones.

Desde el punto de vista materno, agravan la morbimortalidad, la hemorragia (60-65%), la infección (30-35%) y los accidentes tromboembólicos (4-6%).

El pronóstico en parte dependerá de la variedad anatomo-clínica, de la intensidad y a la frecuencia de las pérdidas hemorrágicas y de la precocidad y eficacia del tratamiento establecido.

2.13.2 Pronóstico fetal

Las causas más habituales de mortalidad fetal son la prematuridad (60-80%), la anoxia, la anemia, los traumatismos obstétricos y las malformaciones.

En cuanto a la morbilidad fetal hay que destacar que es más frecuente el retraso de crecimiento intrauterino, lo que implica un incremento de los recién nacidos de bajo peso./1.000 y desde 1995 ha superado 150/1.000.[33]

[33] Incidence and Risk Factors for Placenta Accreta/Increta/Percreta in the UK: A National Case-Control Study. v.7(12); 2012. PMC3531337

2.30.- TABLA A: CODIFICACIÓN CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima revisión)

O 44	Placenta previa.
O 44 0	Placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia. (Implantación baja especificada como sin hemorragia).
O 44 1	Placenta previa con hemorragia (marginal, parcial, total).
O 46	Hemorragia anteparto no clasificada en otra parte.
O 46.8	Otras hemorragias anteparto.
O 46.9	Hemorragia anteparto, no especificada.

2.31.- TABLA B: CODIFICACIÓN CIAP 2 (Clasificación Internacional de Atención Primaria)

W 03	Hemorragia antes del parto.
W 84	Embarazo de alto riesgo.
W 99	Otros problemas/ enfermedades del embarazo/ parto.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo es un estudio Retrospectivo, Descriptivo, No Experimental, porque describió los casos encontrados de Placenta Previa en mujeres 20 a 25 años y los principales factores predisponentes para su desarrollo en esta población, también porque los datos se obtuvieron en un momento específico.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

Comprende el Área Gineco-Obstétrica perteneciente al Hospital Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil entre los meses de Enero a Diciembre del 2014

3.3 UNIVERSO

El universo del estudio fue seleccionado a través de las historias clínicas de mujeres embarazadas con diagnóstico de placenta previa atendidas en el área tocoquirúrgica del Hospital Enrique C. Sotomayor, correspondiendo 312 pacientes.

3.4 MUESTRA

La muestra fue de 70 casos de mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Mujeres placenta previa de 20 a 25 años

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Mujeres con placenta previa mayores de 25 años

3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de los datos de investigación se elaboró un formulario donde se recogió toda la información necesaria de acuerdo a los objetivos planteados; utilizando como fuente al departamento de Estadística del Hospital Enrique C. Sotomayor, se

elaboró el listado de las historias clínicas de las embarazadas de 20 a 25 años con diagnóstico de Placenta Previa, en el período establecido.

3.8 DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

- Aprobación del proyecto por el comité de la Escuela de Medicina de la Universidad de Guayaquil.

- Autorización para ingreso a estadísticas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, previa solicitud mediante oficio.

- Obtención de datos mediante Historias Clínicas.

- Estudio sistemático de la información obtenida.

- Análisis de resultados.

3.9 RECURSOS EMPLEADOS

3.9.1 TALENTO HUMANO

Tutor de tesis

Investigadora

Personal del departamento Estadístico del Hospital Enrique C. Sotomayor.

3.9.2 RECURSOS MATERIALES

Historias clínicas

Equipos de Oficina

Tratados de Medicina Gineco-Obstétricos

Navegación por Internet

Bolígrafo

Computadora

Dispositivo USB

Tinta de impresora

Teléfono

Otros

3.9.3 RECURSOS ECONÓMICOS

El presente estudio fue financiado por esta autora, se usó la suma de $433.50 dólares.

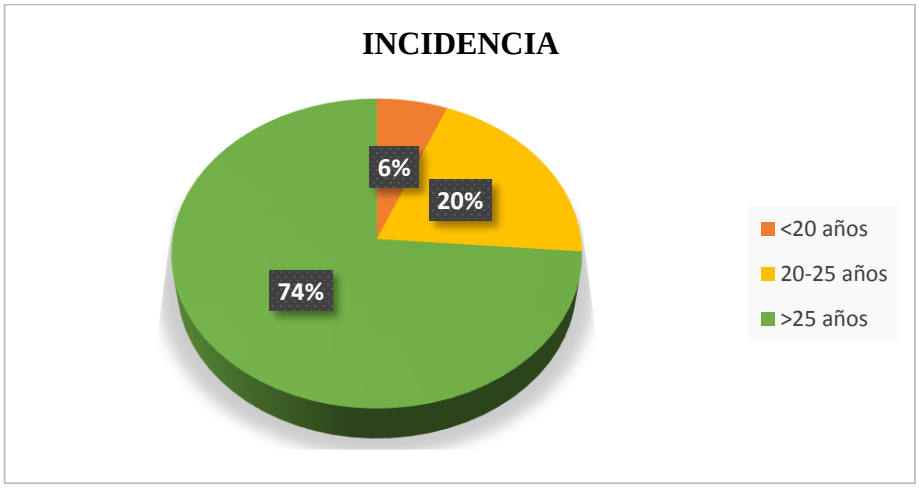
4. RESULTADOS

Distribución según la incidencia de mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº 1

Placenta previa (edad de estudio)	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
<20 años	19	6%
20-25 años	63	20%
>25 años	230	74%
	312	**100%**

GRÁFICO Nº 1



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Análisis e Interpretación:

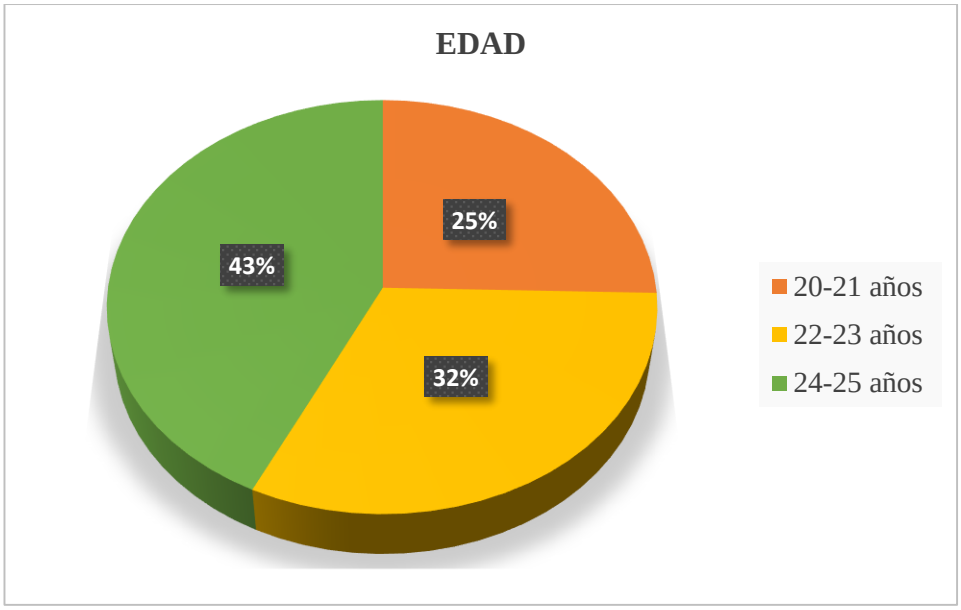
De las 312 pacientes con Placenta Previa en general atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor durante el periodo de Enero a Diciembre del 2014, el 6% corresponde a 19 mujeres de <20 años con ésta patología, mientras que las pacientes mayores de 20 a 25 años presentaron el 20%, y el 74% corresponde a 230 mujeres de >20 años con ésta patología lo que no difiere con la literatura de que las pacientes mayores de 25 años son las más frecuentes.

Distribución según la edad de las pacientes con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº 2

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-21 años	16	25%
22-23 años	20	32%
24-25 años	27	43%
TOTAL	**63**	**100%**

GRÁFICO Nº2



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Interpretación y Análisis:

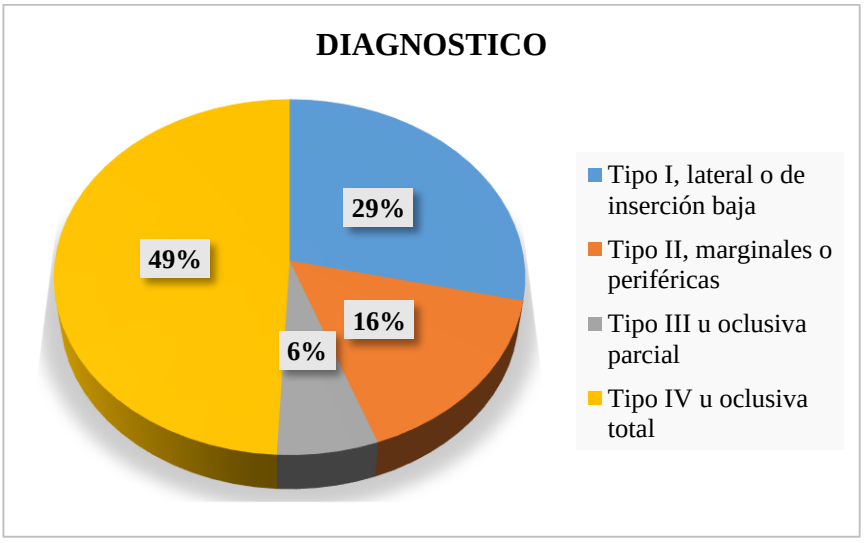
En el cuadro y gráfico nº 2, se presentó un 25% de casos con edades entre 20 a 21 años, los de 22 a 23 años correspondieron el 32%, el 43% fueron de 24 a 25 años. Observando así, que los casos de mujeres de 24 a 25 años con Placenta Previa fueron las edades más frecuentes en este estudio.

Distribución según la clasificación de las pacientes con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº 3

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tipo I, lateral o de inserción baja	18	28,57%
Tipo II, marginales o periféricas	10	15,87%
Tipo III u oclusiva parcial	4	6,35%
Tipo IV u oclusiva total	31	49,21%
TOTAL	63	100%

GRÁFICO Nº3



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Interpretación y Análisis:

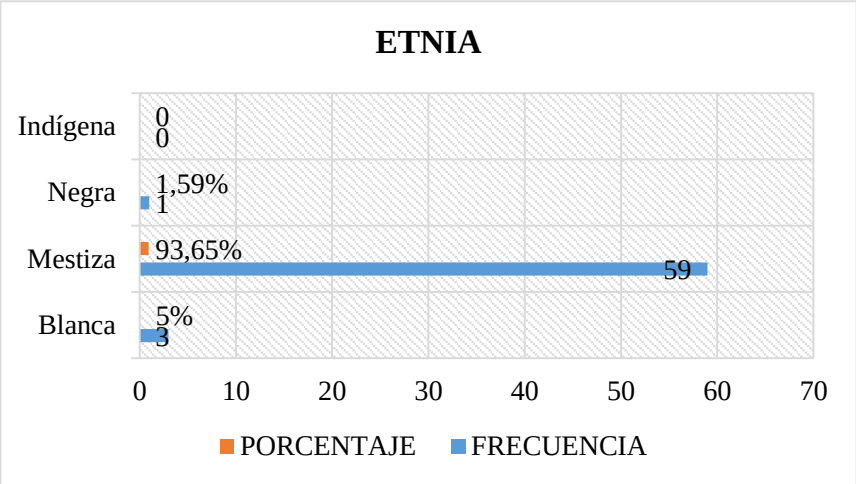
El cuadro correspondiente determina que en mujeres con Placenta Previa se presentaron 18 casos (28,57%) de Tipo I, lateral o de inserción baja, el 15,87% con 10 casos de Tipo II, marginales o periféricas, 6,35% % con 4 casos de Tipo III u oclusiva parcial y de Tipo IV u oclusiva total 31 casos (49,21%) lo que indica que la Placenta Previa de Tipo IV fue el diagnóstico de mayor frecuencia en el grupo estudiado.

Distribución según la etnia de mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº4

ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Blanca	3	5%
Mestiza	59	93,65%
Negra	1	1,59%
Indígena	0	0
TOTAL	63	**100%**

GRÁFICO Nº4



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Interpretación y Análisis:

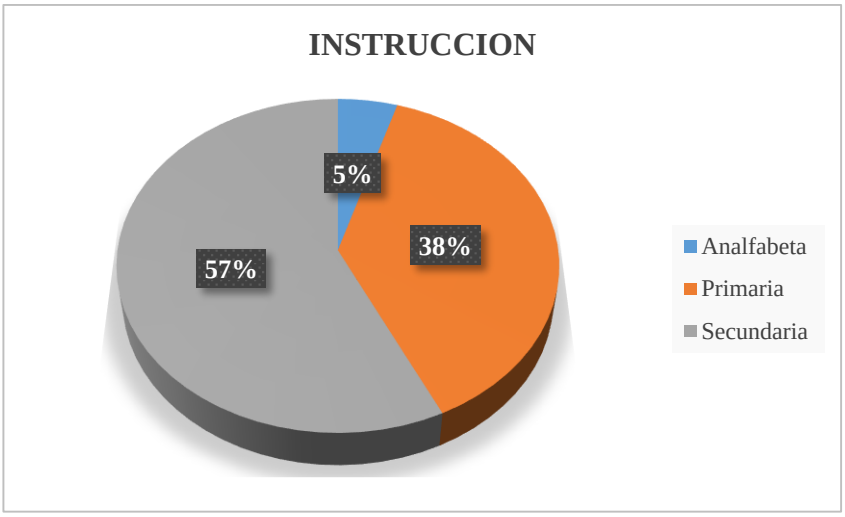
Se presentaron en el cuadro nº 4, 93,65% de casos con etnia mestiza, la etnia negra corresponde el 1,59% y la blanca presentó un 5%. Demostrando en este estudio que las pacientes con más frecuencia son las mestizas.

Distribución según la instrucción de mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº 5

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	3	5%
Primaria	24	38%
Secundaria	36	57%
TOTAL	**63**	**100%**

GRÁFICO Nº 5



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Interpretación y Análisis:

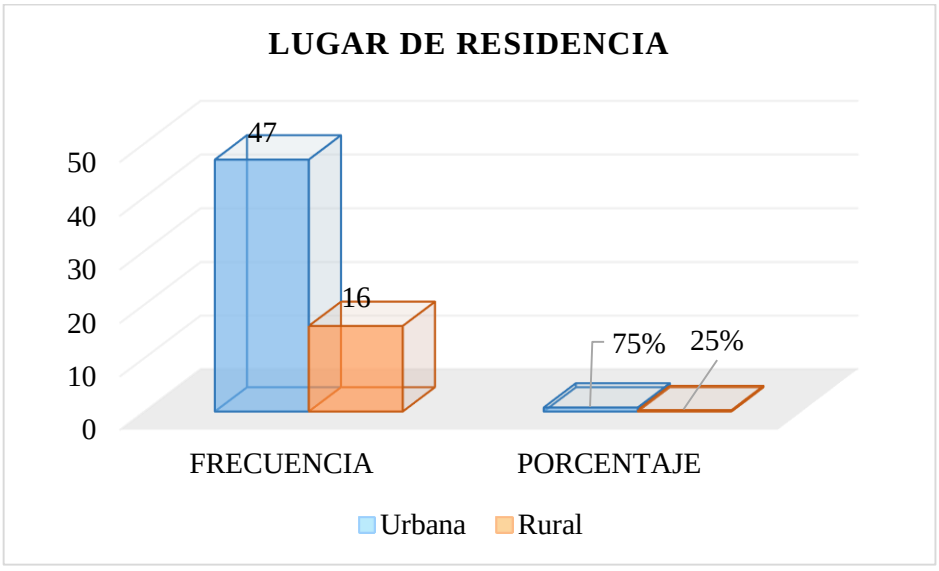
El cuadro nº 5, demuestra que el 57% de casos presentaron instrucción secundaria, las mujeres con instrucción primaria con el 38% y el 5% como analfabetas. Lo que nos indica que la falta de escolaridad no es un principal factor de predisposición en esta investigación

Distribución según el lugar de residencia de mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº 6

LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	47	75%
Rural	16	25%
TOTAL	**63**	**100%**

GRÁFICO Nº 6



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Interpretación y Análisis:

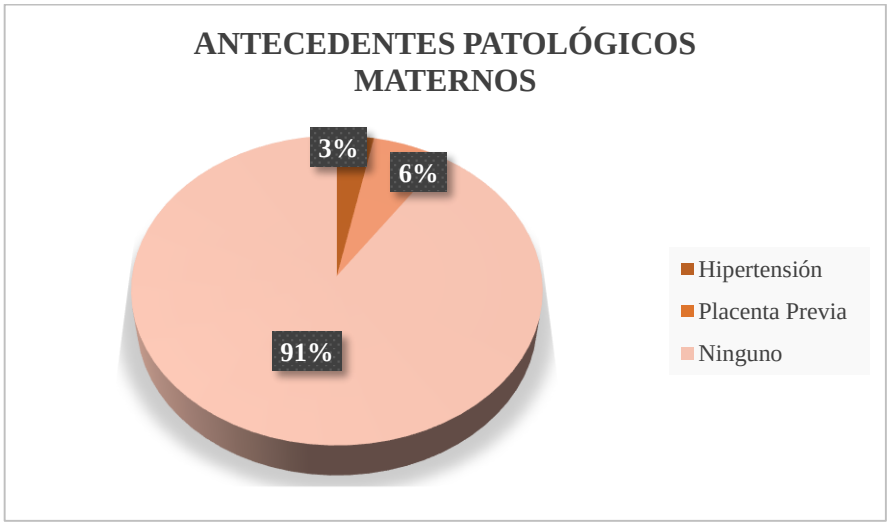
Del total de los casos investigados, se encontraron que 47 pacientes viven en zonas urbanas correspondiendo el 75% y aquellas de zona rural se presentaron 16 mujeres que equivale el 25% de casos. Siendo las de mayor frecuencia aquellas pacientes de zonas urbanas.

Distribución según los antecedentes patológicos maternos de mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº 7

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertensión	2	3%
Placenta Previa	0	0%
Diabetes	4	6%
Ninguno	57	91%
TOTAL	**63**	**100%**

GRÁFICO Nº 7



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Interpretación y Análisis:

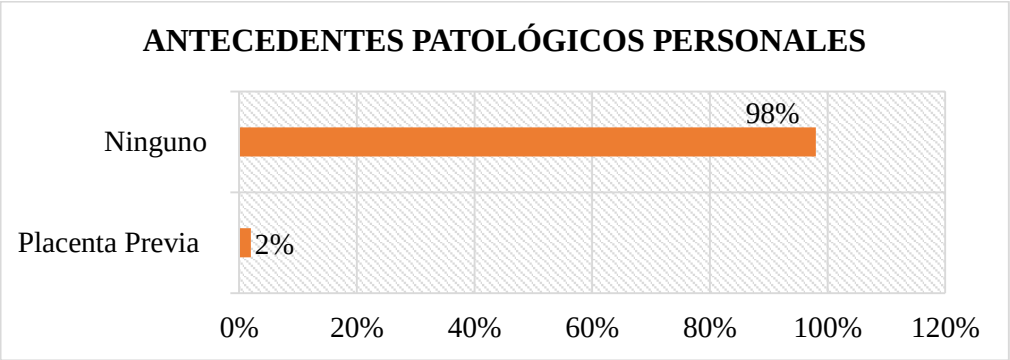
Según los antecedentes patológicos maternos en la investigación se presentaron: un 91% de casos sin ningún antecedente, 3% de ellos con hipertensión, 6% correspondieron a la diabetes. Demostrando en este estudio que los antecedentes maternos no influyeron directamente en la enfermedad.

Distribución según los antecedentes patológicos personales de mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº 8

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertensión	0	0%
Placenta Previa	1	2%
Diabetes	0	0%
Ninguno	62	98%
TOTAL	**63**	**100%**

GRÁFICO Nº 8



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Interpretación y Análisis:

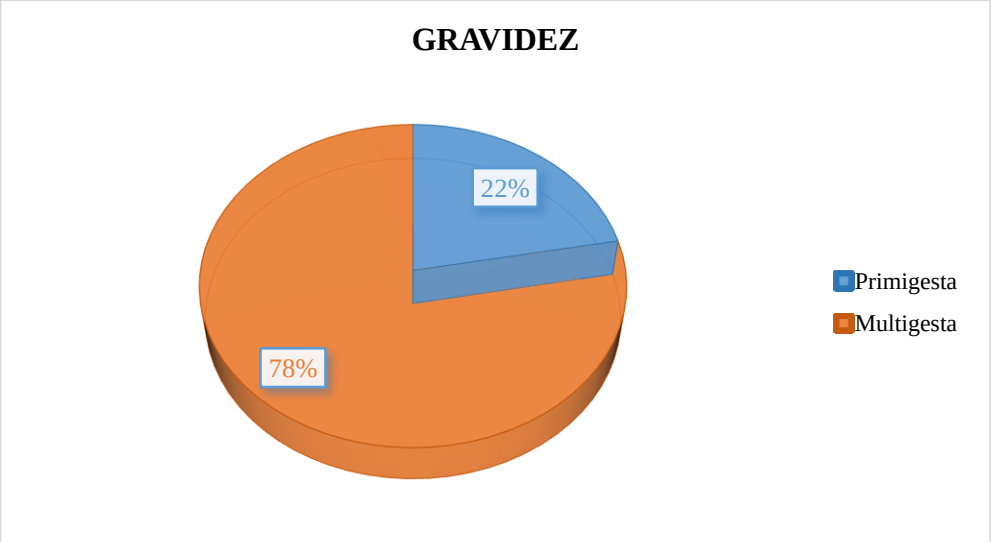
El cuadro nº 8 indica que 62 casos no presentaron antecedentes patológicos personales con el 99%, el 1% correspondieron a antecedentes de Placenta Previa, los casos de hipertensión y obesidad representaron el 0% respectivamente. Por lo que tampoco se reflejaron los antecedentes personales patológicos como factor de mayor predisposición de Placenta Previa.

Distribución según la gravidez de las de mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº 9

GRAVIDEZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	14	22%
Multigesta	49	78%
TOTAL	**63**	**100%**

GRÁFICO Nº 9



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Interpretación y Análisis:

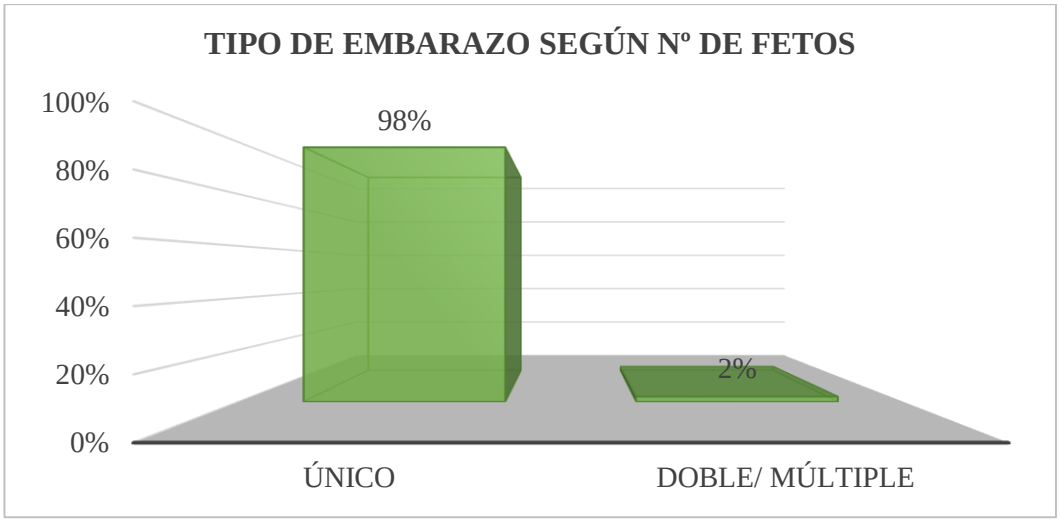
De los 63 casos investigados, 14 pacientes fueron primigestas que correspondieron el 22% y el 78% de ellas multigestas con 49 casos. El resultado de este estudio concuerda con la literatura de que la Placenta Previa es más frecuente en multigestas que en primigestas. Además que el 100% de las multigestas presentaron cesarías/legrados previos.

Distribución del tipo de embarazo según el número de fetos en mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº 10

TIPO DE EMBARAZO SEGÚN Nº DE FETOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Único	62	98%
Doble/ Múltiple	1	2%
TOTAL	**63**	**100%**

GRÁFICO Nº 10



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Interpretación y Análisis:

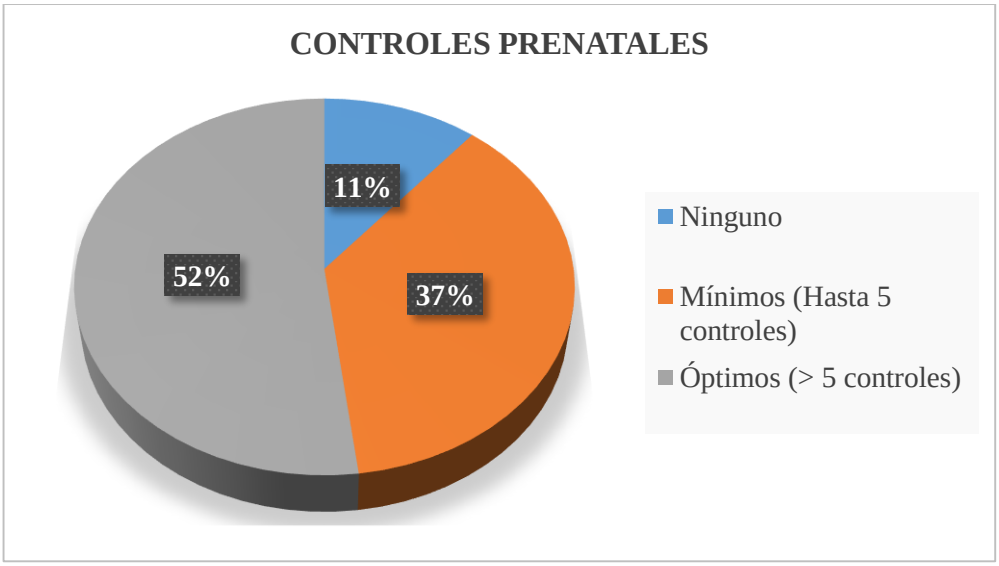
En este gráfico se observa que 62 pacientes presentaron embarazos de feto único con el 98%, y las pacientes con embarazos dobles/múltiple se registraron 1 que equivale al 2% de casos. El embarazo gemelar presentó un menor porcentaje por lo que no se lo consideró como un factor predisponente de la preeclampsia en los casos estudiados.

Distribución según los controles prenatales de mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº11

CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	7	11%
Mínimos (Hasta 5 controles)	23	37%
Óptimos (> 5 controles)	33	52%
TOTAL	**63**	100%

GRÁFICO Nº11



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Interpretación y Análisis:

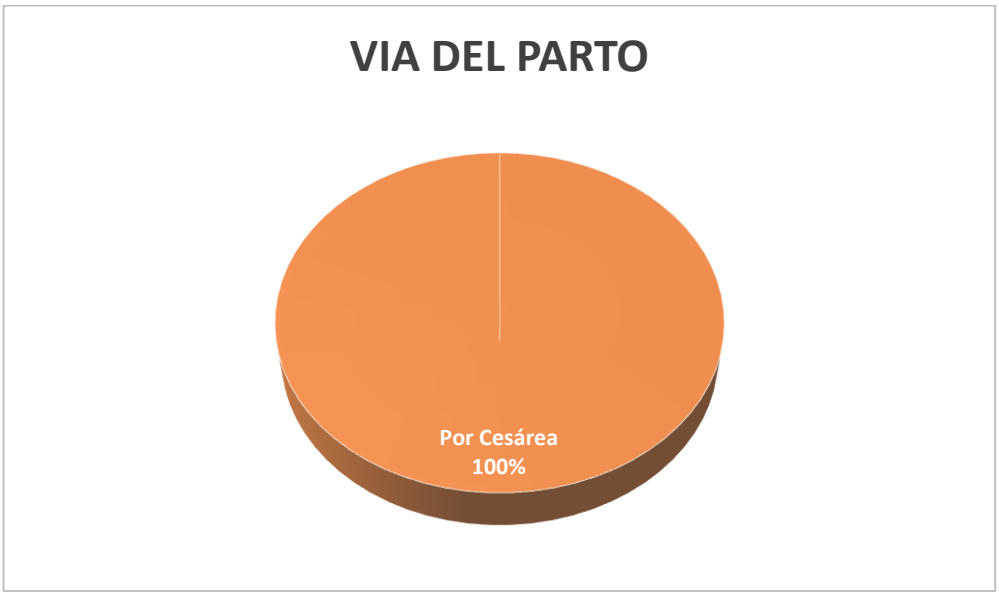
Se demuestra en el cuadro nº 11, que 23 pacientes tuvieron controles prenatales mínimos con un 37%, mientras que se presentaron 33 casos con controles prenatales óptimos que corresponde el 52% y 7 pacientes sin ningún control prenatal con el 11%. Lo cual indica en este estudio que los controles prenatales deficientes no fueron uno de los principales factores determinantes de la Placenta previa.

Distribución según la vía del parto de mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº 12

VIA DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vaginal	0	0%
Por Cesárea	63	100%
TOTAL	**63**	**100%**

GRÁFICO Nº 12



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Interpretación y Análisis:

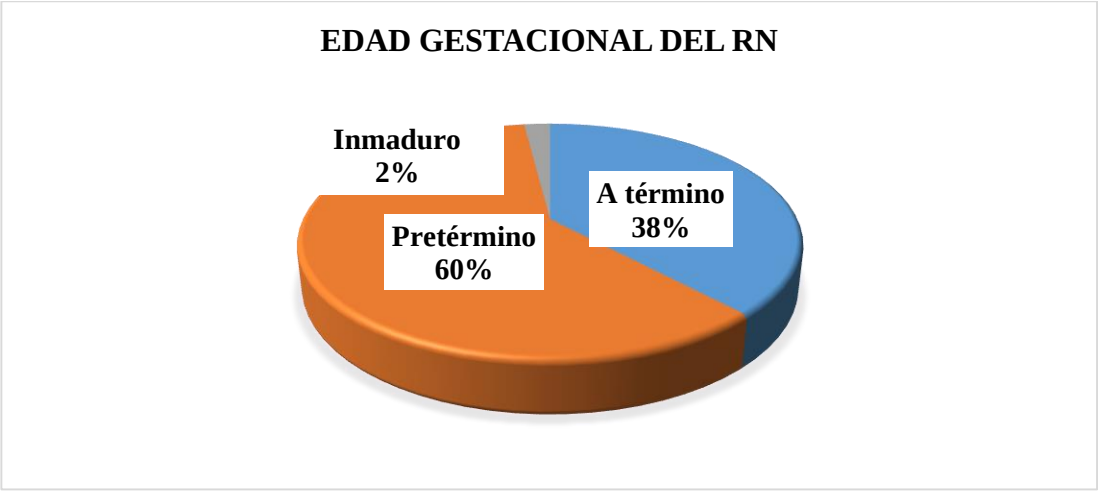
En el gráfico se observa que 63 mujeres tuvieron parto por vía cesárea que corresponde al 100 % de casos. Determinando en este estudio que las pacientes con Placenta Previa de 20 a 25 años presentaron absoluta frecuencia de parto por cesáreas.

Distribución según la edad gestacional del recién nacido de mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº13

EDAD GESTACIONAL DEL RN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A término	24	38%
Pretérmino	38	60%
Inmaduro	1	2%
TOTAL	**63**	**100%**

GRÁFICO Nº13



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Interpretación y Análisis:

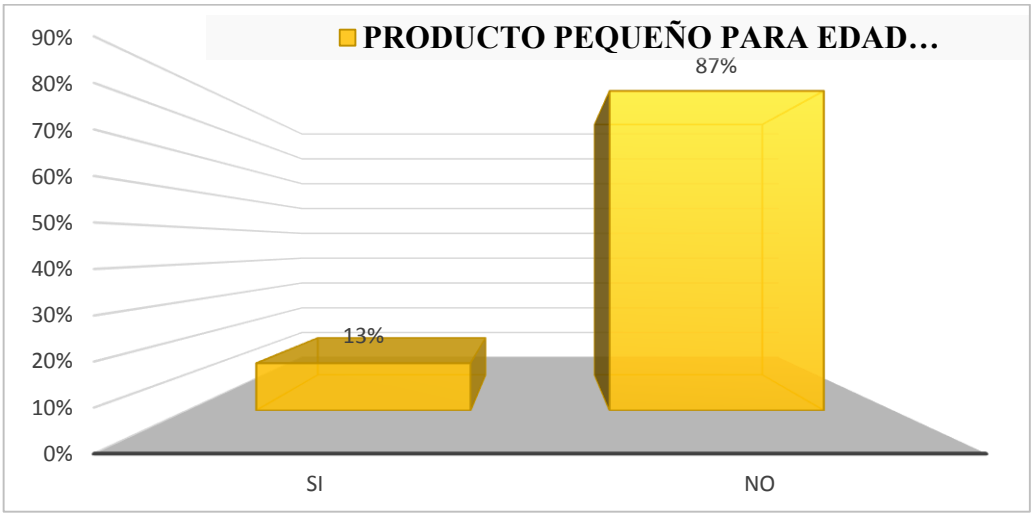
De los 63 casos investigados de pacientes con Placenta Previa de 20 a 25 años, se presentaron 24 pacientes que tuvieron recién nacidos a término correspondiendo al 38%, 2% recién nacido inmaduro, por el contrario 38 mujeres tuvieron recién nacidos pretérminos que equivale al 60%. Resultando en este estudio, que los índices de mayor frecuencia son los recién nacidos a pretérmino.

Distribución de casos según producto pequeño para la edad gestacional de mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº14

PRODUCTO PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	8	13%
No	55	87%
TOTAL	**63**	**100%**

GRÁFICO Nº14



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Interpretación y Análisis:

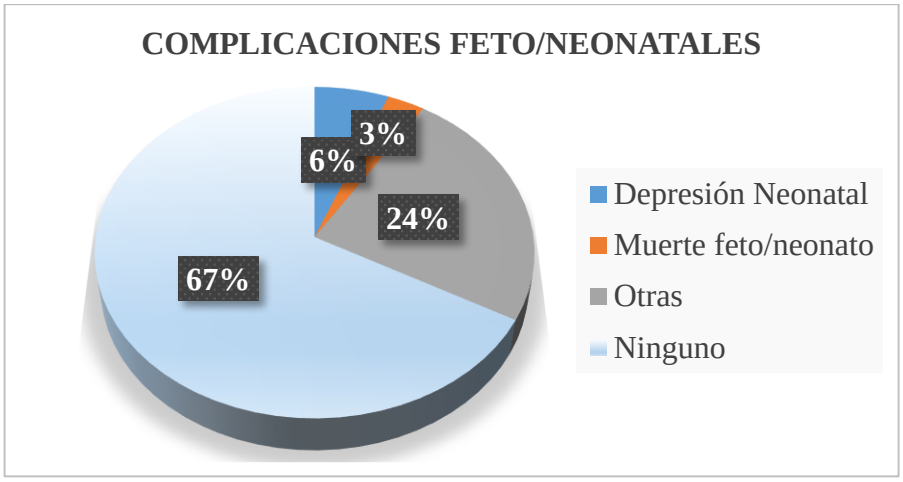
Se representa en este gráfico 55 (87%) casos que no presentaron un producto pequeño para la edad gestacional y 8 casos que sí tuvieron un Producto pequeño para la edad gestacional que corresponde al 13%. Se demuestra en este estudio que la mayoría de los casos fueron recién nacidos con adecuado peso al nacer según la edad gestacional respectiva.

Distribución de casos según las Complicaciones Feto/Neonatales de mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº15

COMPLICACIONES FETO/NEONATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresión Neonatal	4	6%
Muerte feto/neonato	2	3%
Otras	15	24%
Ninguno	42	67%
TOTAL	**63**	**100%**

GRÁFICO Nº15



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS
Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Análisis e Interpretación:

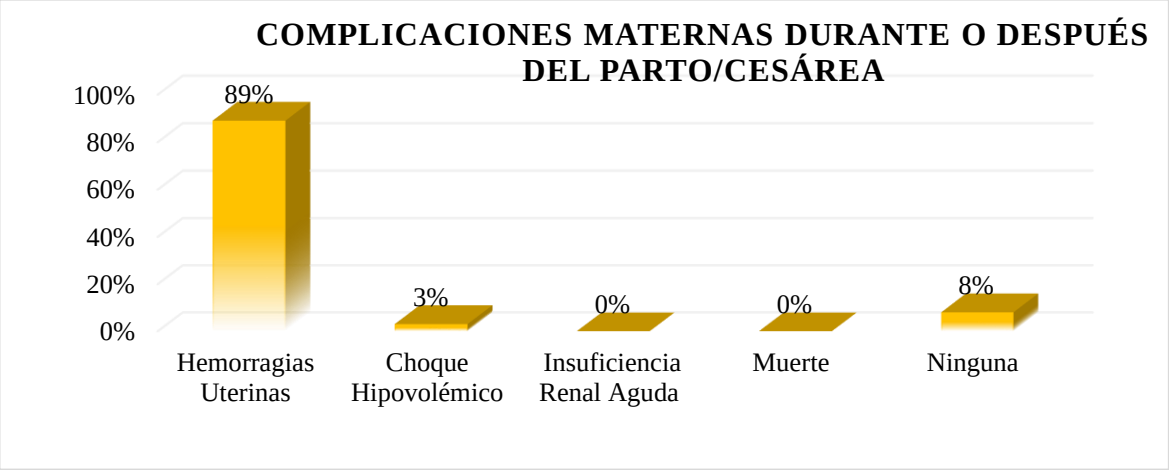
En el cuadro y gráfico nº 15, se presentaron 42 casos que no tuvieron complicaciones Feto/neonatales que equivale al 67%, 4 casos con Depresión Neonatal correspondiendo al 6% y 2 de muerte fetal con el 3%. En el estudio no se presentaron casos en relación con otras complicaciones feto/neonatales como hipoxia y Malformaciones congénitas.

Distribución según Complicaciones Maternas Durante o Después del Parto/Cesárea en mujeres con Placenta Previa de 20 a 25 años. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Enero a Diciembre del 2014.

CUADRO Nº 16

COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO/CESÁREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hemorragias Uterinas	56	89%
Choque Hipovolémico	2	3%
Insuficiencia Renal Aguda	0	0%
Muerte	0	0%
Ninguna	5	8%
TOTAL	**63**	**100%**

GRÁFICO Nº16



Fuente: Historia clínica de las pacientes con Placenta Previa del HECS

Elaboración: La investigadora Guayaquil-Ecuador

Análisis e Interpretación:

Este gráfico indica que se encontraron 5 pacientes sin ninguna complicación materna con el 8%; 56 casos con Hemorragias Uterinas representado por el 89%; 2 pacientes con Choque Hipovolémico correspondiendo el 3% de casos, resultando en este estudio que no se presentaron complicaciones maternas significativas.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En el presente estudio investigativo se demuestra la incidencia de Placenta Previa en mujeres entre 20 a 25 años en 63 casos, de un universo de 312 pacientes con Placenta Previa de todas las edades. La incidencia de esta patología en este grupo de pacientes jóvenes que se atendieron en el Hospital Enrique C. Sotomayor es del 20% de casos en comparación con las de mayor edad con un 74%, lo cual no contradice la literatura que manifiesta que la Placenta Previa se desarrolla con más frecuencia en pacientes mayores de 25 años.

La Placenta Previa tipo IV como diagnóstico en el área toco-quirúrgica del Hospital Sotomayor ocupa una alta incidencia, siendo el trastorno más frecuente con el 49,21% de los casos, el cual está estrechamente ligado con factores predisponentes que se presentaron con mayor frecuencia como: la etnia mestiza con un 93,65%, lo que contradice la literatura de que las pacientes de etnia negra son las más frecuentes, tener deficientes controles prenatales durante la gestación con el 48%, seguido de la condición de ser multigesta con el 78% ,; de las cuales el 100% presentaron cesarías previas o legrados anteriores por lo consiguiente se comprobó la hipótesis planteada en este estudio.

También se presentaron otros factores en porcentajes más bajos pero de gran importancia tales como el nivel escolar bajo, lo que demuestra que los factores sociales y ambientales predisponen la aparición de Placenta previa; el lugar de residencia resultó ser un factor determinante por el hecho que se presentaron porcentajes tanto para la zona rural como urbana con el 25% y 75% respectivamente.

Con respecto a la evaluación del impacto de esta patología en la madre y feto, el 60% de los Recién nacidos fueron pretérminos, el 13% fueron pequeños para la edad gestacional, el 6% de ellos presentaron depresión neonatal y referente a muerte fetal el 3% y otras complicaciones en el 24% de casos; lo que nos demuestra que la Placenta Previa es una patología grave que con lleva a diversas complicaciones que aumentan la morbi-mortalidad feto/neonatal.

Sin embargo, en el trabajo de investigación la hemorragia uterina durante o después del parto/cesaría fue del 89% de todas las pacientes jóvenes estudiadas no presentaron mayor complicaciones, por lo cual es satisfactorio demostrar que mediante el tratamiento oportuno que recibieron se lograron disminuir las complicaciones maternas.

Por lo que se concluye que el reconocimiento de los factores predisponentes de la Placenta Previa contribuye de una forma directa para detectar y clasificar a las pacientes de riesgo que en conjunto con los controles prenatales óptimos, la valoración de la ecografía y en especial en el último trimestre de gestación permitirán detectar la enfermedad precozmente, aplicar el manejo terapéutico adecuado y así evitar las graves complicaciones en el binomio madre-feto.

5.2 RECOMENDACIONES

Que el equipo de salud que atiende esta patología, la Placenta Previa , tenga conocimientos actualizados de los principales factores predisponentes en una mujer gestante para desarrollar ésta enfermedad, lo cual permitirá un manejo adecuado, oportuno y uniforme de las pacientes con estos trastornos.

Realizar charlas educativas que incentiven a las pacientes a una buena calidad de vida, a disfrutar de una maternidad saludable y sin futuras complicaciones.

También orientando a las familias sobre educación sexual, planificación familiar y las patologías más comunes para evitar embarazos y con ello legrados en la adolescencia. Aumentando el nivel de educación en salud para todas las pacientes, en especial aquellas mujeres menores de 20 años por medio del trabajo en equipo de médicos y obstetras.

Capacitar al personal de salud periódicamente sobre los diversos problemas de salud pública que aquejan nuestro medio y que los avances de la medicina puedan estar al

alcance de toda la población, ya sea incrementado los servicios de salud en aquellas zonas rurales y de difícil acceso para las pacientes.

Que en todas las instituciones de salud se cuente con equipamiento básico adecuado para brindar una atención de calidad para las pacientes, garantizando la integridad, salud y vida de cada persona, además de referir a la unidad de atención de mayor complejidad los casos que ameriten una atención especializada.

Desarrollar un plan especial de control prenatal en los centros de salud para las embarazadas con riesgo, en el cual el medico pueda registrar toda la información necesaria de cada historia clínica en una base de datos y que se cree un vínculo entre estos centros de menor complejidad y los hospitales donde serán trasferidas las pacientes que necesiten una atención especial para que puedan ser asistidas satisfactoriamente conociendo sus antecedentes, complicaciones y tratamientos que recibieron durante su embarazo.

PROPUESTA

TÍTULO

CAMPAÑA DE CHARLAS PREVENTIVAS DE PLACENTA PREVIA

JUSTIFICACIÓN

Ya que la Placenta Previa es uno de los principales problemas de salud pública, responsable de graves consecuencias que conlleva para la madre y feto, hasta incluso puede causar mortalidad, se ve la necesidad de realizar acciones preventivas para esta patología, mediante la orientación de las pacientes sobre los factores de riesgo y consecuencias de Placenta Previa, haciendo que ellas puedan identificarlos y contribuyendo a una detección temprana de la enfermedad.

Logrando que las pacientes, médicos y obstetras formen un equipo óptimo de salud en el control prenatal, de esta manera se podrá evitar muchas complicaciones maternas y fetales.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Contribuir en la disminución de las complicaciones maternas y fetales a causa de Placenta Previa en la ciudad de Guayaquil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Orientar a las mujeres embarazadas y en edad fértil sobre Placenta Previa, los factores de riesgo así como sus consecuencias.
- Lograr que las pacientes puedan reconocer cuando se encuentran expuestas a un factor de riesgo para Placenta Previa.
- Reducir las detecciones tardías de Placenta Previa en los controles prenatales.

FACTIBILIDAD

La propuesta es factible porque no involucra mayores costos, tiene una duración limitada y de corto tiempo. Se necesita la disposición de un grupo de trabajadores de salud para impartir las charlas, de materiales didácticos, bibliográficos y tecnológicos que son de fácil acceso para poder realizar el proyecto.

DESCRIPCIÓN

- La campaña de charlas se realizará en los 4 principales establecimientos de salud de la ciudad de Guayaquil, con la colaboración de médicos y obstetras capacitados, quienes serán los que impartirán la información sobre Placenta Previa a las pacientes en el área de consulta externa de los centros antes mencionados.
- Se trabajará con las pacientes embarazadas y con las mujeres en edad fértil.
- Se utilizará información actualizada, papelógrafos con imágenes, folletos, si es posible con diapositivas haciendo que sea una charla didáctica, captando el interés de las pacientes e interactuando con ellas.
- La campaña se iniciará a inicios de mes, tendrá duración de 4 semanas, realizando una charla por semana.
- Se llevará un control de las pacientes que participen con fecha y tema.

CAMPAÑA DE CHARLAS PREVENTIVAS DE PREECLAMPSIA		
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		
Fecha	**Lugar**	**Tema**
	Maternidad "Matilde Hidalgo del Procel"	Preeclampsia: -¿Qué es? -Factores de riesgo -Complicaciones en el embarazo y parto -Consecuencias
	Hospital "Albert Gilbert Pontón"	
	Maternidad "Mariana de Jesús"	
	Hospital "Enrique C. Sotomayor"	

SEGUIMIENTO:

Se graficará el control de actividades por cada establecimiento donde se realice la campaña, con los materiales utilizados, fecha, número de pacientes que escucharon la charla y observaciones.

CONTROL DE CHARLAS REALIZADAS	
Establecimiento:	**Fecha:**
Materiales utilizados:	**N° pacientes:**
Observaciones:	
Nombre de pacientes	**Firma**

Después de unos meses de culminadas las campañas, se revisará en los departamentos de estadísticas correspondientes de cada establecimiento de salud el número total de pacientes con Placenta Previa q tuvieron complicaciones, se comparará con los resultados del mes previo a la campaña y se valora si la campaña fue satisfactoria o no, según los índices estadísticos por cada lugar realizado.

VALORACIÓN DE LA CAMPAÑA		
LUGAR	**SATISFACTORIA**	**NO SATISFACTORIA**
Maternidad "Matilde Hidalgo del Procel"		
Hospital "Albert Gilbert Pontón"		
Maternidad "Mariana de Jesús"		
Hospital " Enrique C. Sotomayor"		

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 Nº 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.VolEdit 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. Protocols Medicina Fetal I Perinatal Servei De Medicina Maternofetal – Icgon – Hospital Clínic Barcelona

REFERENCIAS VIRTUALES:

1.- **Biblioteca de Salud Sexual y Reproductiva de la OMS**

http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/nocom/es/

[consulta 20 de julio 2012]

2.- **Factores de riesgo**

http://www.monografias.com/trabajos62/placentaprevia/ placenta-previa

[consulta 16 de julio 2012]

http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/3724

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1010/3/Placenta-previa.-Desprendimiento-de-placenta

3.- **Fundación universitaria San Martín**

http://es.scribd.com/doc/67402588/Placenta-Previa [consulta 4 de junio 2012]

4.- **Manejo actual de acretismo placentario**
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2013_mmf_02_manejo_actual_del_acretismo_placentario.pdf [consulta 14 de abril 2012]
5.- **Maternidad Rafael Calvo**
http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PLACENTA_PREVIA.pdf [consulta 17 de mayo 2012]
6.- **Placenta Previa Fisiología y Patología**
http://books.google.es/books/about/La_placenta_Fisiolog%C3%ADa_y_patolog%C3%ADa.html?hl=es&id=OYCa1Jq4BuYC [consulta 26 de julio 2012]
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000200019
7.- **Protocolos S.E.G.O. Sociedad Española de Gíneco Obstetricia.**
Placenta Previa y Acretismo placentario. 2004.
http://www.sego.es [consulta 22 de mayo 2012]
8. - **Slide share placenta previa**
http://www.slideshare.net/safoelc/placenta-previa-9734145 [consulta 27 de junio 2012]
9.- **Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia**
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/casos_clinicos.html [consulta 25 de julio 2012]
10. **Otros**
http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%EDas.%20hemorragia%203er%20t.pdf
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3531337/
http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/1910/1/94T00089.pdf

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HC:

*__EDAD:__

20-21 ☐ 22-23 ☐ 24-25 ☐

*__INSTRUCCIÓN:__

Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐

*__LUGAR DE RESIDENCIA:__

Urbana ☐ Rural ☐

***ETNIA:**

Blanca ☐ Mestiza ☐ Negra ☐ Indígena ☐

***ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS**:

Ninguno ☐ Hipertensión ☐ Placenta Previa ☐ Diabetes ☐

***ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**:

Ninguno ☐ Hipertensión ☐ Placenta Previa ☐ Diabetes ☐

Obesidad ☐

***GRAVIDEZ:**

Primigesta ☐ Multigesta ☐

***TIPO DE EMBARAZO SEGÚN Nº DE FETOS:**

Único ☐ Doble/ múltiple ☐

***CONTROLES PRENATALES:**

Ninguno ☐ Mínimos ☐ Óptimos ☐

***DIAGNÓSTICO:**

Tipo I ☐ Tipo II ☐ Tipo III ☐ Tipo IV ☐

***VIA DEL PARTO:**

Parto Vaginal ☐ Parto por Cesárea ☐

***PERIODO DE EDAD GESTACIONAL DEL RN**:

A término ☐ Pretérmino ☐ Inmaduro ☐

***PRODUCTO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL:**

SI ☐ NO ☐

***COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS EL PARTO VAGINAL/CESÁREA:**

Hemorragias Uterinas ☐ Choque hipovolémico ☐ Insuficiencia renal aguda ☐

Muerte ☐ Ninguna ☐

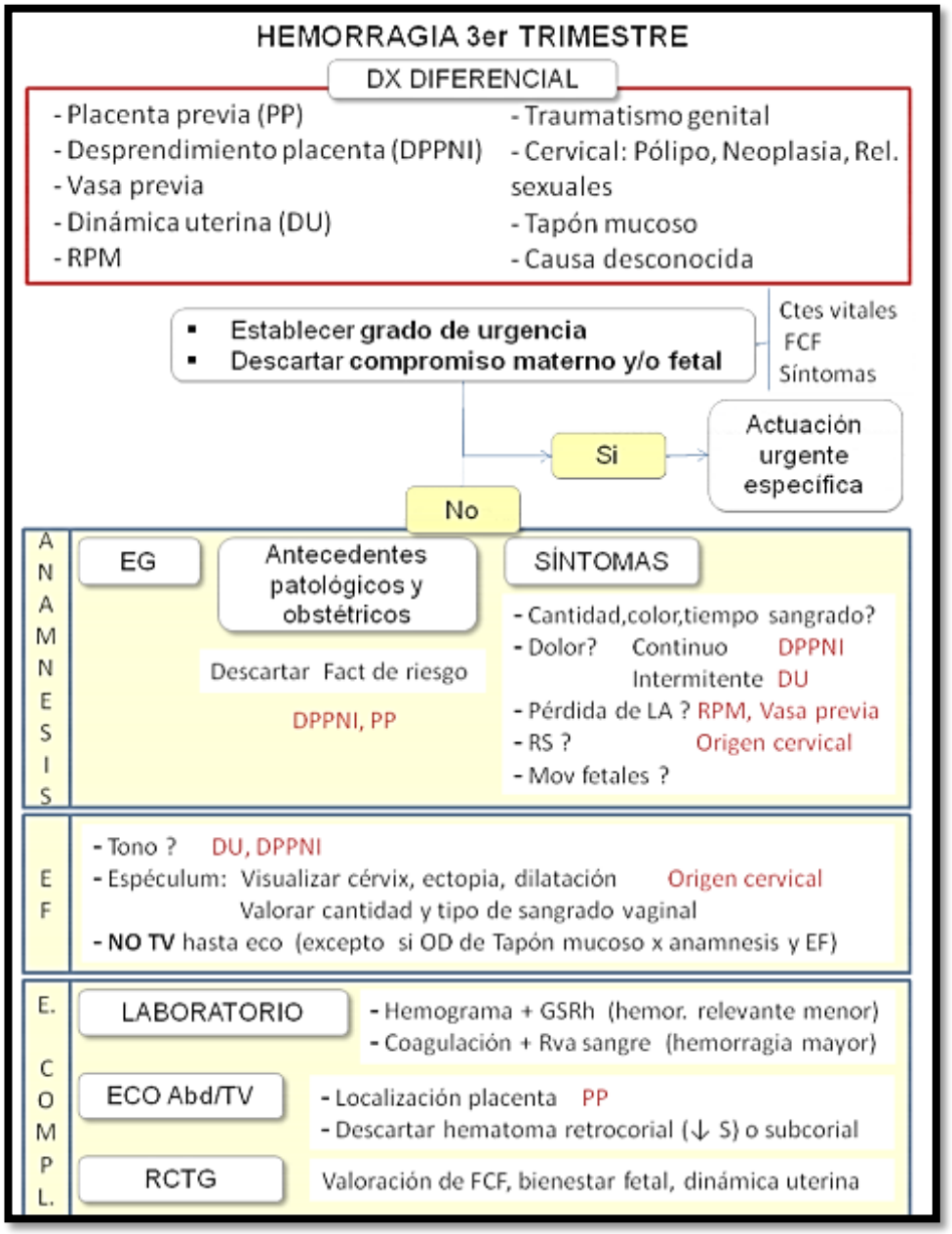
***COMPLICACIONES FETO/ NEONATALES:**

Depresión neonatal ☐ Muerte feto/neonato ☐ Otras ☐ Ninguna ☐

ANEXO 2

TABLA DE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

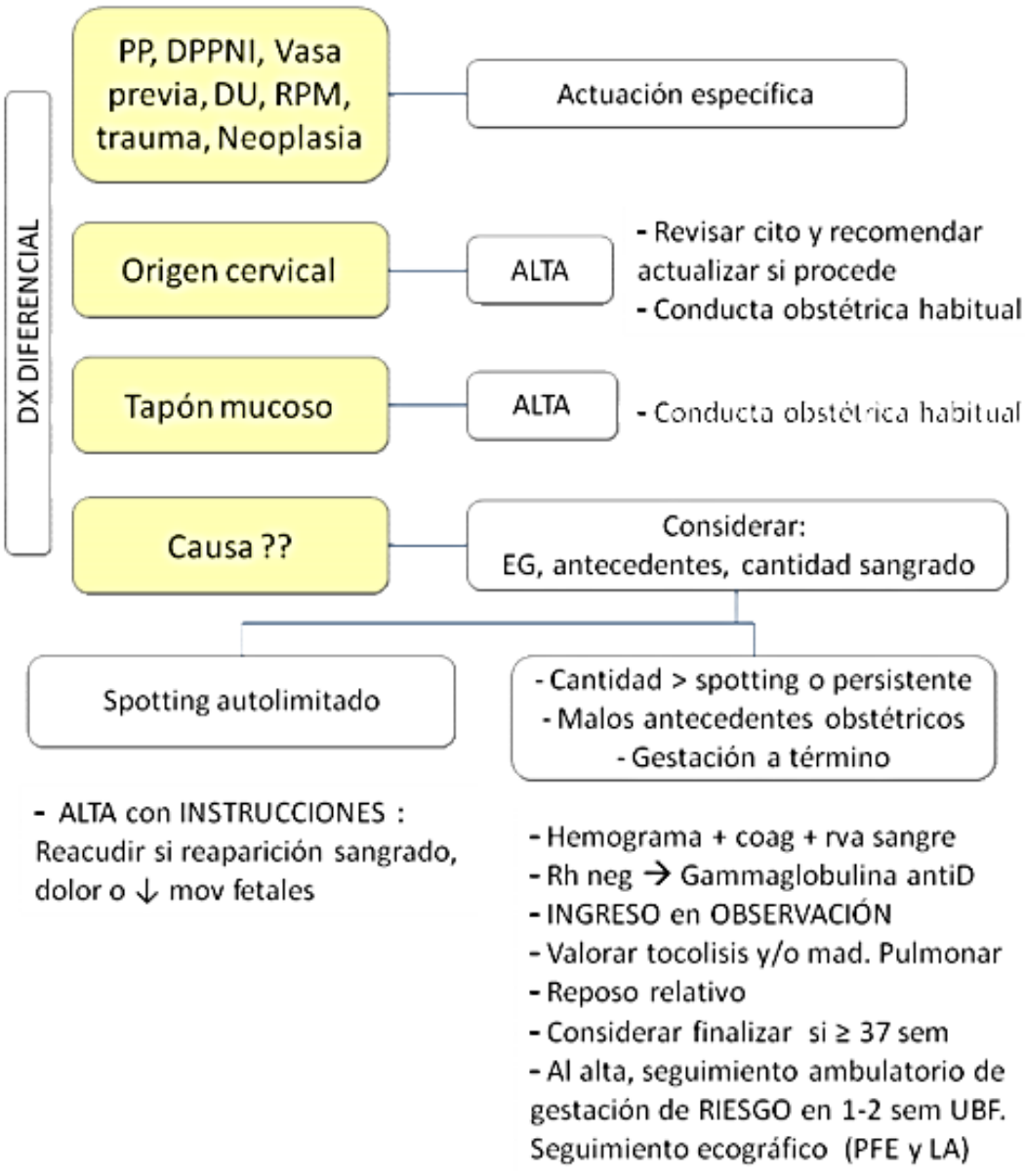
[34].



[34] Arias Fernando Guía Práctica Para el Embarazo y Parto de Alto Riesgo. 2da Edición.Edit Harcourt Brace MANEJO DE LA HEMORRAGIA DE TERCER TRIMESTRE

ANEXO 3

TABLA DE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO



ANEXO 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACIÓN DE LA TESIS

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE 2014				OCTUBRE 2014				NOVIEMBRE 2014				DICIEMBRE 2014				ENERO 2015			
	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
Presentación del Tema Propuesto	X		X	X																
Análisis del Tema					X															
Presentación de Correcciones							X													
Tácticas de Elaboración del Anteproyecto							X	X												
Presentación del Anteproyecto									X	X										
Correcciones											X									
Presentación del Anteproyecto Corregido												X								
Correcciones													X	X	X	X	X			
Presentación del Anteproyecto Corregido																		X		
Aprobación del Anteproyecto																			X	

ACTIVIDADES	FEBRERO 2015				MARZO 2015				ABRIL 2015				MAYO 2015				JUNIO 2015			
	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
Tácticas de Elaboración de la Tesis	X	X	X																	
Presentación de Solicitud para obtención de las Historias Clínicas				X																
Presentación de Hoja de Recolección de Datos					X															
Recolección de datos de las Pacientes						X	X	X	X	X	X	X								
Presentación de Tesis													X	X						
Correcciones														X	X	X				
Presentación de Tesis Corregida																X	X			
Correcciones																	X	X		
Presentación de Tesis Corregida																			X	
Aprobación de Tesis																			X	

ANEXO 5

Tabla de Recursos Económicos utilizados

ITEMS VALOR	**UNITARIO**	**CANTIDAD**	**VALOR TOTAL**
Copias	0.02	400	8.00
Internet	0.60	300 horas	180.00
Resmas de papel A4	5.00	3	15.00
Tinta para impresora	5.00	2	10.00
Bolígrafos	0.30	5	1.50
Dispositivo USB	12.00	1	12.00
Viáticos	10.00	10	100.00
Anillados	1.50	6	9.00
Empastado	12.00	4	48.00
Consumo de teléfono	3.00	10 meses	30.00
Imprevistos		20.00	
TOTAL		433.50	