

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
Facultad de Ciencias Médicas.
UNAN – Managua.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICINA Y CIRUGIA
GENERAL.**

Tema: Comportamiento Epidemiológico de Placenta Previa en pacientes Embarazadas de la segunda mitad del embarazo y Hospitalizadas en el Hospital Berta Calderón Roque en el periodo de enero a junio del año 2018.

Autores:

- **Br. Magaly Fabiola Barrios Duarte.**
- **Br. Fyamma Virginia González Mairena.**
- **Br. Yaritza del Carmen Escalante Céspedes.**

Tutor: Msc. MD. José de los Ángeles Méndez.
Especialista en Ginecología y Obstetricia HBCR.

Managua, Enero 2019.

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico primeramente a Dios el que ha iluminado mi camino mediante las oraciones para poder cerrar una etapa de mi vida.

Consecutivamente a mis padres por haberme regalado la vida y darme su apoyo considerablemente, mediante consejos, adecuada educación y cariño para concebir un sueño hecho realidad y a mis dos preciados tesoros que son mi razón a alcanzar por más éxitos.

Magaly Barrios Duarte

A DIOS, por brindarnos la sabiduría, y permitirme finalizar este trabajo con éxito.

A aquella persona que me enseñó que la mejor libertad del ser humano está en la superación personal, e intelectual esta persona es mi padre Hipólito Gonzales, que, con la ayuda e iluminación de Dios, me ha brindado su apoyo para culminar con éxito el presente trabajo.

Fyamma González Mairena

A Dios por darme la vida, sabiduría y la fuerza para seguir adelante.

A mis padres Isallana Céspedes y Juan Escalante por estar presentes en cada momento ayudándome, aconsejándome y dándome su mano cada minuto de mi vida.

Yaritza Escalante Céspedes

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente al padre celestial por permitirme culminar el presente trabajo, a mis padres por depositar fe, confianza y apoyo en general en todo el camino de mi carrera y escalar un peldaño más.

A una persona tan especial como es mi tía Martha Duarte que siempre estuvo al pendiente de mi formación, y no menos importantes los abuelos de mis bebes que siempre estuvieron pendiente de mis estudios y al esfuerzo a diario de cuidarlas para poder cumplir con mis sueños.

Magaly Barrios Duarte

Agradezco en primer lugar al ser supremo, único y dueño de todo saber y verdad, por iluminarnos durante este trabajo y por permitirnos finalizarlo con éxito, y en segundo lugar, pero no menos importantes a nuestros padres por su apoyo incondicional y el esfuerzo diario que realizan por brindarnos una buena educación

Además, es esta oportunidad agradecemos a nuestro tutor. DR. Méndez; por su oportuna precisa e instruida orientación para el logro del presente trabajo.

Fyamma González Mairena

A Dios por ser el protagonista principal de este proyecto.

A mis padres por su amor, paciencia y grandes consejos durante toda mi vida.

A mi tutor, Dr. Méndez por su dedicación y esfuerzo en todo nuestro trabajo.

Yaritza Escalante Céspedes

RESUMEN

El presente trabajo fue realizado en el periodo de enero a junio del año 2018 con el fin de identificar el comportamiento epidemiológico de placenta previa en pacientes embarazadas en la mitad del embarazo en el Hospital Bertha Calderón Roque, del cual diagnóstico ha tenido prevalencia en pacientes multigesta y cesárea anterior.

El síntoma característico de la placenta previa es la hemorragia indolora de sangre roja brillante (60%) y de intensidad variable. Los episodios de sangrado pueden repetirse o ir aumentando de intensidad según avanza la gestación.

El diagnóstico de Placenta Previa en mujeres con hemorragia uterina durante la 2ª mitad del embarazo. El diagnóstico rara vez puede establecerse mediante el examen clínico, que de hecho debe evitarse por la posibilidad de producir hemorragia. La ecografía abdominal es el método más preciso, sencillo y seguro de localización de la placenta.

El manejo se basa en: control del bienestar fetal, maduración pulmonar con corticoides en fetos \leq 34 semanas, reposo absoluto, evitar tactos vaginales innecesarios, mantener hematocrito materno \geq 30% y Hb \geq 10 g/L, estabilización hemodinámica, tratamiento de la amenaza de parto pre término si fuera necesario.

La incidencia de placenta previa pudimos constatar en el presente trabajo que la mayoría de los casos terminaron en un embarazo a término, todos los casos terminaron en una cesárea con excelente evolución de cada una de las pacientes estudiadas ya que no presentaron ninguna complicación y tuvieron una evolución satisfactoria.

OPINION DEL TUTOR

La inquietud de investigar sobre patologías asociadas al embarazo es de vital importancia, que esto nos permite medir y medirnos sobre la calidad de atención que se está brindando a los pacientes.

En esta investigación se ve plasmado el verdadero interés de mejorar la calidad de atención hacia el binomio madre- hijo, ya que sus resultados son de valor incalculable para el manejo óptimo de este grupo de pacientes.

Reciban las investigadoras mis altas muestras de felicitaciones por el trabajo alcanzado.

Atentamente

Tutor: Msc. MD. José de los Ángeles Méndez.
Especialista en Ginecología y Obstetricia HBCR.

INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN	4
OPINION DEL TUTOR.....	5
INTRODUCCIÓN	8
ANTECEDENTES	10
JUSTIFICACIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
OBJETIVOS	14
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	14
MARCO TEÓRICO.....	15
Epidemiología	15
Clasificación.....	15
Etiología.....	16
Factores de Riesgo.....	16
Cuadro clínico.....	17
Diagnóstico	17
Diagnóstico Diferencial	19
Manejo	20
Finalización Del Embarazo	22
Acretismo placentario	22
Complicaciones	23
Pronóstico.....	24
DISEÑO METODOLÓGICO	25
1. Tipo de estudio:.....	25
2. Área de estudio:	25
3. Universo del estudio:.....	25
4. Muestra:	25

5.	Método de muestreo:	25
6.	Criterios de Inclusión:.....	25
7.	Criterios de Exclusion:.....	25
8.	Fuente de information:	25
9.	Método e instrumento de la recolección de la Información:	25
10.	Procesamiento y análisis de los datos:	26
11.	Variables:	27
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES		29
RESULTADOS		34
ANALISIS DE LOS RESULTADOS		38
CONCLUSIONES.....		42
RECOMENDACIONES		43
BIBLIOGRAFÍA		44
ANEXOS		46
	Instrumento de Recolección	46
	Tablas.....	48
	Graficos	55

INTRODUCCIÓN

La placentación ocurre normalmente en las zonas altas de la cavidad endometrial, donde la irrigación vascular es ideal para el desarrollo ulterior de la unidad fetomaterna, que representa la placenta, encargada de múltiples funciones durante la vida fetal, relacionadas directamente con la respiración, el transporte de oxígeno y de nutrientes a los tejidos fetales, y la regulación del metabolismo fetal, así como con la excreción de los desechos de la función celular fetal.

Cuando la placenta se implanta en las porciones bajas del cuerpo uterino se considera como una inserción baja placentaria; para el diagnóstico de una placenta previa se establece la localización placentaria en relación con el cuello uterino, específicamente, con el orificio cervical interno. Con el avance del embarazo esta relación puede modificarse debido a la formación del segmento inferior. Se han identificado en edades gestacionales tempranas, placentas previas completas, que en el segundo trimestre han "emigrado", y permitido posteriormente el parto transvaginal sin riesgo obstétrico alguno. Por esta razón, las placentas previas deben ser cuidadosamente exploradas durante la segunda mitad del embarazo, y, si mantienen definitivamente su localización en el segmento inferior, se debe hacer en esta etapa de la gestación el diagnóstico de certeza de esta anomalía placentaria.

La placenta implantada en la zona baja del útero puede cubrir total o parcialmente el orificio cervical interno (placenta oclusiva) o puede llegar solo al borde del orificio (placenta previa). (MINSA, 2018)

En relación con los factores de riesgo de placenta previa, se dice que los fundamentales son: historia anterior de placenta previa, edad avanzada de la madre, multiparidad, antecedentes de cesárea anterior y abortos inducidos, embarazo gemelar, y algunos autores incluyen también entre estos al sexo masculino del feto y al tabaquismo durante el embarazo. (Valdés, 2008)

Se consideran que existen 3 grandes grupos de causas responsables de una inserción placentaria anormal. El primero incluiría una deficiente capacidad de fijación del trofoblasto, lo que provoca que el huevo fecundado se implante en la parte baja del útero. Al segundo grupo pertenecerían la capacidad de fijación del endometrio disminuida por procesos infecciosos en zonas superiores del útero y el último grupo abarca una vascularización defectuosa posterior a procedimientos quirúrgicos como cesárea y legrados con el subsecuente desplazamiento de la placenta hacia el segmento inferior del útero. (MINSA, 2018)

La manifestación clínica clásica de la placenta previa es la hemorragia indolora, de color rojo rutilante o "vivo", que aparece de modo súbito, es visible, y cuya cuantía puede ser escasa o profusa. Esta anomalía de la implantación placentaria conlleva a mecanismos de perfusión placentaria anómalos, y producen una reducción del flujo placentario por disminución de la extensión y espesor de las vellosidades coriónicas, lo que puede conllevar a alteraciones fetales y neonatales, así como a la aparición de una gestorragia. En dependencia de la cuantía del sangrado, puede adelantarse natural o artificialmente el momento de la culminación del embarazo, lo que conllevaría, por un lado, riesgo para el recién nacido, y por otro, también produciría un aumento de la morbimortalidad materna, relacionado con la cesárea, como vía necesaria de terminación de la gestación en la mayoría de los casos. (Valdés, 2008)

La placenta previa continúa siendo una entidad que provoca morbilidad y mortalidad tanto en la madre como en su producto. A pesar que en los últimos años se han logrado avances en su diagnóstico y tratamiento, aún encontramos en nuestras unidades pacientes con esta patología la cual conlleva a complicaciones muy graves para el binomio madre – hijo; por lo que hemos considerado muy interesante el abordaje de este tema con el objeto de que nos sea de gran utilidad en nuestra práctica profesional y así brindar a nuestras mujeres una atención integral de calidad para detener dicha patología.

ANTECEDENTES

Con el objetivo de identificar la prevalencia y factores de riesgo de placenta previa, se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora de Quito, de enero a diciembre del 2011 con una población de 252 pacientes., muestra 50 mujeres con placenta previa. Se estudió las variables: edad,, procedencia, paridad, volumen de sagrado, tipo de inserción placentaria, tipo de terminación del embarazo, patologías sobre añadidas ,complicaciones post parto y otros mediante un instrumento se obtuvo prevalencia 5/100, representa 5 % de la población, edad materna 31 a 40 años , 40% factores de riesgo procedencia urbana 64 %, multiparidad 88% ,etnia negra 12%, tipo de inserción placentaria oclusiva total 42%, cesarea 100%, pérdida sanguínea de 500 a 999 cc 80% y la mayor complicación histerectomía 44% patologías sobreañadidas anemia. (Peña, Salazar, & Zambrano, 2012)

En Guatemala se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital de Gineco obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el año 2011 sobre la morbimortalidad materno / perinatal de las pacientes con diagnostico intrahospitalario de placenta previa por ultrasonido y se encontró una incidencia de 4 casos por cada 1000 embarazos, para un total de 67 en dicho periodo de tiempo. De estos 20 fueron excluidos por no cumplir con los criterios adecuados. Las pacientes incluidas en el estudio tenían una edad de 30 años y que en su mayoría corresponden a multíparas. Se observó que la principal complicación materna fue la anemia en 9 de los casos y solo a 3 pacientes se le realizo histerectomía obstétrica. (Arreaga & Hernandez, 2015)

En Perú, Oscano Aníbal, realizo un estudio de placenta previa en el hospital regional de Loreto Felipe Arriola iglesias _julio del 2014. Donde se presentaron 59 casos de placenta previas. La edad materna más frecuente de asociación con la placenta previa se encontró en el grupo de 25 a 34 años. Los principales factores epidemiológicos a su vez catalogados como riesgo fueron : la procedencia urbana (OR 1.7%) , la desnutrición por defecto (OR 6.61%) y por exceso (OR3.93%), la

multiparidad (OR1.55), antecedentes de aborto (OR 5.08%) y cesárea anterior (OR 3.21%) así como la operación de cesárea como modo de terminación de embarazo (OR 13.6%). Fue un terreno propicio para la mortalidad materna neonatal. (Aníbal, 2015)

En Perú en 2015 para identificar los factores de riesgo de las gestantes con diagnóstico de placenta previa se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati en el periodo de enero a septiembre del 2015, en el departamento de obstetricia, siendo la población y muestra 46 casos comprobados por ecografía en el segundo o tercer trimestre de gestación. El grupo etario más afectado fueron las mujeres añosas con 54.3% el 63 % fueron multíparas, el 71.1% tuvo al menos una cirugía uterina previa. El legrado uterino fue la cirugía más frecuente con 28.3% seguido de la combinación cesárea más legrado uterino con 21.7% y en tercer lugar la cesárea con 19.6% el tipo de placenta previa fue total o completo con 71.7%. (Guisado, 2016)

Guayaquil – Ecuador se realizó un estudio en el Hospital Gineco obstétrico Enrique C. Sotomayor para identificar los principales factores predisponentes asociados para desarrollar placenta previa en mujeres jóvenes de 20 a 25 años, la muestra fue de 63 casos, desde enero a diciembre del 2015. Se concluyó que la incidencia de placenta previa en mujeres de 20 a 25 años es baja en relación a las mayores de 25 años, sin embargo, existen factores asociados como la etnia, multigravidez y deficiencias de controles prenatales durante el embarazo, los cuales fueron mayor frecuencia. Otra consecuencia materna es que el 100% de los casos terminaron su embarazo por cesárea a causa de esta patología. (Bahoz, 2015)

JUSTIFICACIÓN

En el 2% - 4% de los embarazos cursa con sangrado genital, durante la segunda mitad de la gestación, siendo una importante causa de consulta. Este cuadro clínico representa un desafío diagnóstico pues al igual que muchas enfermedades solo podrá ser tratado correctamente si se conoce la exacta etiología.

La placenta previa continúa siendo una entidad que provoca morbilidad y mortalidad tanto en la madre como en su producto. A pesar que en los últimos años se han logrado avances en su diagnóstico y tratamiento, aún encontramos en nuestras unidades pacientes con esta patología, cuyas complicaciones llevan tanto a la madre como a su producto a una estancia en unidades de cuidados intensivos.

Esta revisión nos permitirá actualizar conceptos y mejorar el diagnóstico de placenta previa y así poder brindar una atención no solo durante el parto, sino también durante el control prenatal poniendo en juego todos los conocimientos clínicos capaces de detectar precozmente los causas susceptibles de provocar la muerte de la madre y del recién nacido.

Es fundamental que cada centro hospitalario analice los factores epidemiológicos relacionados con esta patología, ya que de esta forma se elevaría la calidad asistencial y se establecerían las pautas correspondientes a fin de mejorar la calidad de vida en estas pacientes y sus productos. Con el objetivo de identificar los factores epidemiológicos que con su incidencia afectan el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido en pacientes con placenta previa decidimos realizar esta investigación.

Por todo lo expuesto, hemos considerado muy interesante el abordaje de este tema con el objeto de que nos sea de gran utilidad en nuestra práctica profesional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud binomio Madre-Hijo es un proceso esencial para la salud reproductiva, cuyo objeto es garantizar a las mujeres una maternidad saludable y sin riesgos que permita contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La mortalidad materno-infantil es un problema de salud pública de origen multifactorial, relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de la salud, así como factores socioeconómicos, culturales, incluyendo la condición nutricional y sanitaria de la población.

La placenta previa constituye la primera causa de hemorragia del tercer trimestre, apareciendo en 1/200 gestaciones presentando recidivas en el 1%-3% de los embarazos subsiguientes.

Por lo que nos planteamos el siguiente problema:

¿Cómo es el Comportamiento Epidemiológico de Placenta Previa en pacientes Embarazadas de la segunda mitad del embarazo y Hospitalizadas en el Hospital Berta Calderón Roque en el periodo de enero a junio del año 2018?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el Comportamiento Epidemiológico de Placenta Previa en pacientes Embarazadas de la segunda mitad del embarazo y Hospitalizadas en el Hospital Berta Calderón Roque en el periodo de enero a junio del año 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los datos generales del grupo de embarazadas en estudio.
2. Describir los datos Gineco-obstetricos del grupo en estudio.
3. Describir el cuadro clínico del grupo de mujeres en estudio.
4. Describir la evolución clínica de la enfermedad durante el embarazo.
5. Identificar las complicaciones de las mujeres en estudio.

MARCO TEÓRICO

Condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento inferior uterino a una distancia menor a 20 milímetros del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose así por delante del polo fetal. (MINSA, 2018)

Epidemiología

La prevalencia es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas. (Barcelona, 2012)

El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas. Esta complicación, supone el 20% de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación.

Su incidencia es de 1 por cada 200 embarazos con variaciones en todo el mundo; para acretismo placentario 1 por cada 533 embarazos. (MINSA, 2018)

En el 2% - 4% de los embarazos cursa con sangrado genital, durante la segunda mitad de la gestación, siendo una importante causa de consulta.

Las principales causas de esta complicación lo constituyen la Placenta Previa en el 1% del total de partos ocurridos, siendo las otras el Desprendimiento prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI) en un 0.8% y la Ruptura Uterina en un 0.2%.

Clasificación

El sitio de inserción de la placenta determina su clasificación.

- Placenta previa: Borde inferior placentario llega a menos de 20 mm del orificio cervical interno o en contacto con él sin cubrirlo.
- Placenta oclusiva: La placenta cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno.

Normalmente en el embarazo a término su borde debe estar a 10 centímetros o más del orificio interno.

Para el ecografista el llegar al borde placentario exactamente al orificio cervical interno en el ultrasonido trans-vaginal es descrito como 0 mm.

Etiología

- a) Deficiente capacidad de fijación del trofoblasto, lo que provoca que el huevo fecundado se implante en la parte baja del útero.
- b) Capacidad de fijación del endometrio disminuida por procesos infecciosos en zonas superiores del útero.
- c) Vascularización defectuosa posterior a procedimientos quirúrgicos como cesáreos y legrados con el subsecuente desplazamiento de la placenta hacia el segmento inferior del útero.

Factores de Riesgo

- Factores ovulares: un retraso en la maduración del blastocito podría condicionar su implantación en las zonas bajas del útero.
- Factores maternos: parece que las alteraciones endometriales debidas a cicatrices, embarazos previos o legrados, reducen el área adecuada para la implantación de la placenta y aumentan la posibilidad de que lo haga en el segmento uterino inferior.

-Edad materna: a medida que aumenta, el riesgo de placenta previa es mayor. El riesgo de placenta previa es cinco veces más elevado en mujeres mayores de 35 años que en mujeres menores de 20 años.

-Multiparidad: en un estudio estadounidense se informó de una incidencia de placenta previa aumentada de manera significativa en mujeres multíparas en comparación con la de mujeres con paridad más baja.

-Cesárea previa: aumenta la probabilidad de placenta previa; el riesgo se incrementa a medida que aumenta el número de cesáreas. Así como el periodo intergenesico pos cesárea menor de 12 meses.

- 1 cesárea: 11%
- 2 cesáreas: 40%
- 3 cesáreas: 61%
- 4 o más cesáreas: 67%

- Así mismo, las cicatrices uterinas previas (legrados, miomectomía, aspiración manual uterina) también estarían implicados en la génesis de placenta previa.
- Tabaquismo: Williams encontró que el RR de placenta previa está aumentado dos veces en relación con el tabaquismo. Ananth y Handler confirmaron estos datos. La hipoxemia producida por el monóxido de carbono produciría una vascularización decidual defectuosa y una hipertrofia placentaria compensadora.
- Raza: la incidencia de placenta previa es mayor en la raza negra y asiática. (SEGO, 2012)
- Malformaciones uterinas.
- Anemia.

Cuadro clínico

El síntoma característico de la placenta previa es la hemorragia indolora de sangre roja brillante (60%) y de intensidad variable. Los episodios de sangrado pueden repetirse o ir aumentando de intensidad según avanza la gestación. (SEGO, 2012)

La formación del segmento uterino inferior y la dilatación del OCI dan por resultado el desgarramiento de las fijaciones placentarias. La hemorragia aumenta por la incapacidad de las fibras miométricas del segmento uterino inferior para contraerse y así, constreñir los vasos desgarrados, este sangrado puede irritar el útero y dar lugar a contracciones uterinas que podrían aumentar la zona desprendida y a su vez incrementar el sangrado convirtiéndose en un círculo vicioso. (SEGO, 2012)

El comienzo del parto, al iniciarse la dilatación cervical, puede agravar la intensidad del sangrado; aunque en los casos de placenta marginal anterior, el inicio del parto y descenso de la presentación fetal puede ayudar a cohibir la hemorragia al comprimir la lengüeta placentaria. Los episodios de sangrado no se suelen acompañar de pérdida del bienestar fetal a no ser que la hemorragia sea tan copiosa que cause un shock hipovolémico en la gestante. (López, 2011)

Diagnóstico

Siempre debe sospecharse PP en mujeres con hemorragia uterina durante la 2ª mitad del embarazo. El diagnóstico rara vez puede establecerse mediante el

examen clínico (tacto vaginal), que de hecho debe evitarse por la posibilidad de producir hemorragia.

El uso de la ecografía transvaginal ha mejorado de manera considerable la exactitud diagnóstica de la placenta previa. Su utilización no incrementa el riesgo de hemorragia y tiene mayor sensibilidad que la ecografía abdominal para localizar la placenta. (López, 2011)

El 60% de las mujeres que se someten ecografía trans-abdominal puede tener una reclasificación de la posición cuando se somete ultrasonido transvaginal debido a: hay una mala visualización de la placenta posterior, la cabeza del feto puede interferir con la visualización del segmento inferior, la obesidad, el insuficiente o excesivo llenado de la vejiga da falsos positivos.

Es de suma importancia, excluir el diagnóstico acretismo especialmente en la gestante con antecedente de cesárea anterior¹. El ultrasonido doppler es la técnica de preferencia, sin embargo existen limitaciones en cuanto a la detección o confirmación de los casos. (MINSa, 2018)

El diagnóstico definitivo de placenta previa se debe realizar a las 28 semanas. En semanas previas aún no ha finalizado la migración placentaria. (MINSa, 2018)

El hallazgo de una parcial o marginal antes de la semana 24 debe interpretarse con precaución sobre todo si la paciente esta asintomática. Lo más probable es que la placenta previa deje de serlo al avanzar la gestación, sobre todo en casos de placenta previa no oclusiva. Cuando el grueso de la placenta se localiza ocluyendo el orificio cervical interno en el segundo trimestre es muy probable que persista siendo previa en el momento de parto.

La migración placentaria debido a la formación del segmento uterino inferior tiene lugar durante el segundo y tercer trimestre. En el caso de placentas de inserción posterior o en el de gestantes con una cesárea anterior eso sucede con menos

frecuencia. Por ello es importante realizar un seguimiento ecográfico de la ubicación placentaria a lo largo del embarazo. (SEGO, 2012)

En mujeres asintomáticas con placenta previa no oclusiva se recomienda realizar el control ecográfico alrededor de las 36 semanas para confirmar el tipo de placenta y planificar la vía de parto más adecuada. En aquellos casos de mujeres asintomáticas con placenta oclusiva o sospecha de acretismo placentario se debe realizar alrededor de la 32 semana una exploración ecográfica para establecer el diagnóstico de cara a planificar el manejo posterior del embarazo, así como el momento y tipo de parto.

Siguiendo los protocolos asistenciales de la SEGO, una pauta de actuación lógica en casos de sospecha de placenta previa sería la siguiente:

- Anamnesis: características de la hemorragia, factores causales, etc.
- Exploración obstétrica externa (maniobras de Leopold): es característico encontrar un útero relajado e indoloro.
- Ecografía para confirmar el diagnóstico.
- Cardiotocografía para comprobar el bienestar fetal.
- Espéculoscopia: permite comprobar el origen uterino de la hemorragia.
- No se recomienda realizar un tacto vaginal por el riesgo de aumentar la cuantía de la hemorragia. (SEGO, 2012)

Diagnóstico Diferencial

Se ha de realizar principalmente con el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta; la hemorragia rojo brillante, externa, de inicio insidioso que no se acompaña de dolor a la palpación del útero que encontramos en la PP hacen la diferencia de la DPPNI ya que en esta última las características del sangrado son: una hemorragia rojo oscuro de inicio brusco y que puede ser tanto interna como externa, y con mucho dolor a la palpación uterina.

También se deben considerar todas aquellas causas de hemorragia durante la segunda mitad de la gestación: lesiones vaginales o cervicales (pólipos, neoplasias, traumatismos, etc.) o la rotura de vasos previos que se caracteriza por

la aparición de la hemorragia justo tras la rotura de las membranas y que afecta rápidamente al feto.

Por último, se debe establecer el diagnóstico diferencial con la rotura uterina durante el embarazo. Su frecuencia es muy baja. El antecedente de una operación anterior sobre el útero, el cuadro de abdomen agudo, la palpación superficial de las pares fetales, el cuadro de shock, inclinaran el diagnóstico hacia una rotura uterina.

Manejo

Pacientes con diagnóstico de placenta previa, independientemente de la edad gestacional, y de sangrado o no, deberán ser referidas y manejadas en establecimientos de salud que cuenten con ginecólogo, quirófano disponible en todo momento, pediatra y disposición de hemoderivados en todo momento. (MINSA, 2018)

Placenta previa sangrante

En el primer nivel de atención se debe realizar una referencia oportuna, garantizando dos accesos venosos en el mismo brazo y administrando Cristaloides según las pérdidas hemáticas y el estado hemodinámico de la paciente. Se deberán vigilar signos vitales, y frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos hasta que se haga efectivo el traslado. Iniciar madurez pulmonar fetal desde las 24 hasta las 36.6 semanas completas de gestación. Realizar únicamente especuloscopia, no tacto vaginal.

Como principio se debe recordar que es mejor realizar una cesárea, aunque exista poco sangrado transvaginal que hacerlo en condiciones de sangrado abundante, cuando ya presenté un compromiso materno o fetal.

En el segundo nivel de atención el tratamiento dependerá de la edad gestacional, del tipo de anomalía de la inserción placenta, de si está o no en trabajo de parto

avanzado, de la magnitud e intensidad del sangrado y del estado general de la paciente y el feto. (MINSa, 2018)

En el caso de sangrado leve hemodinámicamente estable

1. Manejo conservador intrahospitalario solamente en embarazos pretérminos. La alta tasa de mortalidad perinatal en placenta previa relacionada con parto pretérminos, debe disminuirse mediante el manejo conservador siempre y cuando las condiciones hemodinámicas de la paciente lo permitan, a fin de lograr que el nacimiento sea tan cercano al término como sea posible. (MINSa, 2018)

El Manejo conservador consistirá en una dieta normal, garantizando dos vías venosas, el uso de útero inhibición únicamente en presencia de amenaza de parto pretérminos; Inductores de maduración pulmonar, la vigilancia de la vitalidad del feto con un monitor fetal según disponibilidad. Se deberá realizar ecografía transvaginal para confirmación del diagnóstico. No se deberá realiza tacto vaginal a menos que se cuente con condiciones tales como: quirófano disponible, ginecólogo, anesthesiólogo, pediatra para el abordaje de urgencia del choque hipovolémico. Mientras dure su hospitalización mantener condiciones para finalizar embarazo de urgencia. (MINSa, 2018)

2. Manejo conservador ambulatorio en embarazos pretérminos.

Si se trata de un embarazo pretérminos, el sangrado se autolimitó y la paciente presenta condiciones para manejo extra hospitalario, será candidata a seguimiento ambulatorio del mismo, con vigilancia semanal por consulta externa. El personal médico debe otorgar una consejería a la paciente tras el diagnóstico de placenta previa. La información debe incluir aspectos sobre los riesgos de parto pretérminos, los signos de peligro y la necesidad de seguimiento periódico por consulta externa. Las pacientes con 32 semanas de gestación cumplidas, deberán permanecer hospitalizadas en establecimiento de salud donde se realizará atención del parto. Se deberá realizar el monitoreo de la hemoglobina, manteniéndose esta en valores por encima de 11 mg/dl y pruebas de vigilancia fetal (registro cardiotocográfico). (MINSa, 2018)

Existen numerosos estudios que comparan el manejo intrahospitalario con el ambulatorio, la mayoría de ellos retrospectivos. Con los datos disponibles en la literatura, actualmente parece más adecuado el control intrahospitalario de las pacientes con placenta previa sintomática en el tercer trimestre de la gestación.

Una vez haya cedido la hemorragia, si el estado materno-fetal es adecuado, podemos plantearnos el manejo ambulatorio tras 48-72h de ausencia de hemorragia. Sin embargo, tras el episodio inicial, la hemorragia suele repetir siendo imposible predecir el momento en que ocurrirá el nuevo episodio hemorrágico, su cuantía y frecuencia, aunque existe la tendencia a que progresivamente sean más intensos y frecuentes. (López, 2011)

Finalización Del Embarazo

-Cesárea electiva en mujeres asintomáticas, a las 37 semanas de gestación en las placentas previas y a las 35 semanas de gestación para las que tienen diagnóstico de acretismo placentario.

Acretismo placentario

La *placenta accreta* se define como aquella placenta que se adhiere al miometrio de forma anormal. Su incidencia, que en la actualidad es de 3/1000, ha aumentado en gran parte debido al aumento del número de cesáreas. Su morbilidad asociada está principalmente causada por el elevado riesgo de hemorragia masiva, necesidad de transfusiones, infección intraabdominal y lesión de órganos adyacentes. (Barcelona, 2012)

El uso de ultrasonido abdominal doppler para el diagnóstico de placenta accreta, tiene una sensibilidad de 82.4% y especificidad del 96.8%, VPP 87.5% y VPN 96.8%.

Los signos descriptos habitualmente son:

- Identificación de vasos placentarios que se extienden al miometrio o a la vejiga, perdiendo su disposición habitual paralela a la periferia placentaria.

- Alta pulsatilidad y flujo turbulento a nivel de las estructuras venosas lacunares placentarias y del plexo venoso retro placentario.
- Tortuosidad de las estructuras vasculares retro placentarias.

En caso de no contar con un ultrasonido doppler, deberá realizarse ultrasonido abdominal sospechando Acretismo placentario cuando se encuentren los siguientes datos:

- a) Ausencia o adelgazamiento (menos de 1mm.) de la zona entre miometrio y placenta.
- b) Presencia de espacios vasculares lacunares dentro del parénquima placentario).
- c) Adelgazamiento, irregularidad o disrupción focal de la interface hiperecoica entre las paredes uterina y vesical. 8
- d) Las mujeres con una placenta previa y cesárea previa son de alto Riesgo para la placenta acreta. Si hay pruebas de imagen de adhesión patológica de la placenta, el parto debería ser planificado en un hospital de segundo o 3er nivel. (II-2B).
- e) En una cesárea con una placenta previa adherida (acretismo) se debe considerar la apertura del útero en un lugar distante de la placenta, extraer al bebé sin tratar de desprender la placenta, y realizar histerectomía electiva si se confirma el acretismo placentario.

Complicaciones

Morbilidad materna asociado a placenta previa

- Hemorragia ante parto, Hemorragia grave, necesidad de drogas vaso activas y transfusión, shock hipovolémico
- Hemorragia intraparto.
- Hemorragia postparto: debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, las pacientes con PP tienen un mayor riesgo de hemorragia posparto.
- Mayor morbi-mortalidad perinatal: Ruptura prematura de membranas, parto prematuro

- Presencia de placenta acreta, vasa previa, inserción velamentosa de cordón
- Morbilidad asociada a Histerectomía.
- Embolia de líquido amniótico
- Morbilidad asociada a Transfusión.
- Septicemia.
- Trombo embolismo.
- Coagulación intravascular diseminada.

Pronóstico

La mortalidad materna por placenta previa ha descendido. Aunque la mitad de las pacientes está cerca del término cuando aparece por 1ª vez la hemorragia, el parto pre término plantea un problema para el resto, porque no todas las mujeres con placenta previa y feto pre término pueden mantener una actitud expectante.

Butler et al (2001) encontró que aquellas mujeres con placenta previa y concentraciones elevadas de AFP sérica, tuvieron aumento del riesgo de hemorragia en etapas tempranas del tercer trimestre y de parto pre término.

DISEÑO METODOLÓGICO

1. **Tipo de estudio:** Descriptivo de corte Transversal

2. **Área de estudio:** El estudio se realizó en el Hospital Bertha Calderón Roque.

3. **Universo del estudio:** fue constituido por un total de 12 mujeres con diagnóstico de placenta previa durante la segunda mitad del embarazo, ingresadas en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo de estudio.

4. **Muestra:** fue constituida por un total de 12 mujeres con diagnóstico de placenta previa durante la segunda mitad del embarazo, que cumplieron con los criterios de inclusión.

5. **Método de muestreo:** fue de tipo probabilístico simple por conveniencia.

6. **Criterios de Inclusión:**
 - ❖ Paciente con expediente clínico completo.

7. **Criterios de Exclusion:**
 - ❖ Paciente con expediente clínico incompleto.

8. **Fuente de information:**

Secundaria / Expediente Clínico.

9. **Método e instrumento de la recolección de la Información:**

Se solicitó por escrito el permiso de la dirección del hospital para que se permitiera realizar el estudio. Posteriormente se acudió al departamento de archivo de estadística donde se solicitaron los expedientes clínicos de todas las pacientes ingresadas con diagnóstico de placenta previa. La recolección de la información, se realizó tras la revisión de cada expediente clínico, con un formato que cumplió con los objetivos de nuestro estudio y mediante una guía de preguntas cerradas; luego se procedió al llenado de las fichas de recolección por los propios investigadores para evitar sesgos.

10. Procesamiento y análisis de los datos:

Una vez recopilada la información a través del llenado de la ficha se procedió al análisis de los datos usando métodos computarizados a través del Programa Excel de Microsoft Office 2007; mostrando los resultados por medio de tablas, gráficos e histogramas de frecuencia. El análisis de los datos se realizó, utilizando medidas de frecuencia y proporciones. Por tanto, este apartado consiste en el análisis e interpretación de los resultados, lo cual permite validar y dar explicación a los resultados obtenidos, para manifestar las pertinentes conclusiones del trabajo de investigación.

11. Variables:

Objetivo No. 1

- ✓ Identificar los datos generales del grupo de embarazadas en estudio.
 - ❖ Edad
 - ❖ Estado Civil
 - ❖ Procedencia
 - ❖ Escolaridad
 - ❖ Ocupación
 - ❖ Religión

Objetivo No. 2

- ✓ Describir los datos Gineco-obstetricos del grupo en estudio.
 - ❖ Gestas
 - ❖ Paridad
 - ❖ Control Prenatal
 - ❖ Edad Gestacional
 - ❖ Abortos
 - ❖ Cesáreas previas
 - ❖ Patologías maternas Gestacionales.
 - ❖ Antecedente patológico personales
 - ❖ Vía de parto

Objetivo No. 3

- ✓ Describir el cuadro clínico del grupo de mujeres en estudio.
 - ❖ Sangrado trans vaginal
 - ❖ Dolor abdominal

Objetivo No. 4

- ✓ Describir la evolución clínica de la enfermedad durante el embarazo.
 - ❖ Clasificación de placenta previa
 - ❖ Satisfactorio
 - ❖ No satisfactorio

Objetivo No. 5

- ✓ Identificar las complicaciones de las mujeres en estudio.
 - ❖ Hemorragia ante parto.
 - ❖ Histerectomía.
 - ❖ Hemorragia intraparto.
 - ❖ Hemorragia postparto.
 - ❖ Morbilidad asociada a Transfusión.
 - ❖ Septicemia.
 - ❖ Trombo embolismo.
 - ❖ Coagulación intravascular diseminada.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo Nº 1

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta su ingreso al hospital.	Años (Escala Ordinal)	Menor o igual a 19 años 20-34 años Mayor o igual a 35 años
Estado Civil	Estado legal de convivencia con su pareja.	Según Expediente Clínico	Soltero Casado Unión libre
Procedencia	Origen de donde procede la paciente	Según Expediente Clínico.	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por el participante hasta el momento del estudio	Según Expediente Clínico.	Analfabeto Primaria Secundaria Técnico Universidad
Ocupación	Actividad laboral que desempeña la paciente en estudio	Según Expediente Clínico.	Ama de casa Comerciante Estudiante Otra
Religión	Dogma eclesiástico definido que practica la persona entrevistada.	Según Expediente Clínico.	Católico Evangélico Testigo de Jehová Otra

Objetivo Nº 2

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Gesta	Número de veces que la paciente ha quedado embarazada.	Según Expediente Clínico.	Primigesta Bigesta Multigesta Gran Multigesta
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos por vía vaginal.	Según Expediente Clínico.	Nulipara Multipara
Control Prenatal	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores q puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal	Según Expediente Clínico	Ninguno <3 >3
Edad Gestacional	Es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste	Según Expediente Clínico.	<37 37 1/7 a 41 6/7 >42
Abortos Previos	Interrupción provocada o natural de la gestación cuando el feto tiene menos de 22 semanas o pesa menos de 500 gramos	Según Expediente Clínico.	Ninguna Una Dos > 2

Cesáreas previas	Nacimiento transabdominal del feto tras una incisión quirúrgica en abdomen y útero.	Según Expediente Clínico.	Ninguna Una Dos > 2
Patologías maternas gestacionales	Enfermedades que se desarrollan durante la gestación.	Según Expediente Clínico.	Diabetes gestacional
			Hipertensión Gestacional
			Infección de Vías Urinarias
			Pre eclampsia
			Pielonefritis
			Ruptura Prematura de Membranas
Antecedentes patológicos personales	Patologías maternas crónicas.	Según Expediente Clínico.	Diabetes
			Hipertensión Arterial
			Lupus Eritematoso Sistémico
			Cardiopatías
			Otras
Vía del parto	Vía por el cual concluye el evento obstétrico	Según Expediente Clínico.	Vía Abdominal Vía Vaginal

Objetivo Nº 3

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Sangrado transvaginal	Expulsión indolora de sangre líquida de cantidad variable, roja brillante, que aparece en forma brusca e inesperada.	Según Expediente Clínico	Si No
Dolor Abdominal	Sensación subjetiva de incomodidad a nivel abdominal y de intensidad variable	Según Expediente Clínico	Si No

Objetivo Nº 4

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Clasificación de placenta Previa	Estará determinada por la ubicación de la inserción placentaria.	Según Expediente Clínico	Placenta Previa Placenta Oclusiva
Satisfactorio	Paciente que haya llegado a un embarazo a termino	Según Expediente Clínico	Si No
No satisfactorio	Paciente en la cual se interrumpió el embarazo antes de llegar a término, por diferentes causas.	Según Expediente Clínico	Si No

Objetivo Nº 5

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Hemorragia ante parto	La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 ml/min, antes del parto	Según Expediente Clínico	Si No
Hemorragia intraparto	La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 ml/min, al momento del parto	Según Expediente Clínico	Si No
Hemorragia postparto	Pérdida de sangre mayor a 500ml en un parto por vía vaginal y mayor a 1.000ml por cesárea en las primeras 24 horas	Según Expediente Clínico	Si No
Histerectomía	Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente	Según Expediente Clínico	Si No
Morbilidad asociada a Transfusión	Enfermedades provocadas por transfusiones sanguíneas	Según Expediente Clínico	Si No
Septicemia	Enfermedad que viene acompañada de una infección generalizada	Según Expediente Clínico	Si No
Trombo embolismo pulmonar	Oclusión de parte del sistema venoso de los pulmones a causa de un émbolo o trombo que procede de otra parte del cuerpo	Según Expediente Clínico	Si No
Coagulación intravascular diseminada	Síndrome hemorrágico debido a la formación en la sangre de un material con actividad coagulante, lo que provoca una desaparición del fibrinógeno de la sangre circulante	Según Expediente Clínico	Si No

RESULTADOS

El presente estudio se planteó los resultados según los objetivos específicos, el resultado se dio en base a muestra que se obtuvo a través de la revisión de expedientes que fueron 12 mujeres embarazadas con diagnóstico de placenta previa en el periodo de enero a junio del 2018 y los resultados trascendentales se muestran en los siguientes gráficos.

1. Características sociodemográficas de las pacientes embarazadas con Diagnóstico de placenta previas.

1.1 Grupo de Edades de las embarazadas.

En la Tabla N.1 en cuanto al grupo de edades el de mayor predominio fue el grupo de 20-34 años con un total de 10 embarazadas (84%) y el de menor frecuencia en dos grupos en la de ≤ 19 y ≥ 35 años con 1 embarazada en cada grupo de edades (8%) en cada uno. (ver Anexos Tabla N.1)

1.2 Estado Civil de las pacientes embarazadas

En la Tabla N.1 interpreta que el estado civil que predominó en las pacientes embarazadas en estudio fue la unión libre con 8 pacientes (67%), seguido de soltera con 3 pacientes (25%) y por último casada con 1 paciente (8%). (ver anexos Tabla N.1)

1.3 Procedencia de las embarazadas

En cuanto a la procedencia de las pacientes 10 de ellas (83%) su procedencia era urbana y solamente 2 pacientes (17%) era de procedencia rural. (ver anexos Tabla N.1)

1.4 Escolaridad de las pacientes embarazadas

La Tabla N.1 muestra asimismo que la mayoría de las pacientes tenían estudios secundarios que correspondían a 7 pacientes (58%), seguido de educación primaria con 5 pacientes (42%). (ver anexos Tabla N.1)

1.5 Ocupación de las pacientes embarazadas

En la Tabla N.1 personifica la ocupación de las pacientes embarazadas en el cual nos podemos dar cuenta que el 100% corresponde a q son Ama de casa ósea el total de la muestra. (ver anexos Tabla N.1)

1.6 Religión de las pacientes embarazadas

Podemos notar en cuanto a la religión que la mayoría de las mujeres eran católicas representadas por un total de 8 pacientes (67%) seguidas de la religión evangélicas con un total de 4 pacientes (33%). (ver anexos Tabla N.1)

2. Datos Gineco-Obstetricos de pacientes embarazadas con diagnóstico de placenta previa

2.1. Gestas previas

Según la Tabla N.2 que representa números de embarazos previos la mayoría de las mujeres pertenecían al grupo de multigestas con un total de 6 mujeres (50%), seguidos de 3 pacientes (25%) q correspondían a las primigestas; 2 pacientes (16.67%) fueron bigestas y solo 1 mujer (8.33%) era granmultigesta. (ver anexos Tabla N.2)

2.2 Paridad

En la Tabla N.2 que representa la paridad, 3 pacientes (25%) corresponde a nulíparas, es decir que no han tenido hijos ni por vía vaginal, ni cesaría, ni ha abortado. Por tanto 9 pacientes (el 75%) expresa ser multípara. (ver anexos Tabla N.2)

2.3 Control Prenatal

En cuanto al control prenatal muestra, que la mayoría de las pacientes ósea 6 (50%) tenían menos de tres controles prenatales, seguidos de 4 pacientes (33.33%) que tenían más de tres controles y en menor número representado por 2 pacientes (16.67%) no tenían ningún CPN. (ver anexos Tabla N.2)

2.4. Edad Gestacional

En cuanto a la edad gestacional que presentaron las pacientes al momento del diagnóstico se encontró que la mayoría se encontraban entre la 37 1/7 a 416/7 con 9 pacientes (75%) y en segundo lugar las de menos de 37 semanas con 3 pacientes (25%). (ver anexos Tabla N. 2)

2.5. Abortos Previos

En la Tabla N.2 simboliza los abortos previos q presentaron las pacientes en el cual encontramos que el grupo mayor no presentaron abortos previos más de 8 pacientes (66%), seguido de 2 pacientes (17%) que presento antecedente de un aborto y 2 pacientes (17%) presento antecedentes de dos abortos. (ver anexos Tabla N.2)

2.6. Cesáreas Previas

En la Tabla N.2 constituye las cesáreas previas a las q fueron expuesta las pacientes con anticipación al embarazo actual; del cual encontramos que el mayor grupo tenían antecedente de 2 cesáreas representadas por 5 pacientes (42%), seguida de 4 pacientes (33%) con antecedente de 1 cesárea y un total de 3 pacientes (25%) que eran primigestas. (ver anexos Tabla N.2)

2.7. Patologías maternas gestacionales

Para las patologías maternas cabe destacar que nuestra total de muestra fueron 12 pacientes de las cuales 2 de las embarazadas presentaron pre eclampsia (16.66%) y 1 de ellas presento IVU (8%), cursando la mayoría sin patologías maternas gestacionales ósea un total de 9 mujeres (75%). (ver anexos Tabla N.2)

2.8 Antecedentes patológicos personales

En la Tabla N.2 representamos antecedentes patológicos personales de las pacientes embarazadas de las cuales obtuvimos que del total de las 12 pacientes en estudio ninguna presento antecedentes patológicos personales, ósea el 100%. (ver anexos Tabla N.2)

2.9 Vía del parto

En cuanto a la vía del parto las 12 pacientes (100%) terminaron su embarazo vía cesárea el total de las pacientes en estudio. (ver anexos Tabla N.2)

3. Manifestaciones Clínicas

3.1 Sangrado transvaginal

En la Tabla N.3 se refleja que solo 2 mujeres (17%) presentaron sangrado transvaginal y el resto de pacientes ósea 10 embarazadas (83%) no presento sangrado transvaginal durante su embarazo. (ver anexos Tabla N.3)

3.2 Dolor Abdominal

Para la Tabla N.3 el total de las 12 mujeres estudiadas (100%) corresponde a no tener dolor abdominal durante el desarrollo de esta patología. (ver anexos Tabla N.3)

4. Evolución de la enfermedad

4.1 Clasificación de la placenta previa

En cuanto al tipo de placenta previa que se les diagnostico a las mujeres estudiadas, el total de las 12 mujeres (100%) fueron de tipo placenta oclusiva. (ver anexos Tabla N.4)

4.2 Evolución de la enfermedad

Esta Tabla N.4 refleja que la mayoría de pacientes representadas por 9 mujeres (75%) presentaron un embarazo a término y solo 3 mujeres (25%) le concierne partos pre términos. (ver anexos Tabla N.4)

5. Complicaciones

En cuanto a este acápite podemos notar que ninguna de las pacientes del presente estudio ósea 12 mujeres (100%) presento alguna de las complicaciones antes mencionadas lo que equivale a una evolución satisfactoria luego de parto. (ver anexos Tabla N.5)

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizó este estudio sobre el comportamiento epidemiológico de placenta previa en el hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de enero a junio del año 2018 con una muestra de 12 pacientes. Se utilizó una fuente de información secundaria por medio de expedientes clínicos, cuyos datos fueron procesados por medio de tablas para su análisis posterior, de lo cual pudimos analizar lo siguiente:

La literatura médica señala que los riesgos para la salud aumentan cuando la madre es adolescente o tiene más de 35 años, debido a que las condiciones psicosociales repercuten en mayor cuantía y existe una mayor incidencia de gestosis e intervenciones obstétricas, sin embargo, en nuestro estudio solo dos mujeres de nuestra muestra se encontraban en los extremos de la vida, lo cual se relaciona a la baja incidencia de complicaciones en el término del embarazo.

En cuanto al estado civil 8 mujeres de las 12 estaban en unión de hecho estable, tres de ellas eran solteras y solo 1 estaba casada, eso lo podemos relacionar con el bajo nivel cultural que se ha ido acarreado en nuestro país y con bajo nivel educativo de las estudiadas.

En cuanto a la procedencia 10 mujeres eran del área urbana y solo dos pertenecían al área rural, sin embargo, hay que tomar en cuenta la ubicación geográfica del hospital que es propiamente urbano. Además, en estudios anteriores este dato no ha representado significancia estadística y de riesgo para dicha patología.

En el caso de la escolaridad 5 de ellas llegaron a primaria y 7 de ellas a secundaria, lo cual se relaciona mucho con la procedencia, ya que al ser la mayoría del área urbana tuvieron mejor acceso a la educación. Así mismo tomando en cuenta nuestro estudio y estudios anteriores esto no se considera un mayor factor de riesgo.

Así mismo el total de nuestras mujeres estudiadas eran amas de casa, lo cual relacionamos con el nivel educativo de nuestra población encuestada.

En cuanto a la religión nuestras mujeres eran la mayoría católicas y evangélicas en segundo lugar, lo cual se relaciona mucho a la distribución y cultura en nuestra sociedad nicaragüense. Sin embargo, esto no representa un factor de riesgo.

El antecedente del número de partos y gestas previas son usados para establecer el riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos del recién nacido. Uno de los principales factores predisponentes para placenta previa, mencionados por diversos autores es la multiparidad y las múltiples gestaciones. En nuestro estudio al igual que los realizados por dichos autores tuvo mayor incidencia las mujeres multigesta los cuales representaron 7 pacientes, solo 3 pacientes eran primigestas y 2 bigestas y a pesar de no desarrollar complicaciones se relaciona mucho con la mayor incidencia de casos en este grupo de pacientes; así mismo la multiparidad represento mayor significancia ya que la mayoría de las pacientes con placenta previa tenían este factor de riesgo (9 pacientes). Factores de riesgo en los cuales se puede incidir como médicos mediante la educación constante a nuestra población.

En cuanto a los controles prenatales la mayoría tenían controles lo cual se relaciona a que la mayoría eran del área urbana, así mismo esto no incidió en el desarrollo de complicaciones posteriores.

En el caso de la edad gestacional en el momento de diagnosticar la placenta previa corresponde mucho con la literatura médica ya que el 100% de las mujeres fueron diagnosticadas en la segunda mitad del embarazo.

El antecedente de aborto a pesar de presentarse solo en 4 pacientes constituye en sí un factor de riesgo para desarrollar placenta previa. En estudios realizados en México sobre esta relación se demuestra antecedentes de aborto en más del 25%

de las gestantes, esto está muy relacionado y lo confirmamos con nuestro estudio ya que en el 34% tenían antecedente de aborto.

Se considera que la probabilidad de presentar placenta previa es 4 veces mayor en las pacientes con antecedentes de cesárea. Esto se evidencia con nuestros resultados ya que 9 de nuestras mujeres tenían antecedentes de cesáreas constituyendo la mayoría. Esto influye de manera negativa en el embarazo por el desarrollo de complicaciones como la estudiada en nuestro trabajo.

La literatura médica aun no aclara específicamente la relación de preclamsia y placenta previa, sin embargo señala que la placenta previa disminuye el riesgo de preclamsia por proporcionar un estado de vasodilatación a nivel placentario; por lo que podemos señalar que las dos mujeres que desarrollaron preclamsia se asocian a otro factor de riesgo como el hecho de que una de ellas era mayor de 35 años, cesárea anterior y multigesta y la segunda que desarrollo preclamsia era gran multigesta; por lo tanto la placenta previa no fue significativamente relevante con el hecho de desarrollar preclamsia.

En cuanto a los antecedentes patológicos de cada mujer observamos que ninguna de ellas padecía alguna enfermedad crónica; hecho del cual podemos asociar el desarrollo de placenta a otro factor de riesgo como el antecedente de cesárea anterior, abortos y la multiparidad.

Estudios anteriores señalan que la cesárea es el método aceptado para el nacimiento en prácticamente todos los casos de placenta previa. En las gestantes estudiadas, la vía abdominal represento el 100% de todos los casos. a pesar del hecho de ser la vía más aceptada aumenta el riesgo de placenta previa en los embarazos siguientes, y esto se vuelve un estado de lo que nosotros le llamaríamos retroalimentación.

Así mismo decidimos tomar en nuestro estudio el tipo de placenta previa con las que fueron diagnosticadas nuestras embarazadas y se puede notar que todas las

mujeres presentaron placenta de tipo oclusiva. Sin embargo, a pesar de presentar este tipo de placenta la mayoría culminaron su embarazo a término y solo dos desarrollaron sangrado; con lo que podemos deducir que se les brindó una atención integral a fin de preservar el bienestar de la madre y el producto y evitar complicaciones.

En cuanto a las manifestaciones clínicas desarrolladas por nuestras gestantes solo dos de ellas desarrollo sangrados transvaginal, y en cuanto al dolor abdominal confirmamos que en dicha patología la manifestación principal es el sangrado INDOLORO ya que ninguna presento dolor abdominal.

La evolución de la enfermedad la asociamos con la finalización del embarazo, de las cuales 3 terminaron en embarazos preterminos y 9 en embarazos a términos, de estas tres gestantes dos de ellas fueron las placentas previas que tuvieron sangrado transvaginal y una de estas dos además preclamsia y la tercera fue la que desarrollo preclamsia, por lo que es aceptable que hayan terminado en partos preterminos.

En el caso de complicaciones podemos notar que el 100% resulto con un embarazo satisfactorio pese a las posibles complicaciones antes del parto esto no influyo en desarrollar complicaciones posparto, por lo cual observamos que se les brindó una atención integral a nuestras gestantes procurando siempre preservar su vida y la del producto.

CONCLUSIONES

Después de haber realizado el análisis detallado de la información recabada en torno al foco de investigación se llegó a las conclusiones siguientes:

1. En cuanto a los datos generales del grupo de mujeres se encontraron predominando las de 20 a 34 años cuyo estado civil fue en unión libre del área urbana con estudios de secundaria, amas de casa y de religión católica.
2. Dentro de sus datos Gineco-obstetricos la mayoría eran multigestas, múltiparas, con menos de 3 controles prenatales, la cuales fueron diagnosticadas de placenta previa después de las 37 semanas gestacionales, cuya mayoría no tenían antecedentes de abortos pero con antecedentes de 2 cesáreas anteriores, de las cuales una minoría presento patologías maternas durante la gestación como preclamsia a pesar de que ninguna tenía antecedentes patológicos personales, además la vía del parto fue la cesárea.
3. En cuanto a las manifestaciones clínicas la mayoría de las mujeres no presentaron ninguna manifestación clínica como el sangrado y el dolor abdominal.
4. Todas nuestras pacientes presentaron placenta tipo oclusiva y referente a la evolución de la enfermedad fue tomada en base a periodo de finalización del embarazo y la mayoría presentaron un embarazo a término por lo que concluimos que la evolución de la enfermedad fue satisfactoria.
5. Nuestras mujeres del estudio no presentaron ninguna complicación por lo que podemos deducir que se les brindo una atención integral y de calidad, siempre en pro de la conservar el bienestar del binomio.

RECOMENDACIONES

En relación al trabajo de investigación, se proponen las siguientes recomendaciones que permitirán mejorar la atención médica a las diversas mujeres embarazadas

Al hospital Bertha Calderón Roque y a su personal.

- ✓ Seguir brindando una atención integral de calidad y calidez a la mujer por medio capacitaciones claras, precisas y correctas que sean pertinentes en temas relativos al tipo de embarazo, con el objetivo de mejorar su nivel y calidad de vida y así disminuir la morbimortalidad.
- ✓ Continuar implementando a través de su personal médico, estrategias que permitan y/o faciliten el desarrollo de un embarazo normal.
- ✓ Desarrollar estrategias de educación a su personal y expandirlo al resto de hospitales y centros de salud sobre la actualización de normas, protocolos y de esta forma proporcionar a nuestra población la mejor atención y un manejo más oportuno.

Al SILAIS-MINSA

- ✓ Realizar revisión y acompañamiento médico a las distintas unidades primarias de atención médicas en los distintos barrios y distritos de nuestro país, para verificar el uso y aplicación de estrategias de salud que beneficien el desarrollo de un parto normal.
- ✓ Brindar asesoría a los diversos centros de salud para garantizar políticas médicas que beneficien a las mujeres embarazadas.
- ✓ El MINSA debe proporcionar capacitaciones y bibliografía actualizada en los distintos hospitales del país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aníbal, O. (2015). *docplayer*. Recuperado el 13 de enero de 2017, de docplayer: <http://docplayer.es/24687040-Placenta-previa-hospital-regional-de-loreto-felipe-arriola-iglesias-julio-del-2014.html>
2. Arreaga, I., & Hernandez, M. (enero de 2015). *repositorio*. Recuperado el 13 de enero de 2017, de repositorio: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/1482/1/ARREAGA-HERNANDEZ.pdf>
3. Asturizaga, P., & Toledo, L. (2014). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. *Revista Medica La Paz*, 2.
4. Bahoz, Y. (2015). *repositorio*. Recuperado el 13 de enero de 2017, de repositorio: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10767/1/TESIS-PLACENTA-PREVIA-RACHEL-BAHOZ.pdf>
5. Barcelona, H. C. (marzo de 2012). *medicinafetalbarcelona*. Recuperado el 3 de enero de 2017, de medicinafetalbarcelona: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%EDas.%20hemorragia%203er%20t.pdf
6. Doctissimo. (2017). *doctissimo.com*. Recuperado el 7 de febrero de 2017, de doctissimo.com: <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/search?query=hemorragia+postparto>
7. Guisado, C. (2016). *cybertesis*. Recuperado el 13 de enero de 2017, de cybertesis: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/523/1/Guisado_c.pdf
8. López, E. (12 de enero de 2011). *chospab*. Recuperado el 3 de enero de 2017, de chospab:

http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf

9. MedlinePlus. (2 de noviembre de 2016). *medlineplus*. Recuperado el 4 de febrero de 2017, de medlineplus: <https://medlineplus.gov/spanish/hysterectomy.html>
10. MINSA. (2018). *Protocolo para la atención de complicaciones obstetricas*. managua: minsa nicaragua.
11. MINSA, N. (2013). *Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas*. Managua: minsa.
12. Peña, G., Salazar, G., & Zambrano, Z. (Octubre de 2012). *dspace*. Recuperado el 13 de enero de 2017, de dspace: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3724/1/T-UCR-006-77.pdf>
13. SEGO. (diciembre de 2012). *elsevier*. Recuperado el 3 de enero de 2017, de elsevier: www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-90
14. Solari, A., & Solari, C. (2014). Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 6.
15. Valdés, A. I. (2008). Comportamiento de la placenta previa en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", período 2003-2005. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, v.24 n.3. Obtenido de scielo.

ANEXOS

Instrumento de Recolección

Nº de expediente: _____ Fecha de recolección ___/___/___.

I. Datos Generales:

1. Edad: _____

2. Nombre del barrio o comunidad: _____.

3. Distrito _____.

4. Tipo de zona: Urbana Rural viajo en el último mes:

_____.

5. Grado de estudió

1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnico medio

5. Técnico superior 6. Universidad

6. Religión que practica:

1. católica 2. Evangélica 3. Testigo de Jehová

4. adventista 5. Ninguna 6. Otra _____

7. Ocupación Laboral:

1. Ama de casa 2. Comerciante 3. Estudiante:

4. Otra: _____.

8. Estado civil

1. Casado(a) 2. Acompañado(a) 3. Soltero(a)

II. Datos Gineco – Obstétrico:

1. Gestas previas:

1) Primigesta: 2) Bigesta: 3) Multigesta: 4) Gran multigesta:

1. Paridad:

- 1) Nulípara:
- 2) Multípara:

2. Control Prenatal:

- 1) Ninguno:
- 2) < de 3:
- 3) > de 3:

3. Edad Gestacional:

- 1) Menor de 37 semanas:
- 2) Embarazo de 37 1/7 a 41 1/7:
- 3) Embarazo mayor 42 semanas de gestación:

4. Patologías Maternas Gestacionales:

- 1) Diabetes gestacional:
- 2) Hipertensión gestacional:
- 3) IVU:
- 4) Pre eclampsia:
- 5) Pielonefritis:
- 6) RPM:

5. Antecedentes patológicos personales:

- 1) Diabetes:
- 2) Hipertensión Arterial:
- 3) LES:
- 4) Cardiopatías:
- 5) Otras: _____

6. Vía del Parto:

- 1) Vía Abdominal:
- 2) Vía Vaginal:

I. Manifestaciones Clínicas:

1. Sangrado transvaginal:

- 1) Si:
- 2) No:

2. Dolor abdominal:

- 1) Si:
- 2) No:

II. Evolución de la enfermedad:

1. Embarazo a término:

- 1) Si:
- 2) No:

2. Clasificación de placenta:

- 1) Placenta previa:
- 2) Placenta oclusiva:

III. Complicaciones

- 1). Hemorragia ante parto:
- 2). Hemorragia intraparto:
- 3). Hemorragia postparto:
- 4). Histerectomía:
- 5). Morbilidad asociada a transfusión:
- 6). Septicemia:
- 7). Trombo embolismo pulmonar:
- 8). Coagulación intravascular diseminada:

Tablas

Tabla N° 1

✚ Datos generales del grupo de embarazadas en estudio según frecuencia y porcentaje.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
✓ Edad		
≤19	1	8%
20-34	10	84%
≥35	1	8%
Total	12	100%
✓ Estado civil		
Soltera	1	8%
Casada	3	25%
Unión libre	8	67%
Total	12	100%
✓ Procedencia		
Urbano	10	83%
Rural	2	17%
Total	12	100%
✓ Escolaridad		
Analfabeto	0	0%
Primaria	5	42%
Secundaria	7	58%
Técnico	0	0%
Universidad	0	0%
Total	12	100%
✓ Ocupación		
Ama de casa	12	100%
Comerciante	0	0%
Estudiante	0	0%
Otras	0	0%
Total	12	100%
✓ Religión		
Católico	8	67%
Evangélico	4	33%
Testigo de Jehová	0	0%
Otras	0	0%
Total	12	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 2A

✚ Datos Gineco-Obstétrico del grupo en estudio según frecuencia y porcentaje.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
✓ Gesta		
Primigesta	3	25%
Bigesta	2	16.67%
Multigesta	6	50%
Gran multigesta	1	8.33%
Total	12	100%
✓ Paridad		
Nulipara	3	25%
Múltipara	9	75%
Total	12	100%
✓ Control Prenatal		
Ninguno	2	16.67%
<3	6	50%
>3	4	33.33%
Total	12	100%
✓ Edad Gestacional		
<37	3	25%
37 1/7-41 1/7	9	75%
>42	0	0%
Total	12	100%
✓ Abortos		
Ninguno	8	66%
Uno	2	17%
Dos	2	17%
>2	0	0%
Total	12	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 2B

✚ Datos Gineco-Obstétrico del grupo en estudio según frecuencia y porcentaje.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
✓ Cesáreas Previas		
Ninguno	3	25%
Uno	4	33%
Dos	5	42%
>2	0	0%
Total	12	100%
✓ Patologías Maternas Gestacionales		
Ninguna	9	75%
Diabetes gestacional	0	0%
Hipertensión gestacional	0	0%
IVU	1	8%
Pre eclampsia	2	17%
Pielonefritis	0	0%
RPM	0	0%
Total	12	100%
✓ Antecedentes Patológicos Personales		
Ninguna	12	100%
Diabetes	0	0%
Hipertensión Arterial	0	0%
Lupus eritematoso sistémico	0	0%
Cardiopatías	0	0%
Otras	0	0%
Total	12	100%
✓ Vía del Parto		
Vía Abdominal	12	100%
Vía Vaginal	0	0%
Total	12	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N°3

✚ Manifestaciones clínico del grupo de mujeres en estudio según frecuencia y porcentaje.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
✓ Sangrado Transvaginal		
Si	2	17%
No	10	83%
Total	12	100%
✓ Dolor Abdominal		
Si	0	0%
No	12	100%
Total	12	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 4

✚ Evolución clínica de la enfermedad durante el embarazo en frecuencia y porcentaje.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
✓ Clasificación de la Placenta		
Placenta Previa	0	0%
Placenta Oclusiva	12	100%
Total	12	100%
✓ Satisfactorio		
Si	9	75%
No	3	25%
Total	12	100%
✓ No satisfactorio		
Si	3	25%
No	9	75%
Total	12	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 5A

Las principales complicaciones de las mujeres en estudio en frecuencia y porcentaje.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
✓ Hemorragia Anteparto		
Si	0	0
No	12	100%
Total	12	100%
✓ Hemorragia Intraparto		
Si	0	0
No	12	100%
Total	12	100%
✓ Hemorragia Post parto		
Si	0	0
No	12	100%
Total	12	100%
✓ Histerectomía		
Si	0	0
No	12	100%
Total	12	100%
✓ Morbilidad Asociada transfusión		
Si	0	0
No	12	100%
Total	12	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 5B

Las principales complicaciones de las mujeres en estudio en frecuencia y porcentaje.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
✓ Septicemia		
Si	0	0
No	12	100%
Total	12	100%
✓ Trombo embolismo pulmonar		
Si	0	0
No	12	100%
Total	12	100%
✓ Coagulación Intravascular Diseminada		
Si	0	0
No	12	100%
Total	12	100%

Fuente: Expediente Clínico

Graficos

1. Características sociodemográficas de las pacientes embarazadas con Diagnostico de placenta previas.

1.1 Grupo de Edades de las embarazadas.

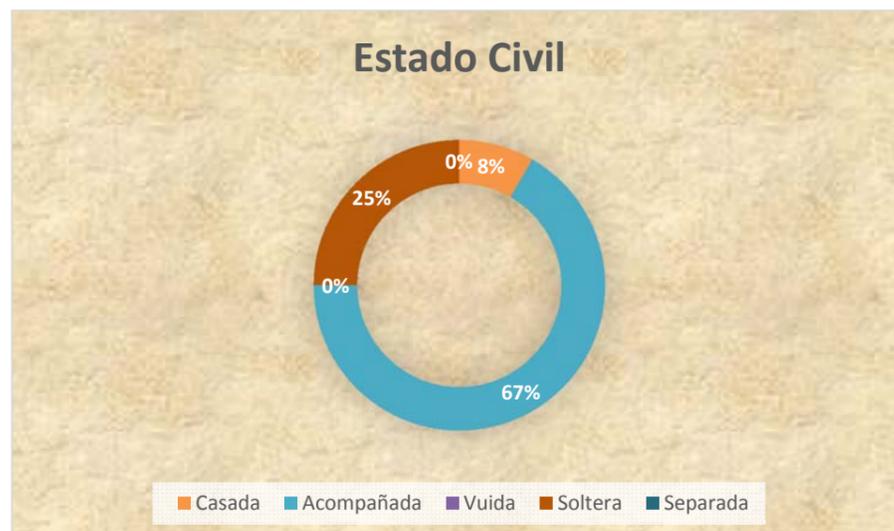
Grafico 1.1



Fuente: Tabla N.1

1.2 Estado Civil de las pacientes embarazadas

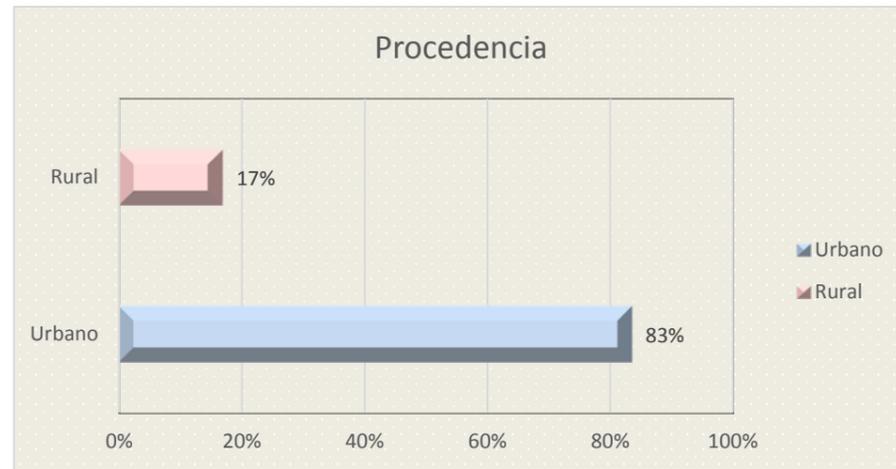
Gráfico 1.2.



Fuente: Tabla N.1

1.3 Procedencia de las embarazadas

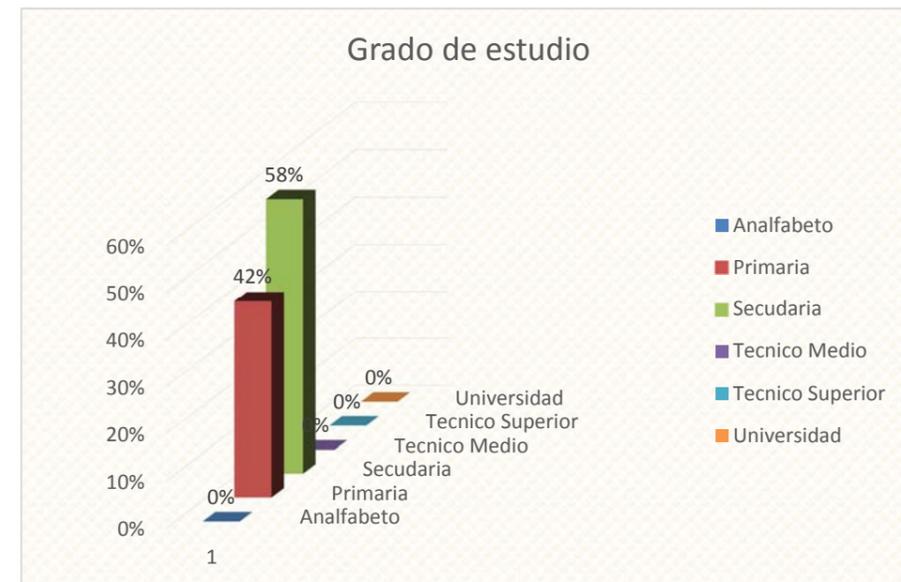
Gráfico 1.3.



Fuente: Tabla N.1

1.4 Escolaridad de las pacientes embarazadas.

Gráfico 1.4



Fuente: Tabla N.1

1.5 Ocupación de las pacientes embarazadas

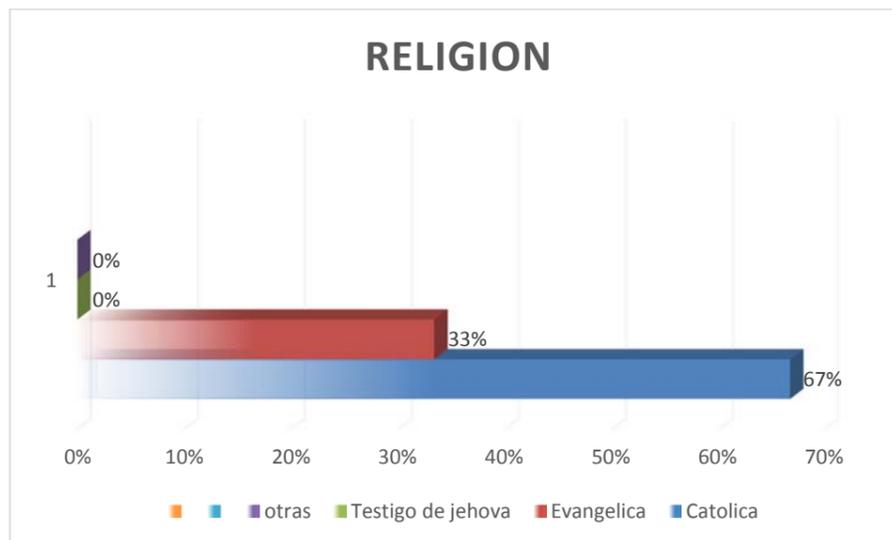
Gráfico 1.5.



Fuente: Tabla N.1

1.6 Religión de las pacientes embarazadas.

Grafico 1.6.

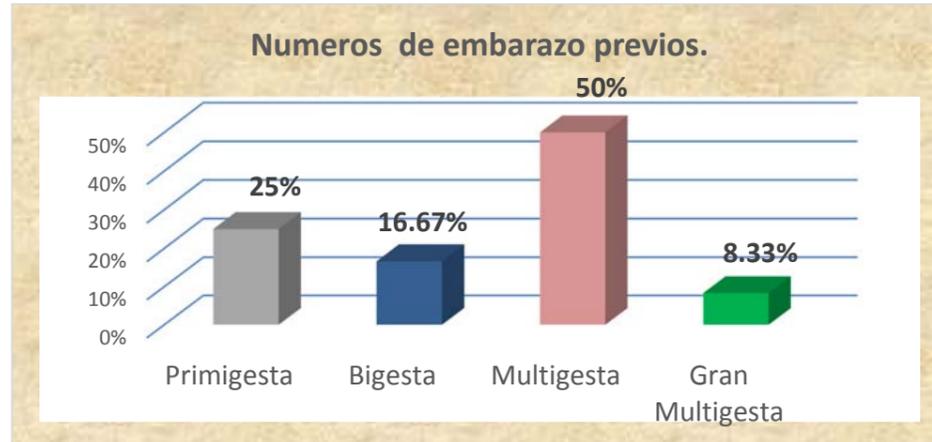


Fuente: Tabla N.1

2. Datos Gineco-Obstetricos de pacientes embarazadas con diagnóstico de placenta previa

2.1. Números de embarazos previos

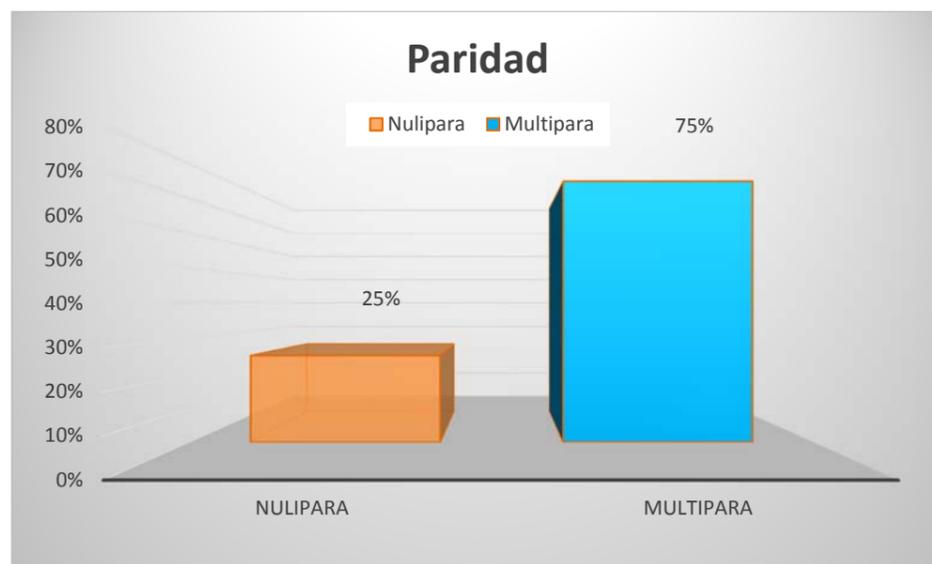
Gráfico 2.1



Fuente: Tabla N.2A

2.2 Paridad

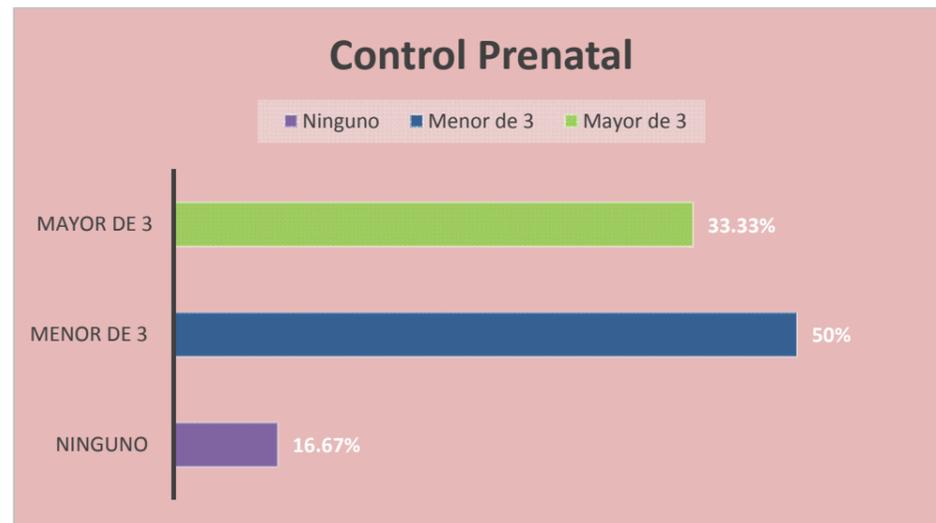
Gráfico 2.2



Fuente: Tabla N.2A

2.3 Control Prenatal

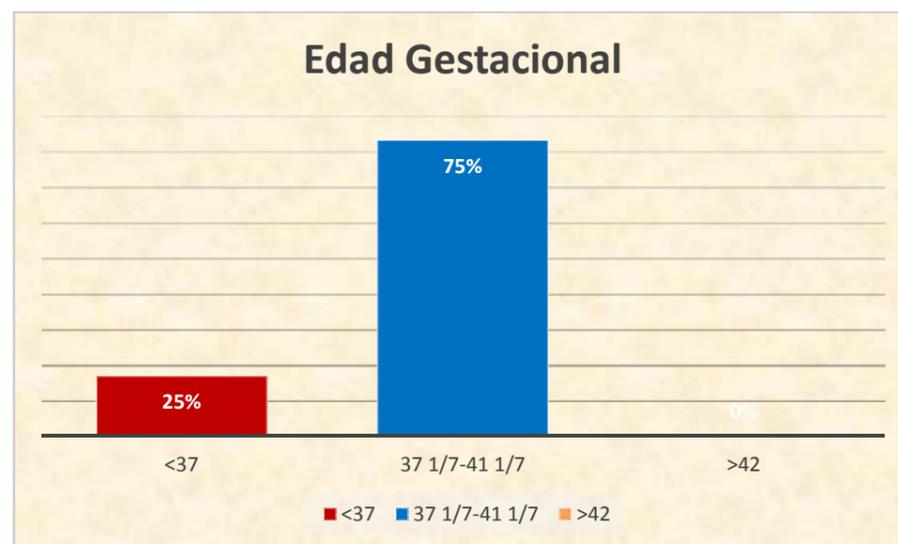
Gráfico 2.3



Fuente: Tabla N.2A

2.4. Edad Gestacional

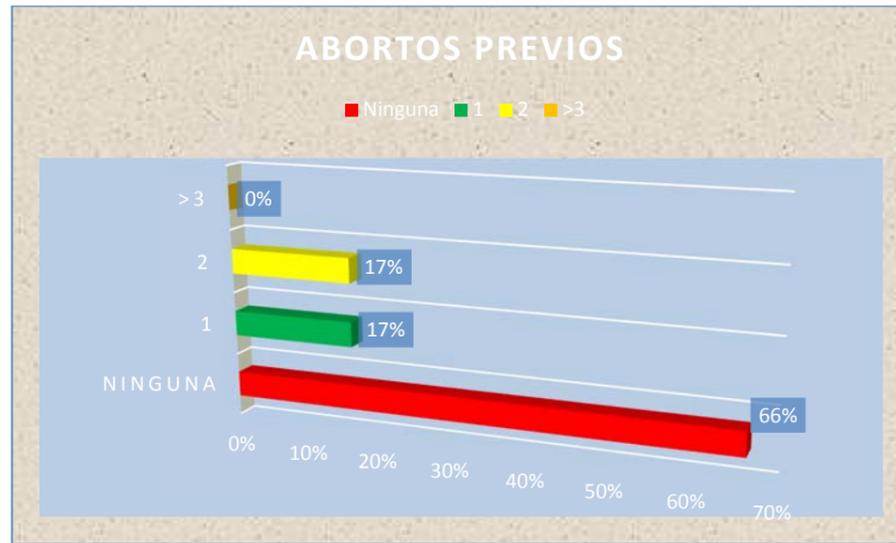
Gráfico 2.4



Fuente: Tabla N.2A

2.5. Abortos Previos

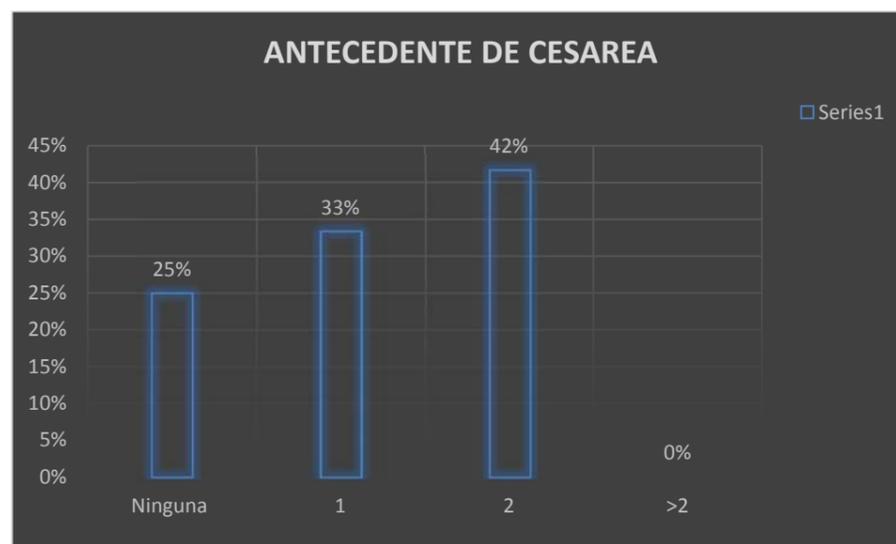
Grafico 2.5



Fuente: Tabla N.2A

2.6. Cesáreas Previas

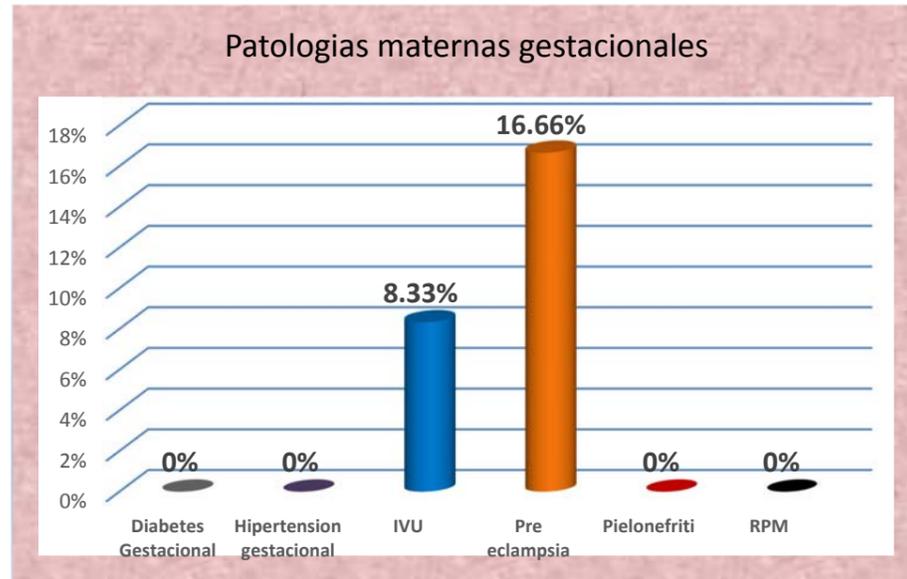
Grafico 2.6



Fuente: Tabla N.2B

2.5. Patologías maternas gestacionales

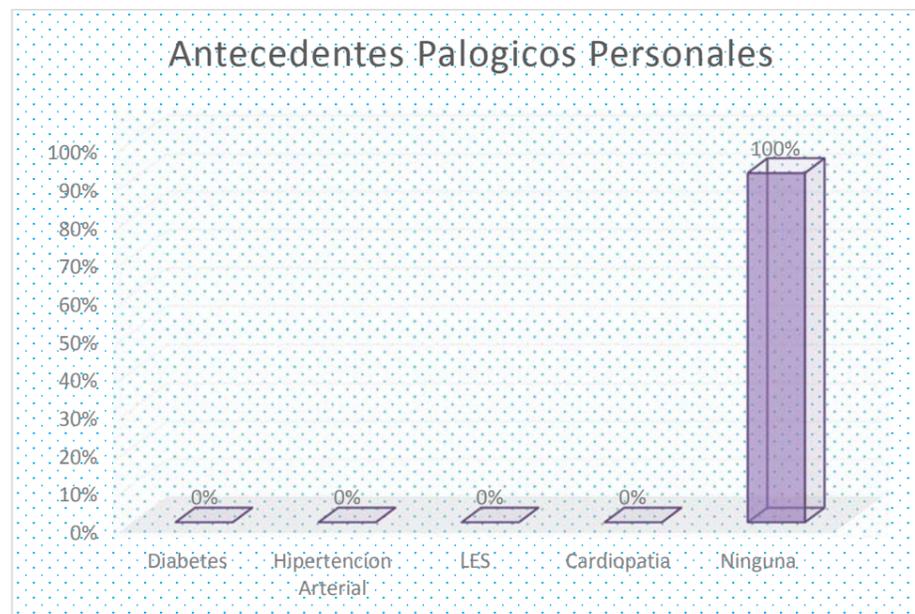
Gráfico 2.5



Fuente: Tabla N.2B

2.6 Antecedentes patológicos personales

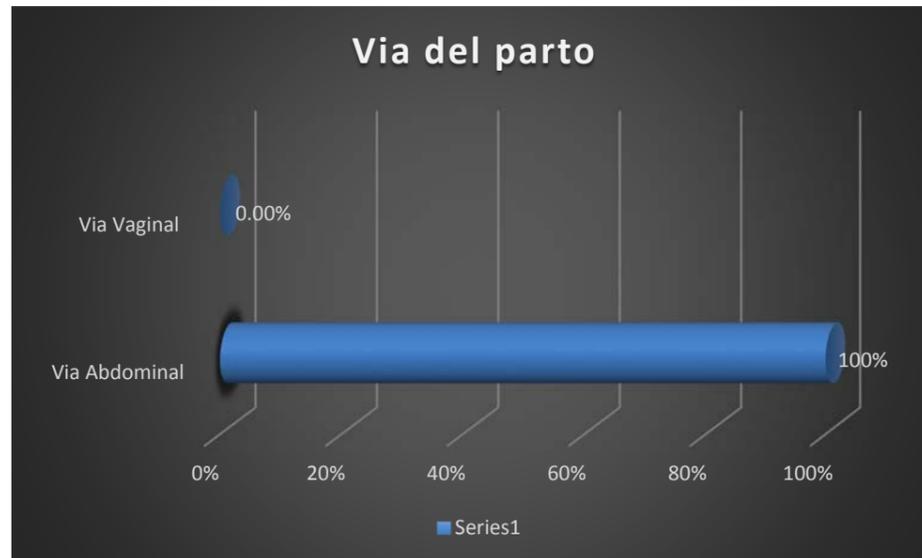
Gráfico 2.6



Fuente: Tabla N.2B

2.7 Vía del parto

Gráfico .2.7

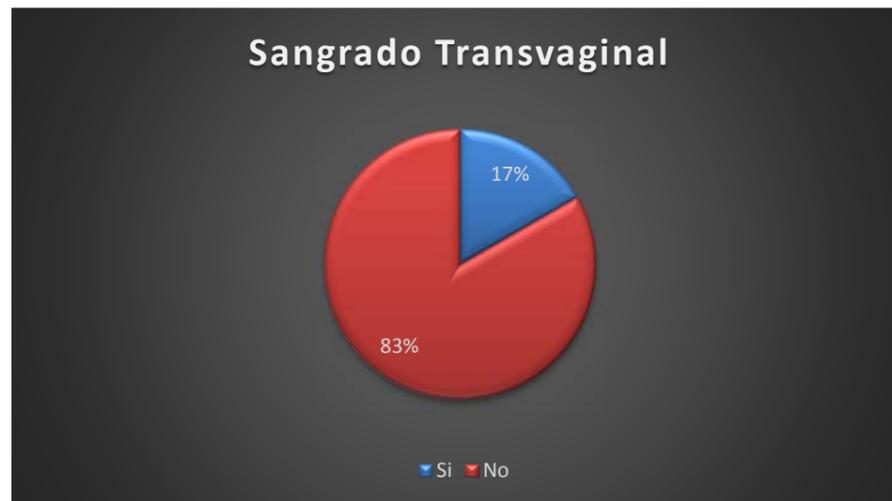


Fuente: Tabla N.2B

3. Manifestaciones Clínicas

3.1 Sangrado transvaginal

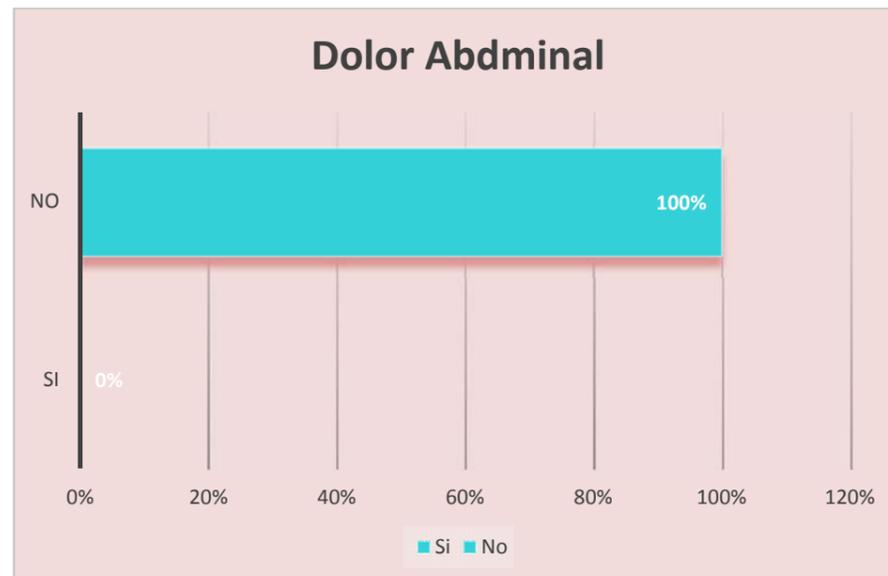
Gráfico 3,1



Fuente: Tabla N.3

3.2 Dolor Abdominal

Gráfico 3.2

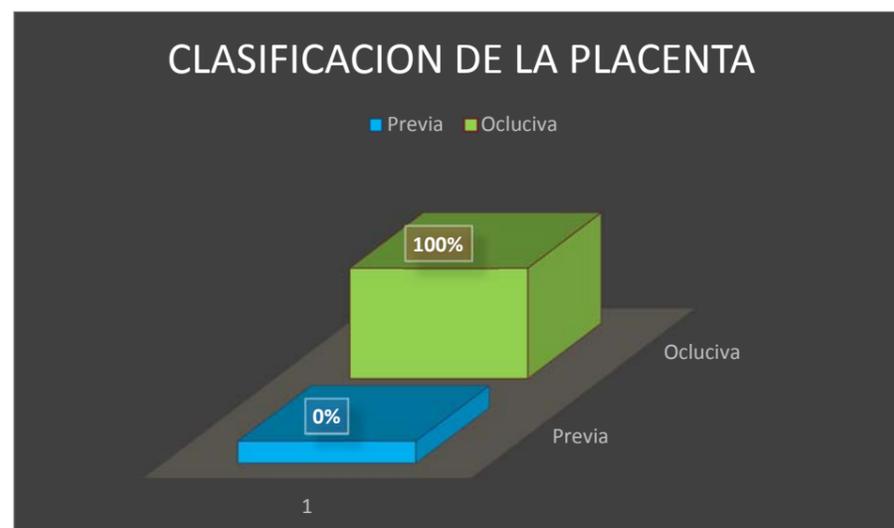


Fuente: Tabla N.3

4. Evolución de la enfermedad

4.1 Clasificación de la placenta

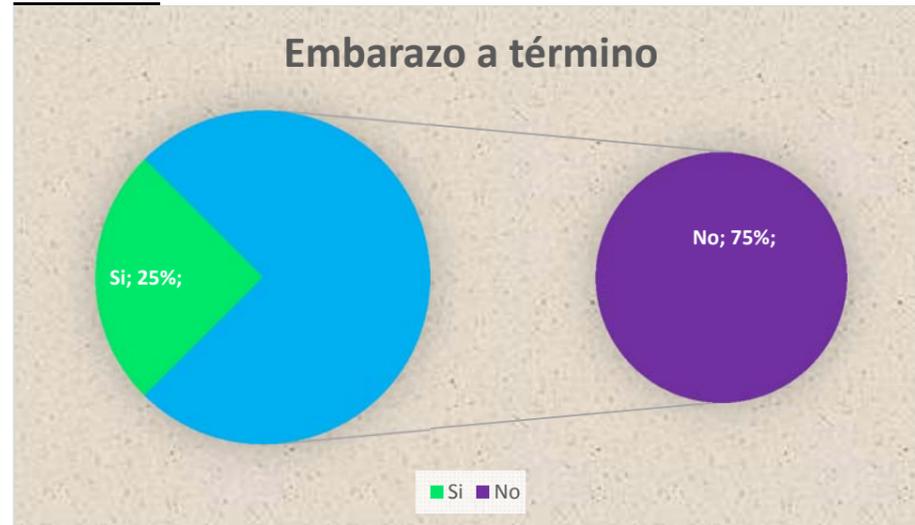
Gráfico 4.2.



Fuente: Tabla N.4

4.2 Embarazo a termino

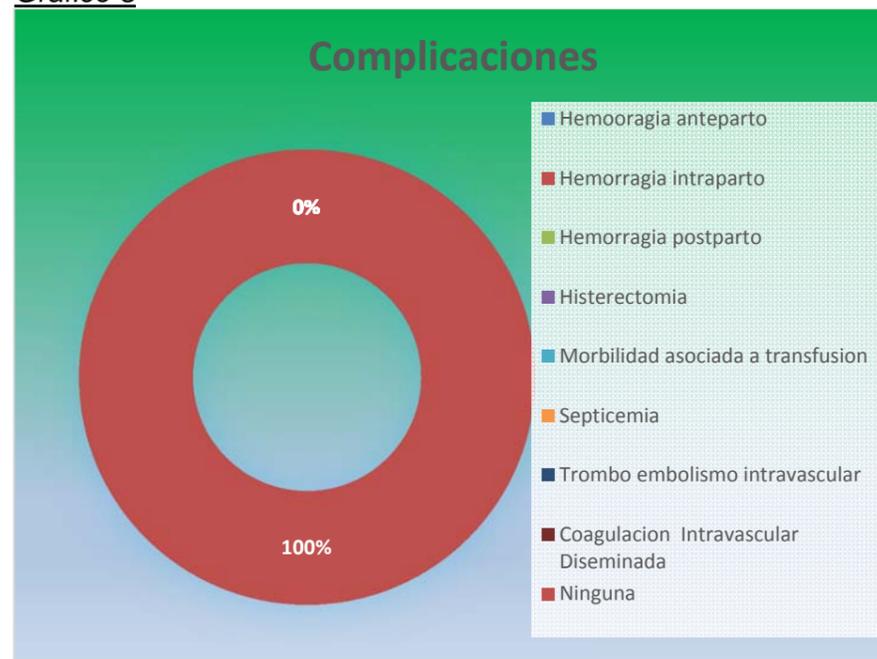
Gráfico 4.1



Fuente: Tabla N.4

4 Complicaciones

Gráfico 5



Fuente: Tabla N.5ª-B

