

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZU
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Prevalencia de Placenta Previa y factores asociados en gestantes que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo, periodo marzo 2015 a marzo 2016.

TESIS

Ana Alice Olmedo Alonso

Coronel Oviedo - Paraguay

2016



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Prevalencia de Placenta Previa y factores asociados en gestantes que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo periodo marzo 2015 a marzo 2016.

ANA ALICE OLMEDO ALONSO

TUTOR: DR. ANÍBAL KAWABATA

Tesis de presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado de Médico-Cirujano.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Prevalencia de Placenta previa y factores asociados en gestantes que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo, periodo marzo 2015 a marzo 2016.

Ana Alice Olmedo Alonso

Tesis presentada para obtener el título de grado de Médico Cirujano

Coronel Oviedo - Paraguay

Miembros del Tribunal Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor Dr. Aníbal Kawabata por su paciencia, disponibilidad, conocimientos y orientaciones fundamentales desde la concepción de la idea y la guía para la ejecución de este estudio.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Caaguazú por ser forjadora de mi preparación.

A mis maestros, que me brindaron su sabiduría, y día a día tuvieron paciencia para impartirnos sus conocimientos y lecciones de vida.

A Dios quien me guio durante toda la vida académica con su sabiduría y bendiciones.

A mis padres e hijos y a todos mis seres queridos por confiar en mí y recorrer conmigo este largo camino.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

DEDICATORIA

A mis padres Irma y Asunción quienes no sólo me brindaron amor sino también su apoyo, comprensión, sacrificio y confianza incondicional en todos estos años de estudio, porque me enseñaron el camino correcto.

A mis hijos Ihan y Kenny que siempre me brindaron su apoyo en el transcurso de mi carrera.

A mis compañeros Fabiola y Sergio por su apoyo incondicional de siempre.

A la Dra Rosalba Quiñonez por la paciencia y por el cariño que me motivan a seguir día a día.



RESUMEN

Introducción: Las hemorragias durante la gestación constituyen una de las tres causas más frecuentes de mortalidad materna y perinatal, dentro de ella se encuentra la placenta previa que constituye unas de las causas más frecuentes de hemorragias al final del segundo e inicio del tercer trimestre del embarazo. Entre los factores asociados se destaca la cesárea anterior como una de las causas principales, además de embarazo en las mujeres de edad avanzada, multiparidad y otras patologías obstétricas previas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de placenta previa y factores asociados en gestantes que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo en el periodo marzo 2015 a marzo 2016. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con componente analítico, con muestreo probabilístico aleatorio simple, obteniendo un tamaño muestral de 366. La población estuvo constituida por pacientes que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo en el período de estudio. Para la significancia estadística en el análisis bivariado se consideró un $p < 0,05$. **Resultados:** Ingresaron al estudio 366 embarazadas. La media de edad fue 25 años P25-75 (20-30 años). El rango fue de 31 años con un límite superior de 43 e inferior de 13 años. La prevalencia de placenta previa fue de 1,37%, siendo más prevalente en el grupo etario comprendido entre 40 años y más en un 5,26%(2), en relación al estado civil 33,33%(1) correspondieron a las divorciadas, en cuanto al nivel de instrucción el 4,35%(1) había concluido el nivel escolar primario y el 1,48%(2) procedían del área urbana. Se encontró que el tipo de placenta previa más frecuente según datos de ecografía es la placenta previa oclusiva total en un 80%. Se demostró asociación estadísticamente significativa con los siguientes factores: miomectomizadas, abortos previos, paridad y cesárea anterior. **Conclusión:** La prevalencia de Placenta Previa fue baja. Fueron varios los factores asociados siendo más frecuente las miomectomizadas. **Palabras Clave:** Placenta Previa, Factores asociados, Prevalencia.



ABSTRACT

Introduction: Bleeding during pregnancy is one of the three most frequent causes of maternal and perinatal mortality. The placenta is one of the most frequent causes of hemorrhage at the end of the second and beginning of the third trimester of pregnancy. Associated factors include anterior cesarean section as one of the main causes, as well as pregnancy in elderly women, multiparity, previous obstetric pathologies. **Objective:** To determine the prevalence of placenta previa and associated factors in pregnant women attending the Regional Hospital of Coronel Oviedo period of March 2015 to March 2016. **Materials and Methods:** A descriptive observational cross-sectional study with an analytical component was carried out, with simple random probability sampling, obtaining a sample size of 366. The population was constituted by patients who attend the Regional Hospital of Coronel Oviedo during the study period. For the comparison of the groups a $p < 0.05$ was considered significant. **Results:** 366 pregnant women were admitted to the study. The mean age was 25 years P25-75 (20-30 years). The range was 31 years with an upper limit of 43 and inferior of 13 years. The prevalence of previous placenta was 1.37%. The Previous Placenta was more prevalent in the age group between 40 years and over being 5.26% (2), in relation to marital status 33.33% (1), 4.35% (1) that completed the primary school level and 1.48% (2) come from the urban area. It was found that the type of placenta previous most frequent according to ultrasound data is the placenta previous total occlusive in 80%. A statistically significant association was demonstrated with the following factors; myomectomy, previous abortions, parity, and previous cesarean. **Conclusion:** Prevalence of Placenta Previous was low. Factors being the most frequent myomectomy. **Key words:** Previous Placenta, Associated factors, Prevalence.



RESUMO

Introdução: Sangramento durante a gravidez é uma das três causas mais comuns de mortalidade materna e perinatal, dentro de sua placenta prévia, que é uma das causas mais comuns de sangramento no final do segundo e início do terceiro trimestre da gravidez é. Entre os fatores associados à cesariana anterior como uma das principais razões, além da gravidez em mulheres mais velhas, multiparidade, patologias obstétricas anteriores stands. **Objetivo:** Determinar a prevalência de placenta prévia e fatores associados em mulheres grávidas que frequentam o Hospital de Coronel Oviedo Regional em março 2015 a março 2016. **Materiais e Métodos:** Um estudo descritivo transversal foi realizado com componente analítico, com probabilidade aleatória de amostragem simples, a obtenção de uma amostra de 366. A população foi composta por pacientes atendidos no Hospital de Coronel Oviedo Regional no período de estudo. Para o grupo de comparação $p < 0,05$ foi considerado significativo. As principais variáveis do estudo foram previa, seção anterior cesariana, idade materna, paridade, número de consultas pré-natais. **Resultados:** Eles entraram no estudo 366 grávida. A idade média foi de 25 anos P25-75 (20-30 anos). O intervalo foi de 31 anos, com um limite máximo de 43 e abaixo de 13 anos. A prevalência de placenta prévia foi de 1,37%. A placenta prévia foi mais prevalente na faixa etária entre 40 anos e mais de 5,26%(2), em relação ao estado civil 33,33%(1), corresponderam a divorciadas, como a nível de instrução 4,35%(1) tinham concluído o nível escola primaria e 1,48(2) eram da area urbana. Verificouse que o tipo mais comun de placenta anterior como dados de ultra – sons e a placenta previa oclusiva total a 80. Associação estatisticamente significativa foi demonstrada pelos seguintes fatores; miomectomizadas, abortos anteriores, paridad, seção anterior cesariana. **Conclusão:** A prevalência de Placenta Previa foi baixa. Os fatores associados mais frequentes foram, miomectomizadas. **Palavras-chave** :A placenta prévia, fatores associados Prevalência.



ÑEMOMBYKY

Ñepyrumby: Kuñamitahuvyva hyeguasupe ha'e mbohapy ojapova ñemano kuñahyeguasuvape há imembype ko yvyapeari. Ara peva oimokoihape ojapova hyeguasu mbytepe terá omohu'aove ombojehuva apytepe aupapave, hyeguasuhetaveva, cesárea tenondegua há aborto. **Mba'ejehupytyseva:** tome'e há ombojehukueramoiruvakuera hyeguasuva ohova Tasyope Coronel Oviédope jasyapy 2015 guive jasyapy 2016pe **Mba'epurupyhamba'ejekupyty:** Tembiapo jesarekorã techapy reoykeguáva osẽndive analitico, atyvorepo'arupi, ojehepytyja katu ha techarã 366. Ko Tembiapo ojejapo umi tavaygua ohova Tasyo Hospital Regional Coronel Oviédope. Oñembojoja haguã atykuera ojeipuru peteĩ $p < 0,05$ oje'e haguã oikoha. Hendave'ỹ peteĩkueraa ñemoarandugua ha'eakueAupa peva, tyeguasu ary, cesárea tenondegua, há ñandúpohanojárpe. **Jehechapyrã:** Ombohupava'ekue tasyo 366. Aupa peva kuñame ha,e 1,37%. Hetave pu'aka kuña ojetopa umi orekóvapema 40 ary 5,26%(2), 33,33%(1) ojetopa divorciadape, nomohu'ãiva'ekue imbo'esyry 4,35%(1) há ouva ciudagui 1,48%(2). Péape ojehecha mba'éguipa oikope'ã há mba'éicharupipa: tenondegua asẽvoi, tenondegua Aupapave, hyeguasuhu hetaveva, cesárea tenondegua há aborto. **Ñambopahavo:** Pepu'akaAupa peva sa'í.Ombojehukuéra omuiruva: tenondegua Aupapave, hyeguasuhetaveva, aborto, cesárea. **Ñe'ëapytere:** Aupapeva, Ombojehukuéraomuiruva. Pu'aka.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
RESUMO	vii
ÑEMOMBYKY	viii
ÍNDICE	ix
LISTA DE GRÁFICOS	xi
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
4. JUSTIFICACIÓN.....	5
5. OBJETIVOS.....	6
6. MARCO TEÓRICO	7-24
7. MARCO METODOLOGICO.....	25
7.1 Tipo de estudio y diseño general	25
7.2 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión.....	25
7.2.1 Universo.....	25
7.2.3 Selección y tamaño de la muestra	25
7.2.4 Unidad de análisis.....	26
7.2.5 Criterios de inclusión.....	26
7.3 Variables de Estudio	27
7.4 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos, métodos de control de calidad de datos	28
7.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación	28
7.6 Plan de análisis.....	28
8. RESULTADOS.....	30

ix



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

9.DISCUSION	43-44
10.CONCLUSIÓN	45
11.RECOMENDACIONES	46
12.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47-49
13.ANEXOS	50-51



LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Diagnostico de placenta previa en embarazadas.....	31
Gráfico 2. Prevalencia de placenta previa según edad materna.....	32
Gráfico 3. Prevalencia de placenta según estado civil.....	33
Gráfico 4. Prevalencia de placenta previa según nivel académico	34
Gráfico 5. Prevalencia de placenta previa según procedencia	35
Gráfico 6. Tipo de placenta previa más frecuente según datos ecográficos.....	36
Gráfico 7. Edad gestacional más frecuente en la placenta previa	37
Gráfico 8. Asociacion entre placenta previa y paridad	38
Gráfico 9. Asociacion entre placenta previa y cesarea anterior	39
Gráfico 10. Asociacion entre placenta previa y embarazo gemelar	40
Gráfico 11. Asociacion entre placenta previa y miomectomizadas	41
Gráfico 12. Asociacion entre placenta previa y abortos previos	42



1. INTRODUCCIÓN

Las hemorragias durante la gestación constituyen una de las tres causas de muerte materna junto con la hipertensión gravídica y la sepsis materna; los sangrados ocurren como consecuencia de un trastorno en la gestación; dicha hemorragia es una amenaza tanto para la vida de la embarazada como de su producto y mucho mayor el peligro si se le suma el acretismo placentario que termina en una histerectomía obstétrica, 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 presentar¹.

La frecuencia de aparición aumenta con la paridad. Para la nulípara, la incidencia es de 0.2%, mientras que en multíparas, puede ser mayor a 5% y la tasa de recidiva es de 4% a 8%. El factor de riesgo más importante para placenta previa es tener una cesárea previa. La placenta previa ocurre en el 1% de las embarazadas después de una cesárea. La incidencia después de 4 o más cesáreas se incrementa a 10%. Ocurre con más frecuencia en las mujeres que fuman, usan cocaína o son mayores de 35 años de edad. En más del 90 por ciento de los casos, la placenta previa se diagnostica en el segundo trimestre y puede corregirse por sí misma hacia el final del embarazo¹.

En los Estados Unidos ocurre en 0.3-0.5% de todas las gestaciones. Aunque el diagnóstico es poco común, coincidiendo con un estudio peruano realizado en el Hospital General Provincial Isidro Ayora de Loja en el año 2010 reporta que la placenta previa es una de las causas más frecuentes y significativas de hemorragia uterina en las últimas etapas de la gestación. Dentro de los factores de riesgo relacionados se encuentran cesárea anterior, la edad materna avanzada, cicatrices previas uterinas y multiparidad. El solo antecedente de cesárea previa aumenta el riesgo en 1,5-5 veces de presentar esta complicación. La práctica de cesáreas en un estudio peruano entre el 2001 al 2008 reporta que la tasa de cesáreas mensual de 36,9 % ± 9,1% 9, siendo el 10% lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)².



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La hemorragia obstétrica por placenta previa es la décima causa de muerte materna en el Ecuador con el 2.4% , efecto que se relaciona principalmente con los procedimientos del cuidado obstétrico. Esto se presenta en un 5% de todos los embarazos².

Debido a que la placenta previa es una complicación obstétrica grave y ante la falta de datos sobre la prevalencia de placenta previa en embarazadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo se realizó este trabajo para hallar la frecuencia de la misma y los factores asociados.



2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Con el objetivo de identificar los factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico realizado por Yuraicis Rivero Pérez y colaboradores en el Hospital Abel Santamaría Cuadrado donde se encontró que la edad materna más frecuente de asociación con la placenta previa estaba en el grupo de edades comprendida entre 25 a 34 años. Los principales factores de riesgos son: la procedencia urbana, la desnutrición por defecto y por exceso, la multiparidad, antecedentes de aborto y de cesárea anterior, así como la operación cesárea como modo de terminación del embarazo³.

Los datos obtenidos por Carol Guisado Aguayo en su estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo enero-setiembre 2015 fueron una prevalencia de placenta previa del 3%, el grupo etario más afectado fueron las mujeres añosas con 54,3%, el 63% fueron multíparas, el 71,7% tuvo al menos una cirugía uterina previa. El tipo de placenta previa más frecuente fue el total o completo con 71,7%⁴.

El estudio realizado por Gabriela Alexandra Peña Mena y colaboradores de tipo descriptivo, de corte transversal realizado en Quito en el año 2012 se encontró una prevalencia de placenta previa del 5% con mayor distribución entre las gestantes de 31-40 años, multíparas de procedencia urbana y de etnia negra. El tipo de placenta previa más frecuente es la oclusiva total y tenían antecedente de cesárea en un 100%⁵.

Luego de la revisión de los estudios más relevantes arriba citados se estima que la prevalencia de placenta previa ronda en 5% presentándose con mayor frecuencia en multíparas, de edad avanzada, con cesàrea previa y de procedencia urbana⁵.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La identificación de causas que contribuyan a disminuir la tasa de mortalidad en cualquier país, es un objetivo importante en las estrategias de Salud Pública. La placenta previa descrita generalmente como aquella que cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno, ha sido conceptualizada en la literatura como una de las patologías más alarmantes que pueden complicar un embarazo. A nivel mundial, se reporta 1 caso de placenta previa por cada 200 mujeres embarazadas con una morbilidad de 0.4 a 0.6 por ciento. La hemorragia obstétrica por placenta previa es una de las causas más frecuentes de muerte materna y perinatal, efecto que se relaciona importantemente con los procedimientos del cuidado obstétrico lo cual conlleva serias complicaciones para la gestante. La placenta previa es más frecuente en multíparas, con cesáreas previas, embarazo gemelar, procedimientos quirúrgicos previos en el útero y en pacientes con hábito de fumar tabaco⁶.

Entre los factores que acrecientan el riesgo de presentar placenta previa mencionamos como la más significativa a las cirugías uterinas previas: cesáreas, legrados uterinos, miomectomías, extracción manual de placentas y otras como edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida. Entre las complicaciones adquiridas se encuentran: el parto prematuro, ruptura prematura de membrana, distocia de presentación fetal, hemorragia grave, habiendo necesidad del uso de drogas vasoactivas y transfusión sanguínea, pudiendo llegar al shock hipovolémico⁶.

Existen pocos estudios acerca de la prevalencia de placenta previa y sus factores de riesgo a nivel nacional y regional por lo que el siguiente estudio tiene como objetivo conocer estos datos que son muy importantes debido a que representa una complicación obstétrica muy grave que compromete la normal evolución de la gestación y conlleva varias complicaciones que inclusive pueden llegar a comprometer la vida de la madre y del feto.



4. JUSTIFICACIÓN

Se ha reflexionado sobre la trascendencia que cada día adquiere la placenta previa en la población mundial y en Paraguay representa una de las principales causas de hospitalización en la final de la segunda mitad del embarazo por hemorragia y compromiso materno perinatal⁷.

Debido al marcado aumento de esta patología, se considera de suma importancia conocer: la etiología, los factores predisponentes y los mecanismos fisiopatológicos de la placenta previa, para poder evitar las complicaciones y mejorar la calidad de vida de las pacientes y la de sus hijos⁷.

Es sumamente importante conocer la prevalencia y los factores de riesgos, éstos darán la pauta para formular planes y programas estratégicos de prevención y tratamiento de la patología placenta previa para lograr evitar el acrecentamiento de la morbilidad materna y fetal. Ante la falta de datos estadísticos acerca de los casos de placenta previa, se hizo un estudio descriptivo retrospectivo que aporte información acerca de esta patología y datos epidemiológicos para el país⁷.

En la presente investigación se describirán todos los casos de pacientes con diagnóstico de placenta previa, cuyo embarazo se resolvió en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo en el periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.



5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de placenta previa y factores asociados en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo en el periodo marzo 2015 a marzo 2016.

5.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de placenta previa según datos sociodemográficos.
- Determinar el tipo de placenta previa más frecuente según datos ecográficos.
- Describir la placenta previa según la edad gestacional.
- Identificar los antecedentes ginecológicos y obstétricos como factores asociados a placenta previa.



6. MARCO TEÓRICO

6.1 Definición

Placenta previa se define como un proceso caracterizado anatómicamente por la implantación parcial o total de la placenta en el segmento inferior del útero y clínicamente por hemorragias de intensidad variable.

6.2 Clasificación

De acuerdo a su ubicación se clasifica en:

- a. Placenta previa oclusiva o total: el orificio cervical interno está cubierto totalmente por la placenta.
- b. Placenta previa parcial: el orificio cervical interno está cubierto en forma fragmentaria por la placenta.
- c. Placenta previa marginal: el borde de la placenta se encuentra cerca del orificio cervical interno pero no alcanza a cubrirlo.
- d. Placenta previa de inserción baja: el borde placentario se ubica a unos 3 cm del orificio cervical interno, esta puede ser palpado digitalmente a través del cérvix. La placenta marginal es mucho más frecuente que la oclusiva y que ésta es más frecuente habitualmente en las multíparas⁸.

6.3 Epidemiología

La mortalidad materna es una dificultad de la salud pública y de derechos humanos. Los elevados índices de morbilidad y mortalidad materna llaman la atención porque afectan el derecho de las mujeres y las niñas a la vida, a la salud, a la igualdad, a la no discriminación y al usufructo de los avances del conocimiento científico. Las enfermedades durante la gestación, el parto y el



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

puerperio constituyen una las causas principales de discapacidad y de óbito entre las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo⁸.

A nivel mundial, alrededor de cinco millones de mujeres sufren enfermedades críticas relacionadas a la maternidad, de las cuales aproximadamente el 10 % fallece. En el 80 % de los casos las muertes pueden ser prevenibles, pero sin lugar dudas se necesita de un entorno adecuado para una maternidad segura. La atención continuada con la presencia de profesionales debidamente capacitados a lo largo del embarazo, durante el parto y el postparto, el acceso a los servicios de salud y a una alimentación adecuada disminuye en gran parte el riesgo de una muerte materna⁸.

La situación social de las mujeres restringe su acceso a los recursos económicos y a la educación básica, por ende, todo eso da paso a la incapacidad para tomar decisiones con relación a su salud. Ciertas mujeres no cuentan con el acceso a la asistencia sanitaria cuando la necesitan, debido en ciertas maneras a prácticas culturales y en la mayoría de los casos resultado de la no disponibilidad de servicios básicos, como el agua, el saneamiento, las prácticas de hábitos saludables y el conocimiento y control de ciertas enfermedades relacionadas a la gestación, además cabe mencionar la falta de acceso y utilización de servicios obstétricos. La carencia de tomar decisiones de la mujer incide negativamente y lleva a muchas de ellas a una vida de embarazos repetidos⁹.

La escasez, las barreras en la educación, la inestabilidad sociopolítica como expresión de la persistencia de desigualdad entre los géneros y de la diferencia económica y social, son factores trascendentales que contribuyen a una aumentada morbilidad y mortalidad materna en casi todas las poblaciones. La morbilidad y la mortalidad materna tienden implicar a toda la familia y desencadena un impacto que reaparece a través de las generaciones⁹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Las complicaciones que causan las defunciones y las discapacidades de las madres traen consigo innumerables consecuencias a los hijos. Los niños menores que pierden a sus madres en las primeras seis semanas de vida tienen más probabilidades de no sobrevivir antes de cumplir dos años que en aquellos cuyas madres sobreviven⁹.

Para reconocer y comprender el problema no es suficiente conocer el número de muertes maternas que ocurren en determinado lugar, esto no explicaría por qué ocurren estos, sino que sería efectivo emprender ciertas estrategias de salud a nivel global pudiendo lograr así la reducción de las muertes de nuestras mujeres. Por cada mujer que fallece durante la gestación o el parto, 20 de ellas sufren lesiones, padecen infecciones, enfermedades o discapacidades. Las muertes maternas son más frecuentes entre el tercer trimestre y la primera semana después del nacimiento (a excepción de las muertes por complicaciones debidas a la realización de abortos)¹⁰.

Los estudios demuestran un riesgo aumentado de mortalidad materna durante los dos primeros días después del alumbramiento. La mayoría de las causas médicas de las defunciones maternas son similares en casi todo el mundo. La hemorragia obstétrica o sangrado durante la gestación constituye una de las mayores causas de morbimortalidad materna y perinatal. En cualquier momento de la gestación, pueden aparecer sangrados relacionados con trastornos congénitos o adquiridos, o también por diversas afecciones médicas que pueden acompañar a la gestación¹⁰.

La mayoría de estos ocurren en distintos momentos del desarrollo del embarazo, suelen tener factores de riesgo identificables, cuadros clínicos que se repiten y con el transcurso del tiempo se han acumulado evidencias que han permitido la elaboración de guías o protocolos para su manejo¹⁰.

Sobre el riesgo que tiene toda embarazada de sufrir sangrados durante la gestación, es de suma importancia identificar las que tienen un riesgo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

incrementado por ser “candidatas a sangrar, pues permite tomar medidas adecuadas para su atención. En este caso es el momento de determinar la atención a ser realizada ya sea por un si medico en un consultorio, o si necesita atención especializada del nivel secundario, como con pacientes que padezcan de una patología o estén en tratamiento médico, también puede ser dependiente de ingreso en el hogar de aislamiento materno, como sucede en pacientes con placenta previa oclusiva que no han sufrido hemorragias o pacientes con anemia importante o deficiencias nutricionales, que precisan ser resueltos antes del parto, para que no las coloquen en una situación desfavorable para enfrentar la hemorragia¹¹.

Debemos de tener en cuenta que la hemorragia en la segunda mitad del embarazo está asociada a parto pre término, la cual es una de las causas principales de morbimortalidad perinatal, además de que también se puede asociar a sufrimiento fetal agudo y a óbito fetal. El parto por cesárea produce una falla en la reconstitución del endometrio-miometrio en una siguiente gestación, asociándose de esta manera a mayor riesgo de complicaciones por placenta previa y placenta adherente, incrementando la morbilidad y mortalidad por hemorragia¹¹.

El daño mioendometrial provocado durante la cesárea puede favorecer la implantación baja de la placenta en la cavidad uterina, que se convierte en una de las principales causas de mortalidad materna por hemorragia importantes¹¹.

De acuerdo al momento en que se presenta la hemorragia obstétrica se puede clasificar en hemorragia anteparto (HAP) y hemorragia posparto. La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen), que puede presentarse durante el estado de embarazo o puerperal, que supera los 500 ml, postparto o 1000 ml post cesárea¹².



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Actualmente se define como hemorragia posparto (HPP) a la pérdida sanguínea de gran intensidad que produce cambios hemodinámicos importantes. El aumento significativo de las cesáreas es de ocurrencia mundial y se encuentra actualmente alrededor del 15%, pero varía considerablemente entre los diferentes países y servicios de salud. La incidencia de placenta anormalmente adherente con implantación anormal dentro de la cavidad uterina ha aumentado 10 veces en los últimos 50 años, lo que se refleja en el número de cesáreas realizadas¹².

El parto por cesárea anterior se asocia con un mayor riesgo de complicaciones placentarias en un siguiente embarazo, de las cuales la más frecuente es la placenta previa. La incidencia de la placenta previa suele ser 1/250 embarazos posteriores a la semana 24 de la gestación; 1/1500 nulíparas y 1/20 multíparas. Está influida por la edad gestacional en el momento del diagnóstico:

- a. El diagnóstico ecográfico de la placenta previa durante el segundo trimestre de la gestación es del 5%.
- b. En el parto a término, el diagnóstico ecográfico de la placenta previa es de 0.5%.
- c. Si se demuestra una placenta previa en una ecografía efectuada a las 26-28 semanas de la gestación, lo más probable es que el trastorno persista hasta el parto, por lo que debe recomendarse a la paciente que tome las medidas preventivas¹².

La incidencia de placenta previa oscila entre 0,28% y 2%, en promedio 1/200 partos. La prevalencia de placenta previa es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas. Es dispareja la frecuencia de la placenta previa si se consideran solamente los casos de inserción baja o aquellos en los que, además, se suman las hemorragias¹³.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Estas últimas, que son las que realmente interesan, se presentan en las estadísticas con una frecuencia sumamente variable según los distintos autores, pero en conjunto se puede establecer la proporción de 1 cada 200 o 300 embarazos. Dicha frecuencia es mayor en las multíparas que en las nulíparas, y en las mujeres de más de 35 años mayor que en las de menos de 25 años¹³.

La placenta previa constituye el 20% de las hemorragias del tercer trimestre de embarazo, por ello se considera una causa frecuente de transfusión materna y de histerectomía obstétrica, con una morbimortalidad perinatal no despreciable. En 5% de las gestaciones se producen hemorragias anteparto, en 1% por placenta previa, en 1,2% por desprendimiento de placenta y en 2,8% por causas indeterminadas. En conjunto, todas estas enfermedades son causas de hemorragias y responsables de 20 a 25% de todas las muertes maternas y perinatales¹³.

Según algunos estudios de todas las muertes maternas, el 6% de todas ellas son debidas a desprendimiento placentario previo, estas producen hemorragias importantes, acompañado de shock hipovolémico y alteraciones de la coagulación; también, señalan que implica en la incidencia de la morbimortalidad perinatal, pues es responsable de 15 a 20% de todas las muertes perinatales debido al peligro de hipoxia y de partos de pre termino. La placenta previa es la mayor causa de hemorragia en el final del segundo e inicio del tercer trimestre de gestación, complicando entre 0,3% y 0,5% de los embarazos provocando morbimortalidad materna y perinatal significativa¹⁴.

6.4 Morbilidad y mortalidad perinatales

1. La morbilidad perinatal es inferior al 10%.
2. La principal causa de morbilidad y mortalidad prenatales es la prematuridad. Asimismo, el aumento de la mortalidad perinatal se asocia a hemorragia precoz,



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

grandes pérdidas de sangre y antecedentes de placentas previas de tamaño mayor.

3. En los pacientes con placenta previa, son 2-4 veces más frecuentes las posibilidades de que se presenten malformaciones congénitas¹⁴.

6.5 Etiología

La implantación viciosa de la placenta podría deberse a:

a. Tardía aparición de la capacidad de fijación del Trofoblasto: Si ésta es muy precoz, el huevo puede insertarse en la trompa y dar origen al embarazo tubario; si es normal, se fijará en las zonas superior o media del útero; pero si es tardía, la anidación sólo se realizará en las zonas bajas de la matriz. Si fuera más tardía aún, teóricamente el huevo fecundado no alcanzaría a anidar y saldría al exterior como, un aborto o embarazo frustrado¹⁴.

b. Capacidad de fijación del endometrio disminuida por algún proceso de endometritis en las zonas superiores del mismo. En este caso, la placenta se Extendería hacia el segmento inferior en busca de mejores zonas para la implantación¹⁴.

c. Alteraciones endometriales. Si el endometrio es sano, el huevo se fija en el fondo del útero, donde hipertrofia sus vellosidades para dar origen a la placenta; el resto de las vellosidades, en cambio, sufrirla un proceso de atrofia hasta constituir el corion liso. Pero si el endometrio-presenta algún proceso patológico, las vellosidades destinadas a atrofiarse no lo harán, constituyéndose la placenta en la caduca refleja (placenta refleja), la que, al crecer el Trofoblasto, se asentará sobre la caduca verdadera, con la consiguiente ubicación inferior de la placenta¹⁴.

En la actualidad no se ha encontrado aún una causa específica para la placenta previa, pero la principal hipótesis está relacionada con una



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

vascularización anormal del endometrio, la capa interna del útero, por razón de una cicatrización o atrofia causada por traumatismos previos, cirugía o cuadros infecciosos. El trastorno puede deberse a varias razones multifactoriales, incluyendo una asociación con la multiparidad, embarazos múltiples, edad materna avanzada, antecedentes de cesáreas o abortos y, en algunas ocasiones, el hábito tabáquico¹⁵.

La cesárea anterior (Nielsen, 1989), la edad materna avanzada (Frederiksen, 1999), la multiparidad (Babinsky, 1999) y el hábito de fumar (Handler, 1994) han sido asociados a un aumento de riesgo de placenta previa. Los embarazos complicados por placenta previa son propensos a presentar sangrado durante el 2do trimestre y 3er. La etiología del sangrado se debe a la dinámica del desarrollo del segmento uterino bajo, pero también puede ser disparado por la actividad uterina¹⁵.

6.6 Factores de riesgo

Un factor de riesgo es aquel que aumenta la probabilidad de adquirir una enfermedad o afección. Los factores de riesgo incluyen:

- 1) Mujeres multíparas, en las que la zona de inserción placentaria de las sucesivas gestaciones va siendo substituida por tejido cicatricial, restando terreno apto para la implantación de la zona habitual.
- 2) Edad materna avanzada
- 3) Cicatrices uterinas, producidas por operaciones anteriores (miomectomías, cesáreas anteriores, operaciones plásticas por malformaciones uterinas).
- 4) Abortos de repetición o legrados uterinos enérgicos que impiden la regeneración del endometrio en zonas de cavidad uterina.
- 5) Gestación múltiple (dos o más fetos)
- 6) Miomas submucosos y pólipos endometriales.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7) Alteraciones funcionales de la mucosa, sinequias intrauterinas o endometriales residuales localizadas.

Dentro de los factores riesgo podemos mencionar los siguientes menos frecuentes:

- Tabaquismo, cocaína, razas negras y asiática, sexo masculino del feto, e historia previa de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta¹⁵.

6.7 Cuadro Clínico

La placenta previa se caracteriza por hemorragia genital indolora, con expulsión de sangre líquida de cantidad variable, roja rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada, la mayoría de las veces en reposo e incluso durante el sueño. Se presenta al final del segundo trimestre, habitualmente sin actividad uterina¹⁶.

Sangramiento rojo, rutilante e indoloro, intermitente y progresivo. El estado general de la paciente depende de la cantidad de sangre perdida. En varias ocasiones no se presenta hemorragias y el diagnóstico generalmente es un hallazgo ultrasonográfico, como ocurre frecuentemente con la variedad oclusiva, donde la hemorragia comienza con las modificaciones cervicales. El sangrado vaginal no se acompaña de dolor, lo que ocurre en 80% de los casos. Generalmente no hay alteraciones en la contractilidad uterina, pero en 10 a 20% de los casos se puede presentar dinámica uterina¹⁶.

En el 10% de los casos es asintomática. Un tercio sangra antes de las 30 semanas de gestación, un tercio entre las 30 y 36 semanas y un tercio. Después de las 36 semanas. En la mayoría de las veces no hay sufrimiento fetal, salvo en casos extremos, en los que la estabilidad hemodinámica de la madre esta comprometida¹⁶.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El inicio de la hemorragia se debe principalmente a la formación del segmento uterino inferior, cuya constitución por deslizamiento de sus capas no puede ser seguida por la placenta implantada a ese nivel, que se desprende en parte, ocasionando roturas vasculares responsables de la hemorragia. Este sangrado puede irritar el útero y originar contracciones que pueden aumentar la zona desprendida y a su vez incrementar la hemorragia convirtiéndose en un círculo vicioso. Al iniciarse la dilatación cervical puede agravar la intensidad de la hemorragia sobre todo en los casos de placenta oclusiva total. En los casos de placenta marginal el inicio del parto y el descenso de la presentación fetal pueden ayudar a cohibir la hemorragia al comprimir la placenta¹⁷.

Los episodios de hemorragia no se suelen acompañar de signos de pérdida del bienestar fetal a no ser que la hemorragia de extensa magnitud que cause un shock hipovolémico en la gestante y por ello afecte al volumen feto placentario. Dentro de las complicaciones mayores podemos mencionar a las derivadas del shock hipovolémico y de la hipotensión prolongada. Los episodios de hemorragia provocan anemia que pueden agravarse con un nuevo episodio de sangrado. Ante una hemorragia por de las 20 semanas de gestación, debe sospecharse la posibilidad de la existencia de una placenta previa¹⁷.

6.8 Diagnóstico

- 1) El síntoma fundamental de la placenta previa es la hemorragia; la misma adquiere en este proceso tal importancia que hace que, entre las causas gravídicas de pérdida de sangre del final del embarazo, esta entidad sea responsable de más del 90% de los casos. Tan alta frecuencia es lo que ha hecho decir que toda hemorragia del final del embarazo significa placenta previa mientras no se demuestre lo contrario¹⁸.

La hemorragia de este proceso presenta características muy particulares:

- a) la sangre expelida es líquida, roja, rutilante.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- b) es francamente indolora y se inicia con frecuencia durante el sueño. Es intermitente, reproduciéndose con espacios sucesivamente menores, aunque en cantidades mayores, hasta límites inusitados. El mecanismo de producción de la hemorragia reside, durante el embarazo, en la formación del segmento inferior, cuya constitución por deslizamiento de sus capas no puede ser seguida por la placenta, dada la distinta extensibilidad de los tejidos, por lo que se produce un desprendimiento con numerosas roturas vasculares interuteroplacentarias, origen de la hemorragia, y durante el parto, por un mecanismo análogo de desprendimiento al iniciarse la dilatación y cierto tironeamiento de las membranas al formarse la bolsa. La metrorragia proviene de los vasos parietales y de la superficie placentaria desprendida¹⁸.
- 2) Como consecuencia de la ubicación anómala de la placenta, ésta, al actuar como un impedimento para el descenso, dificulta el encajamiento y produce presentaciones viciosas (tronco, pelviana); además expone, al romperse las membranas por su fragilidad, al parto prematuro y a las procidencias del cordón. El tacto vaginal, en principio, está proscrito, dado que puede movilizar cotiledones y coágulos e incrementar la hemorragia con grave riesgo¹⁸.

No obstante, si fuera necesario (en el caso de decidir una conducta de urgencia), se lo puede efectuar si se cuenta con los medios quirúrgicos al alcance inmediato, aunque siempre sería preferible la visualización del canal con especuloscopia¹⁹.

Si se realiza el tacto se nota un almohadillamiento producido por la placenta entre el dedo que "tacto" y la presentación; en las multíparas con orificio entreabierto, la exploración intracervical permite palpar la placenta o las membranas que presentan un aspecto rugoso cuando ambas llegan al reborde cervical o lo cubren en su profundidad¹⁹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La exploración ecográfica constituye un diagnóstico de certeza de la placenta previa. Cuando la placenta se ubica en la cara posterior, al producirse el fenómeno de sombra acústica, se hace necesario efectuar una maniobra de rechazo del polo fetal. La ubicación placentaria por ecografía experimenta cambios hasta aproximadamente las 34 semanas debido al fenómeno conocido como migración placentaria¹⁹.

Se llama migración placentaria al cambio de ubicación de ésta en el transcurso del embarazo. Este hecho puede deberse a:

- 1) Formación del segmento inferior, que eleva la placenta y la aleja del orificio interno del cérvix.
- 2) Regresión y atrofia de las estructuras placentaria insertadas en áreas de escasa vascularización¹⁹.

6.9 Diagnóstico diferencial

En primer término excluirse toda hemorragia de origen ginecológico; se considerarán especialmente la exocervicitis hemorrágica, el cáncer de cuello de útero y la rotura de las varices vaginales, estas últimas con frecuencia de origen gravídico. La observación directa por especuloscopia, que debe realizarse en todo caso de duda, esta permitirá excluir estos proceso²⁰.

Entre las enfermedades hemorragíparas de orden gravídico, la que más entra en consideración es el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, aunque en este proceso los caracteres de la hemorragia se ve y los restantes signos que la acompañan difieren de los de la placenta previa. Aparte de ocurrir también en los últimos meses del embarazo, el proceso es de iniciación aguda, con fuerte dolor en el sitio del desprendimiento; el útero, a veces aumentado de volumen, adquiere una consistencia leñosa; la hemorragia es, por



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

lo general, única, de color negruzco, y se acompaña de algunos coágulos; el feto comúnmente está muerto²⁰.

La embarazada presenta un cuadro de preclamsia en un alto porcentaje de los casos; por último, puede agregarse un estado de shock, en el que, paradójicamente, la presión arterial se hallan elevados. En la rotura del seno circular, accidente del parto, la hemorragia se produce en el instante mismo de romperse la bolsa de las aguas; la sangre fluye mezclada con líquido amniótico; el feto rápidamente muere, y no se "tactan" elementos placentarios²⁰.

6.10 Manejo

Ante el diagnóstico ecográfico de una placenta previa oclusiva, marginal o de inserción baja a $< 10\text{mm}$, programar el control ecográfico de 3er trimestre alrededor de las 32 semanas para confirmar el diagnóstico y ajustar las recomendaciones (reposo relativo, evitar relaciones sexuales, prevención de anemia materna, informar de la posible aparición de sangrado). Es por tanto recomendable que en dichos casos se haga constar la localización de la placenta en el informe ecográfico. El control específico de 3er trimestre no será necesario en placentas de inserción baja entre 10-20 mm por la alta probabilidad de migración (más del 90%)²¹.

6.10.1 Placenta previa asintomática

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

6.10.2 Placenta previa sintomática

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



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Paciente en observación: Pacientes con sangrado leve-moderado y hemodinámicamente estables sin factores de riesgo hemorrágico añadido:

- Anamnesis y Examen Físico: evitar tactos vaginales; realizar siempre exploración ecográfica Transvaginal.
- Venoclisis y analítica que incluya: Hemograma, coagulación y bioquímica básica.
- Comprobación de frecuencia cardiaca fetal. Monitorización fetal en > 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.

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 frecuentes²¹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.10.3 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: frecuencia cardiaca fetal 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 antecedentes patológicos personales, 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.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- 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 gestación²¹.

- Tras la estabilización del cuadro:

A) Si edad gestacional > 36 semanas: finalizaremos la gestación mediante cesárea.

B) Si edad gestacional <36 semanas: Alta con reposo relativo y visita de control en 1-2 semanas. Posteriormente realizar ecografías regularmente (al menos cada 4 semanas) dependiendo de la distancia de la placenta al orificio cervical interno, la edad gestacional y la clínica de la paciente²².

6.10.4 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).

- Placenta Previa asintomáticas (paciente que nunca ha presentado clínica). Cesárea electiva a las 37-38 semanas.

- Placenta previa 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 placenta previa de inserción baja situada entre 11-20mm de orificio cervical inferior, puede plantearse la opción a parto vaginal (tasa de éxito descrita 69%), explicando la posibilidad de cesárea en curso de parto por hemorragia intraparto²².



6.10.5 Tipo de incisión

Es recomendable 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 fetal²³.

6.11 Pronóstico

El avance logrado en el diagnóstico y el mejor criterio terapéutico, muy especialmente después de generalizada la operación cesárea, han reducido los riesgos maternos y perinatal, si bien la mortalidad perinatal aún se mantiene elevada²³.

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%²⁴.

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 placenta²⁴.

6.12 Complicaciones

- Mayor morbi-mortalidad perinatal: RPM, parto prematuro
- Mal presentación fetal



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- 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 Placenta Previa tienen un mayor riesgo de hemorragia posparto. Actuar según protocolo de hemorragia posparto.
- Histerectomía urgente.
- Embolia de líquido amniótico.

La prematuridad causa la mayoría de las muertes neonatales en casos de placenta previa. El feto puede perder sangre si la placenta se separa de la pared uterina durante el trabajo de parto y también puede perder sangre cuando se abre el útero durante un parto por cesárea²⁴.



7. MARCO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio y diseño general

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con componente analítico.

7.2 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión.

7.2.1 Universo

Pacientes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

7.2.3 Selección y tamaño de la muestra

Para la selección de los sujetos se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, en la cual se procedió a la numeración de cada ficha clínica del 0 hasta X número y los mismos fueron ingresados a un programa estadístico para su posterior selección y obtención de la muestra al azar.

Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra con el programa estadístico Epidat 4.1 teniendo en cuenta los siguientes parámetros.

Tamaño poblacional: 2250 embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo en el período de estudio.

Proporción esperada: 5%

Nivel de confianza: 95%

Precisión: 3%

Tamaño de la muestra: 366



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.2.4 Unidad de análisis

Las embarazadas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

7.2.5 Criterios de inclusión

Embarazadas del servicio de Gineco-obstetricia que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo de marzo 2015 a marzo 2016.

7.3 Variables de Estudio

7.3.1 Operacionalización de las variables

Variables	Tipo	Definición conceptual	Operacionalización
Placenta previa	Cualitativa dicotómica	Se refiere a la cercanía de inserción de la placenta con respecto al orificio cervical interno	Si No
Edad materna	Cuantitativa discreta	Medición cronológica que determina el tiempo en años que vive una persona	A determinar
Estado civil	Cualitativa nominal	Es un estado jurídico en que se encuentra una persona frente a la familia y a la sociedad	Soltera Casada Unión libre Separada Viuda
Nivel de educación	Cualitativa ordinal	Es un indicador que determina la capacidad del conocimiento de una persona desde el punto de vista cultural, social e intelectual.	Ninguno Educación inicial Primaria Secundaria Escolar básica Escolar media Universitaria



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Procedencia	Cualitativa nominal	Lugar, cosa o persona de que procede alguien o algo.	Urbano Rural
Edad gestacional	Cuantitativa continúa	Semanas de desarrollo del embarazo	A determinar
Paridad	Cuantitativa discreta	Número de partos incluyendo el actual	A determinar
Número de controles prenatales	Cuantitativa discreta	Número de veces de consulta con un facultativo	A determinar
Cesárea anterior	Cualitativa dicotómica	Una cesárea es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés.	Si No
Embarazo gemelar	Cualitativa dicotómica	Embarazo en que coexisten dos o más fetos en la cavidad uterina.	Si No
Tipo de placenta previa	Cualitativa nominal	Se refiere al tipo de placenta previa según la inserción anatómica en el útero.	Lateral Marginal Oclusiva parcial Oclusiva total
Miomectomías	Cualitativa dicotómica	Es la intervención quirúrgica mediante la cual se extirpan los miomas uterinos.	Si No



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Aborto previo	Cualitativa dicotómica	Interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación.	Si No
---------------	---------------------------	--	----------

7.4 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos, métodos de control de calidad de datos

Para el desarrollo del estudio se utilizaron fuentes secundarias; se coordinó con el departamento de estadísticas del Hospital Regional de Coronel Oviedo, solicitando autorización para el acceso a la información de las fichas clínicas. Para la recolección de la información requerida, se utilizó una ficha de recolección de elaboración propia que considera todos los datos requeridos. Dicho instrumento consta de cuatro unidades:

- Unidad I: En la cual se registró datos de filiación tales como: edad materna, estado civil, nivel de educación, procedencia.
- Unidad II: Antecedentes gineco-obstetricos: Edad gestacional, paridad, número de controles prenatales, cesáreas previas, embarazo gemelar, miomectomías y abortos previos.
- Unidad III: Diagnóstico: Placenta previa.
- Unidad IV: Datos Ecográficos: Tipo de placenta previa.

7.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

Consentimiento informado y Confidencialidad

Aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú, aprobación del Director del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El estudio consistió en la revisión de historias clínicas del Departamento de Archivo del Hospital Regional de Coronel Oviedo, dándose a conocer solo los resultados, teniéndose en cuenta todos los aspectos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki.

7.6 Plan de análisis

Los datos recolectados de las fichas clínicas fueron ingresados a una hoja de cálculo en el programa Excel® 2013, para ser procesado posteriormente a través del Paquete Estadístico STATA 12.0.

Los datos estadísticos descriptivos fueron expresados en medidas para la variables cuantitativas y proporciones para las variables cualitativas.

Para el análisis estadístico se aplicó el estadígrafo de Chi cuadrado (χ^2) para medir la relación entre variables. La significancia se midió para $p < 0.05$ con un intervalo de confianza del 95%.



8. RESULTADOS

Ingresaron al estudio 366 embarazadas del Hospital Regional de Coronel Oviedo en el periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.

La media de edad fue 25 años P25-75 (20-30 años). El rango fue de 31 años con un límite superior de 43 e inferior de 13 años.

La prevalencia de placenta previa fue de 1,37%, siendo más prevalente en el grupo etario comprendido entre 40 años y más en un 5,26%(2), en relación al estado civil 33,33%(1) correspondieron a las divorciadas, en cuanto al nivel de instrucción el 4,35%(1) había concluido el nivel escolar primario y el 1,48%(2) procedían del área urbana.

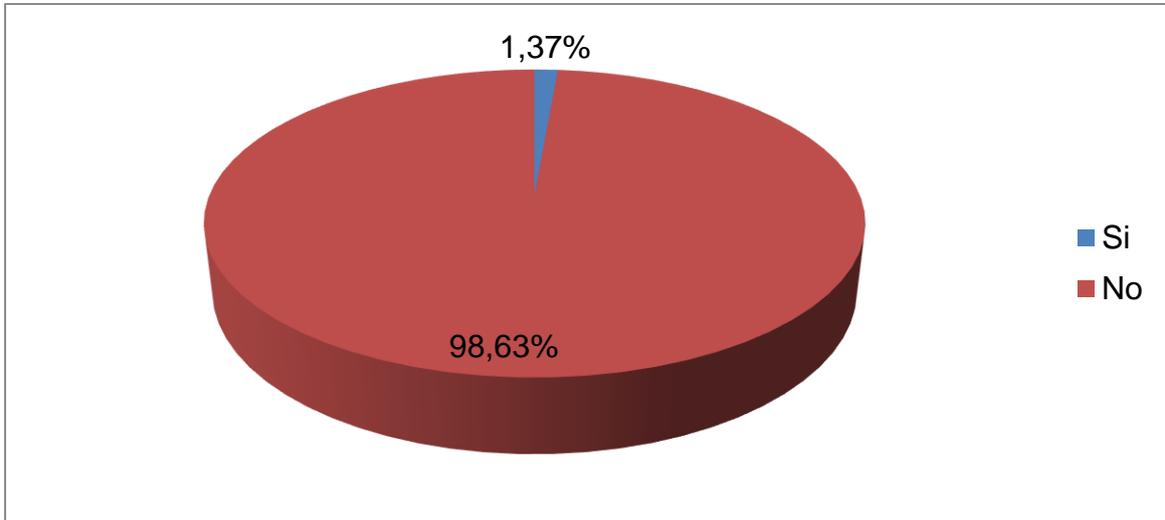
Se encontró que el tipo de placenta previa más frecuente según datos de ecografía es la placenta previa oclusiva total en un 80%.

Se demostró asociación estadísticamente significativa con los siguientes factores: miomectomizadas, abortos previos, paridad y cesárea anterior.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 1. Diagnostico de Placenta Previa en embarazadas. n: 366



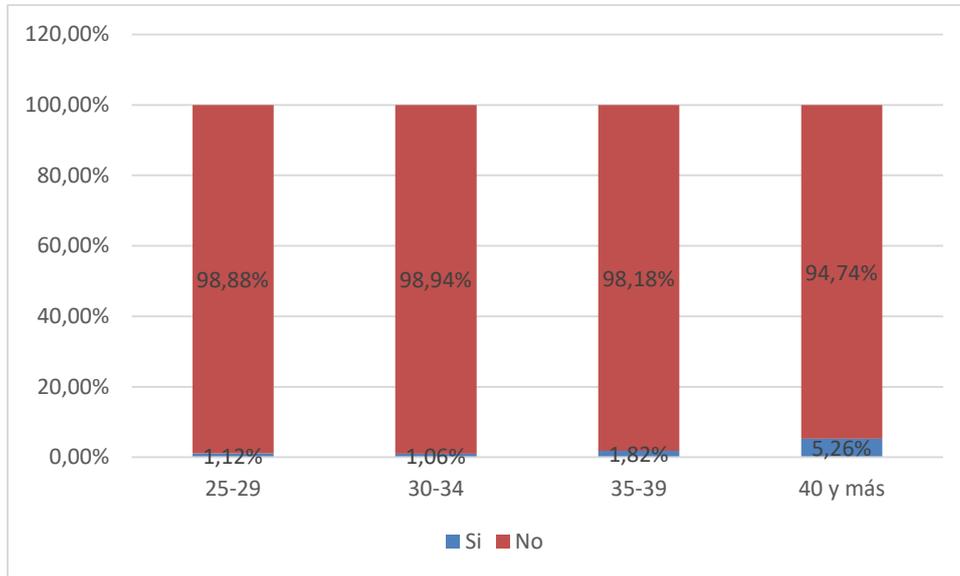
Fuente: Fichas clínicas de embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo "Dr. José Ángel Samudio", periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.

La prevalencia de placenta previa en embarazadas fue del 1,37% (5/366).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 2. Prevalencia de placenta previa según edad materna. n: 366



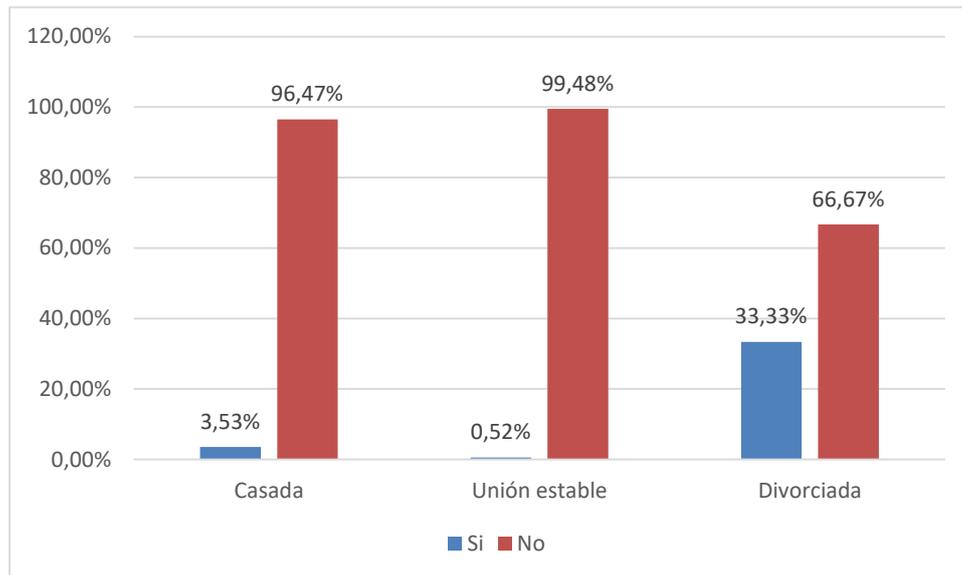
Fuente: Fichas clínicas de embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo “Dr. José Ángel Samudio” en el periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.

Se observó mayor prevalencia de placenta previa en embarazadas que tenían 40 años y más en un 5,26%(2), seguida de las que tenían edades comprendidas entre 35-39 años en un 1,82%(1) y en las de 25-29 años en un 1,12%.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 3. Prevalencia de placenta según estado civil. n: 366



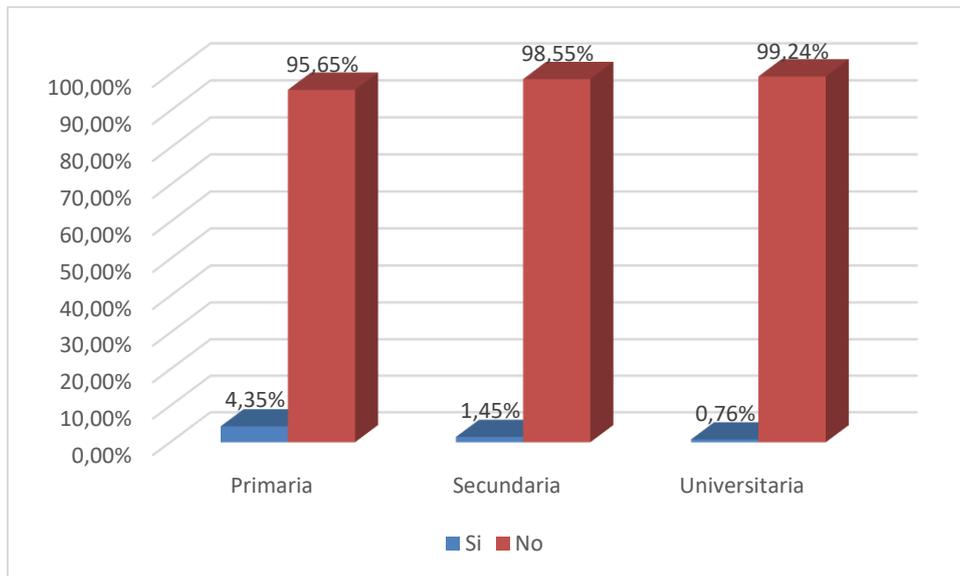
Fuente: Fichas clínicas de embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo “Dr. José Ángel Samudio” en el periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.

En relación al estado civil de las embarazadas al momento de la placenta previa se encontró que el evento fue más prevalente en divorciadas en un 33,33%(1), en las casadas se vio un 3,53%(3) y en las de unión estable en un 0,52%(1).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 4. Prevalencia de placenta previa según nivel académico n: 366



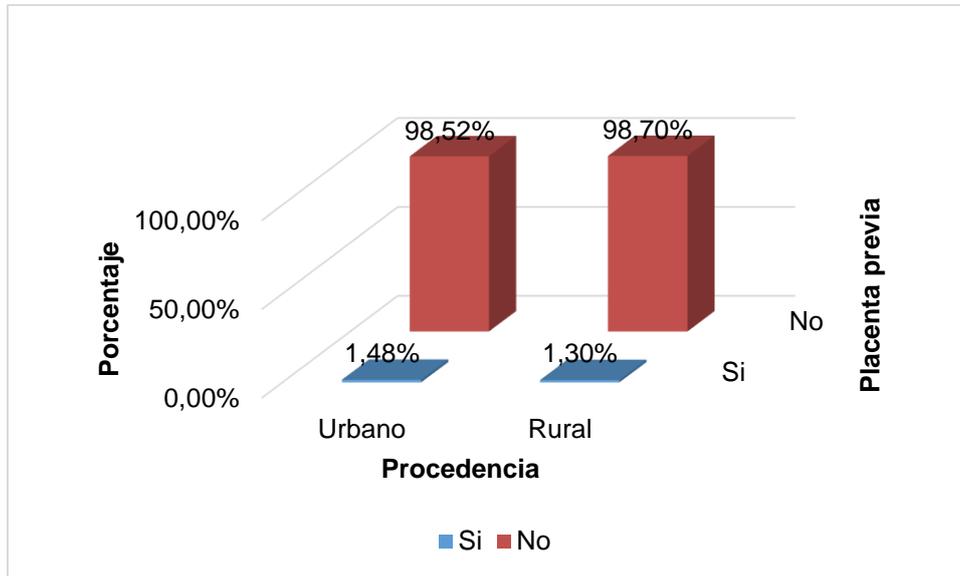
Fuente: Fichas clínicas de embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo “Dr. José Ángel Samudio” en el periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.

La prevalencia de placenta previa fue más frecuente en las embarazadas que cursaron hasta el nivel primario en un 4,35%(1), seguida de las embarazadas que cursaron hasta el nivel secundario en un 1,45%(3) y nivel universitario en un 0,76%(1).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 5. Prevalencia de placenta previa según procedencia. n:336.



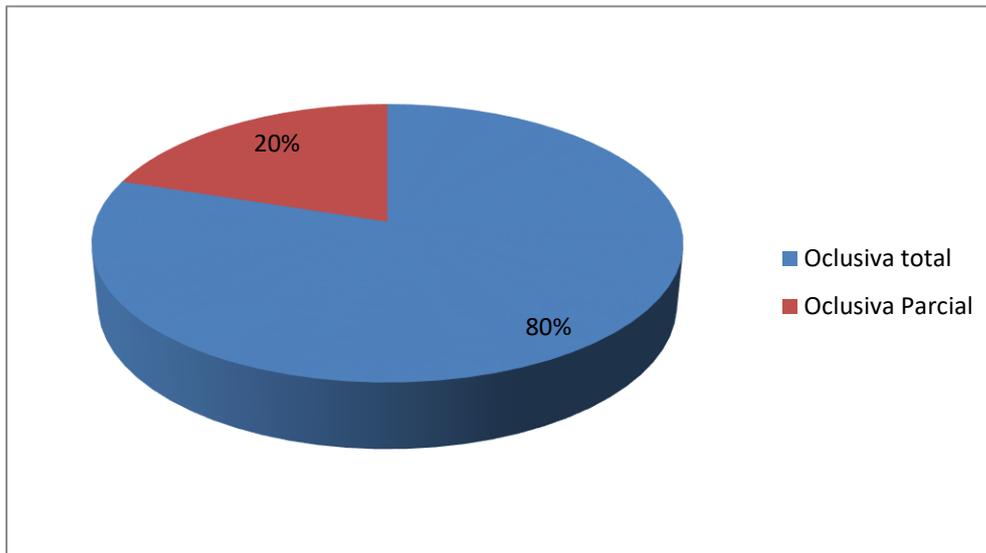
Fuente: Fichas clínicas de embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo “Dr. José Ángel Samudio” en el periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.

Se observó que la placenta previa fue más prevalente en un 1,48%(2) en las que procedían de la zona urbana.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 6. Tipo de placenta previa más frecuente según datos ecográficos n: 366.



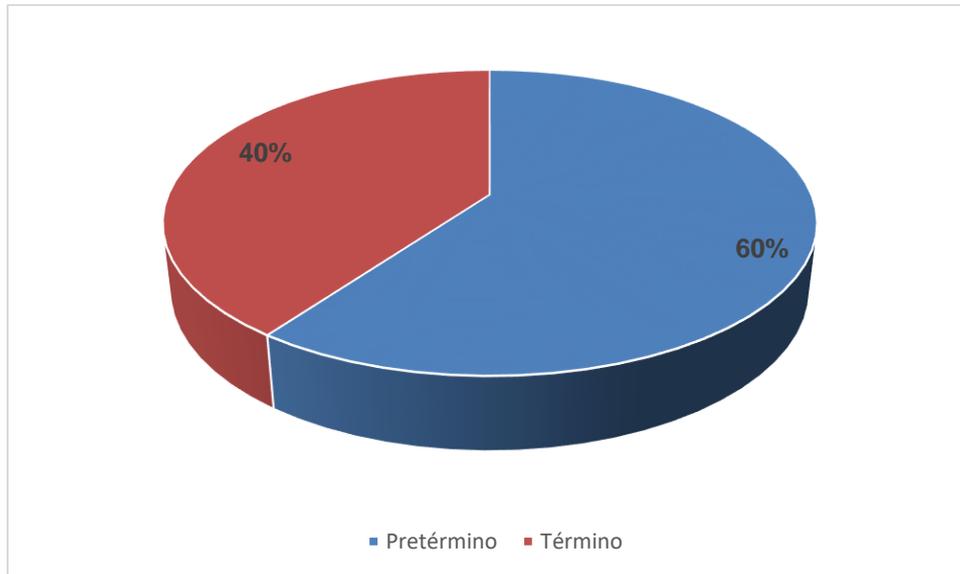
Fuente: Fichas clínicas de embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo “Dr. José Ángel Samudio” en el periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.

Se encontró que el tipo de placenta previa más frecuente según datos de ecografía es la placenta previa oclusiva total en un 80% y en un 20% la placenta previa parcial.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 7. Edad gestacional más frecuente en la placenta previa. n:366.



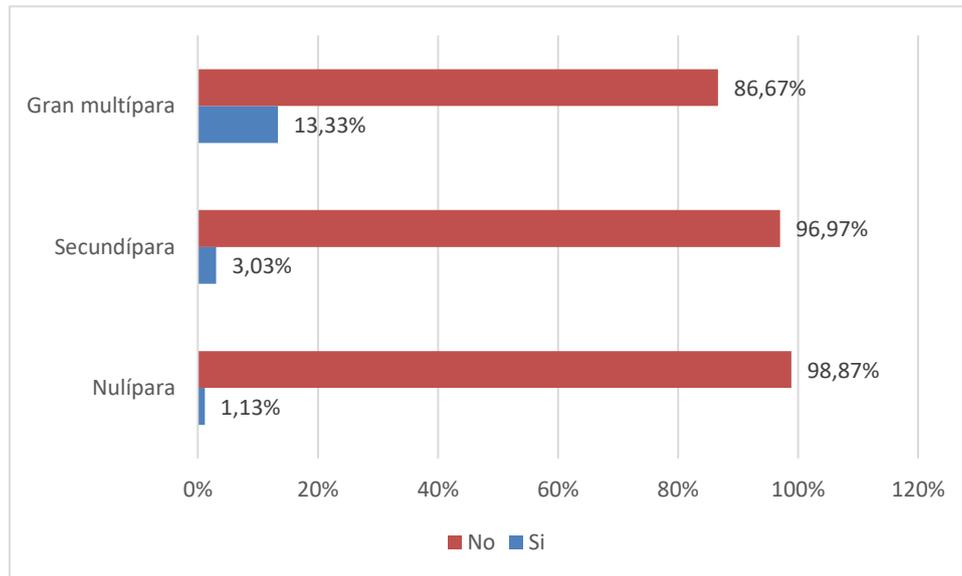
Fuente: Fichas clínicas de embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo "Dr. José Ángel Samudio" en el periodo de marzo 2015 a marzo 2016.

Se observó que edad gestacional más frecuente fue en las de pretermino en un 60% y 40% en las de término.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 8. Asociación entre placenta previa y paridad. Hospital Regional de Coronel Oviedo. n: 366.



Pearson $\chi^2(5) = 18.6472$ Pr = 0.002

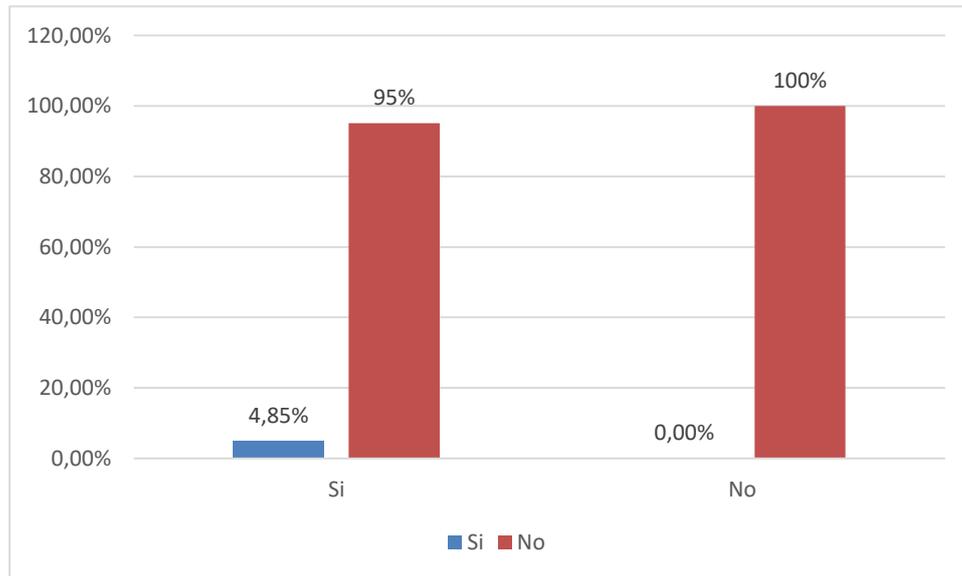
Fuente: Fichas clínicas de embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo "Dr. José Ángel Samudio" en el periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.

Se observó que la placenta previa es más prevalente en las Gran múltiparas en un 13,33%(2), en comparación con las secundíparas en un 3,03% (1) y 1,13%(2) en las nulíparas. Ésta diferencia fue estadísticamente significativa.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 9. Asociación placenta previa y cesárea anterior. Hospital Regional de Coronel Oviedo. n: 366.



Pearson $\chi^2(1) = 12.9438$ Pr = 0.000

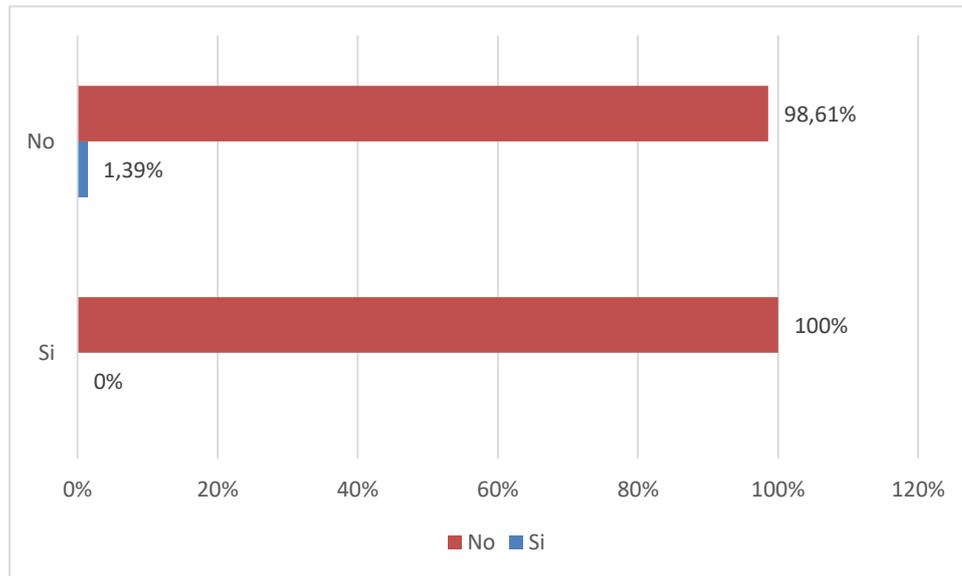
Fuente: Fichas clínicas de embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo "Dr. José Ángel Samudio" en el periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.

Se encontró que la placenta previa fue más prevalente en las embarazadas que tuvieron cesárea anterior en un 4,85%(5) en comparación con las embarazadas que no fueron cesareadas. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 10. Asociación entre placenta previa y embarazo gemelar. Hospital Regional de Coronel Oviedo. n: 366



Pearson chi2 (1) = 0.0988 Pr = 0.753

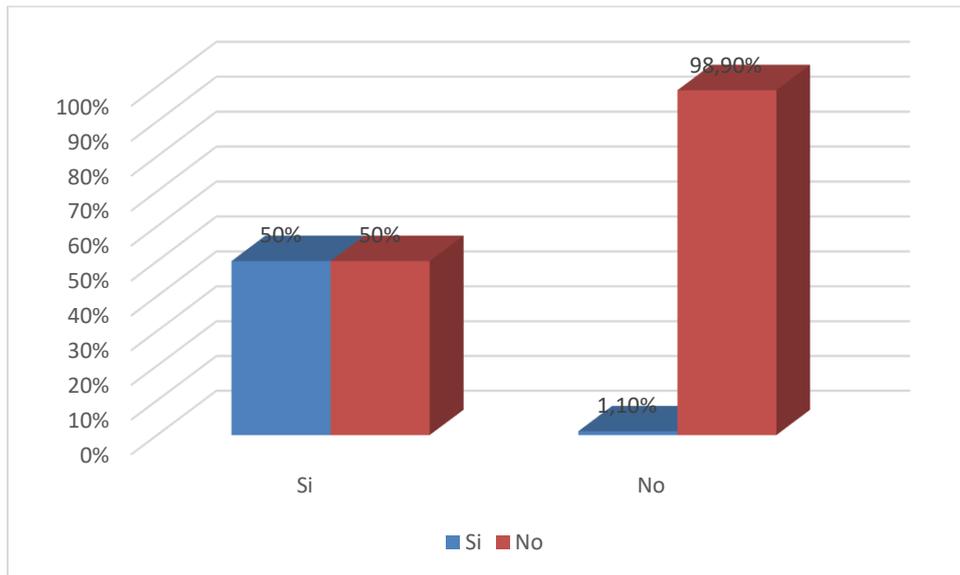
Fuente: Fichas clínicas de embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo "Dr. José Ángel Samudio" en el periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.

Se vio que la placenta previa fue más prevalente en un 1,39%(5) en las embarazadas que no tuvieron embarazo gemelar en comparación con las que sí tuvieron embarazo gemelar. No se encontró asociación entre las variables.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 11. Asociación entre placenta previa y miomectomizadas. Hospital Regional de Coronel Oviedo. n: 366.



Pearson $\chi^2(1) = 35.2998$ Pr = 0.000

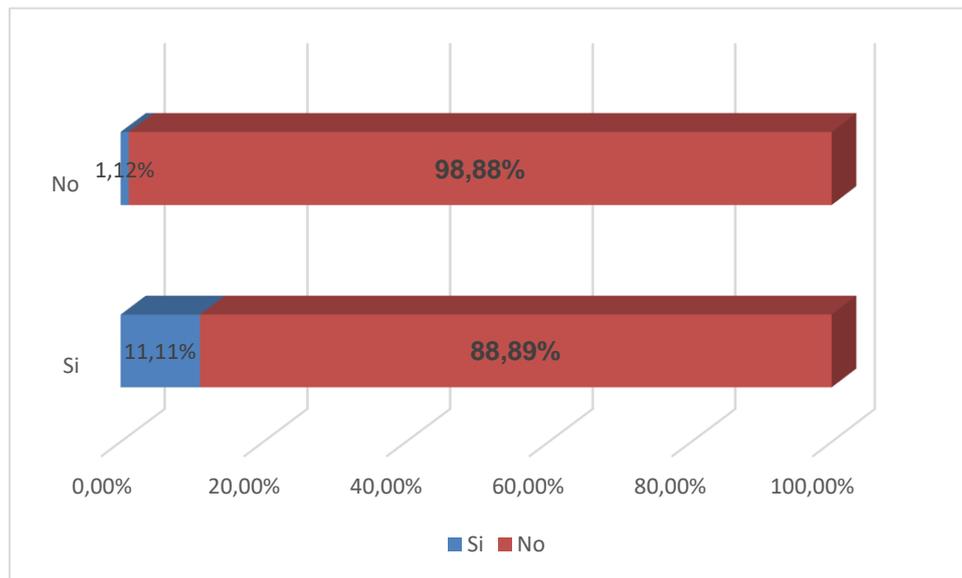
Fuente: Fichas clínicas de embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo "Dr. José Ángel Samudio" en el periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.

Se encontró que la placenta previa fue más prevalente en un 50%(1) en las embarazadas que fueron miomectomizadas en comparación con las no miomectomizadas en un 1,10%(4). Esta diferencia fue estadísticamente significativa.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 12. Asociación ente placenta previa y abortos previos. Hospital Regional de Coronel Oviedo. n: 366.



Pearson $\chi^2(1) = 6.4808$ Pr = 0.011

Fuente: Fichas clínicas de embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo "Dr. José Ángel Samudio" en el periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.

Se encontró que la placenta previa fue más prevalente en las embarazadas que tuvieron abortos previos en un 11,11%(1) en comparación con las embarazadas que no tuvieron abortos previos en un 1,12%(4). Esta diferencia fue estadísticamente significativa.



9. DISCUSION

En cuanto a la prevalencia de placenta previa se comparó con estudios realizados en algunos países Latinoamericanos, observando lo siguiente: El estudio realizado por Gabriela Alexandra Peña Mena y colaboradores realizados en Quito en el año 2012 donde se halló una prevalencia de placenta previa del 5%. En el estudio se obtuvo una prevalencia general de 1,37% de placenta previa, cifra inferior a las descritas en otros estudios realizados en América del Sur⁵.

En cuanto a la edad materna en relación a la placenta previa en este estudio fue de 5,26% en las embarazadas de 40 y más años en comparación a los hallazgos encontrados en un estudio realizado por Carol Guisado Aguayo en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo enero-setiembre 2015 donde se demostró que el grupo etario más afectado fueron también las mujeres añosas con un 54,3%⁴.

En relación al estado civil, se encontró mayor prevalencia de placenta previa en un 33,33% en las embarazadas divorciadas.

En el estudio se observó que la prevalencia de placenta previa fue mayor en las embarazadas con nivel académico primario, mientras que en otros estudios realizados en el Hospital Nacional de Itaugua las de nivel académico medio presentaron mayor prevalencia.

En lo que respecta a la prevalencia de placenta previa según área de procedencia, las embarazadas que provenían de la zona urbana presentaron una mayor prevalencia en un 1,48 %, en comparación a los hallazgos encontrados en varias literaturas coinciden con los datos encontrados donde la prevalencia más alta también se vió en las gestantes que eran de zonas urbanas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

En el estudio se observó que el tipo de placenta previa más prevalente fue la Placenta Previa oclusiva total en un 80% en comparación con un estudio realizado por Alexandra Peña en el año 2012 donde también se observó que el tipo de placenta previa más prevalente fue de la Placenta Previa oclusiva total en un 100%⁵.

En el estudio la prevalencia de placenta previa se vio más en embarazadas de pretérmino en un 60% y de un 40% en las de término, resultados que no son comparables con otros estudios a nivel nacional y Latinoamérica.

Es importante acotar dentro del análisis, la problemática que conlleva tener un porcentaje apreciable de placenta previa en embarazadas pretérmino (60%), este dato incidirá trascendentalmente en la morbilidad materna y perinatal.

Respecto a la prevalencia de placenta previa en relación a paridad se constató una mayor prevalencia en multíparas 13,33%, datos similares a otros estudios realizados en Perú donde también se encontró mayor prevalencia en multíparas.

La prevalencia de placenta previa asociada a cesáreas anterior fue del 4,85%, encontrando una diferencia estadísticamente significativa, comparable a un estudio realizado en Quito en el año 2012.

Con relación a factores de riesgos asociados a placenta previa se encontró asociación estadísticamente significativa con los siguientes: paridad, cesárea anterior, miomectomizadas datos similares a un estudio realizado por Yuraicis Rivero Pérez³.

La prevalencia de placenta previa según abortos previos encontrada en el estudio fue del 11,11%, siendo estadísticamente significativa, datos arrojados fueron similares a estudios realizados en Ecuador.



10. CONCLUSIÓN

La prevalencia de placenta previa en las pacientes que acudieron al servicio de Gineco-obstetricia fue baja, de acuerdo a cifras encontradas a nivel Latinoamérica.

En cuanto a las variables demográficas la placenta previa fue más prevalente en embarazadas a partir de la cuarta década de la vida, en las divorciadas, que procedían de la zona urbana y que cursaron sus estudios hasta el nivel escolar primario.

La edad gestacional más prevalente en la placenta previa fue de pretérmino.

La placenta previa oclusiva total fue la más frecuente.

Se demostró una asociación estadísticamente significativa con los siguientes factores: miomectomizadas la cual fue la más prevalente seguida de abortos previos, paridad y cesárea anterior.



11. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta la prevalencia encontrada y los factores asociados en esta investigación se sugiere:

Educación sanitaria a las embarazadas a través de charlas o por boletines informativos sobre la placenta previa y sus posibles complicaciones.

Enseñar acerca de los factores de riesgo a los que está expuesta la gestante desde los primeros controles prenatales para disminuir la aparición de complicaciones y seguimiento de los factores de riesgo.

Insistir a las embarazadas acerca de la importancia de la culminación del parto por vía vaginal, debido a que las cesáreas predisponen a la placenta previa.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PAHO/WHO. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: CD51/12. Montevideo: CLAP/SMR,2011: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=167:plan-de-accion-para-acelerar-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-y-la-morbilidad-materna-grave&Itemid=234&lang=es
2. Espinoza KM. Antecedentes Gineco-obstétricos, factores de riesgo y repercusión perinatal de la placenta previa en gestantes atendidas de parto en el Servicio de Ginecología del Hospital General Provincial Isidro Ayora de Loja. [Tesis].Loja: Universidad Nacional de Loja. Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
3. Rivero Y, Valdéz N y col. Factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa Hospital Abel Santamaría Cuadrado. Rev. Cub. Ciencias Médicas. 2009.
4. Guisado CL. Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el HNERM. [Tesis]. Perú: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2016.
5. Peña GA, Salazar GG. Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa en pacientes que ingresaron al Servicio de patología obstétrica del Hospital Isidro Ayora. [Tesis]. Quito: Universidad Central de Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas; 2012.
6. Alfonso J. Placenta previa. Revista Cubana Obst. Ginecol, vol 24, num 2, mayo 1998.
7. Ministerio de Salud de la República Argentina: Mortalidad materna: un problema de salud pública y derechos humanos.Nov 2003.Disponible en:https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_mortalidadmaterna.pdf.
8. Ministerio de Salud de Chile: Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción.2002.Disponible en: http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

9. Segovia MR. Alteraciones placentarias en mujeres embarazadas con cesáreas previas. Rev. Nac. (Itauguá) vol.5 no.1 Itauguá June 2013.
10. Dra. Asturizaga P, Dra. Toledo L. Hemorragia Obstétrica. Rev. Méd. La Paz v.20 n.2 La Paz 2014.
11. Ministerio de Salud de Chile: Guía Perinatal. 2013. Disponible en: http://www.sochog.cl/complementos/Contribuciones/guia_perinatal_2013.pdf
12. Oscanoa A. Placenta Previa. Rev Per Ginecol Obstet, vol. 51, núm. 4, octubre-diciembre, 2005, pp. 219-224.
13. Bahoz YR. Factores predisponentes de Placenta Previa en mujeres de 20 a 25 años en el Hospital Gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor". [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
14. Schwartz R. Fescina R. Duverges C. Obstetricia. Libro. 6ta ed. edit El Ateneo. vol3. Año 2005.
15. Pérez C. Hemorragias en la segunda mitad del embarazo. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:18-22.
16. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Placenta Previa. [en línea]. Disponible en www.prosego.com
17. Melgar A, Fuentes B, Pozo C. y col. Placenta Previa [Tesis]. Bolivia: Universidad Cristiana de Bolivia. Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
18. López, M. Placenta Previa y gestación. Revista. Clínic Barcelona: Hospital Universitari; 2012.
19. Avila S, Alfaro T, Olmedo J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo. Revista clínica de medicina UCR-HSJD: Costa Rica; 2016
20. López E. Hemorragia del tercer trimestre. Revista. Complejo hospitalario universitario; 2011
21. Placenta previa. Guía para placenta previa. Clínica DAM Madrid; 2009. Disponible en [www. Prosego.com](http://www.prosego.com).
22. Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia. Placenta previa en el período de un año en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional de Itaugua. En línea. www.spgo.org.py.2013.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

23. Koch M, Seltzer P, Pezzini A, Sciangula M. Placenta previa. Revista de posgrado de la Cátedra de Medicina General Integral, 2010;26(4)682-693.
24. Universidad Nacional de Colombia – Alianza CINETS. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo parto y puerpério. Rev. Col. Obstetricia y Ginecología vol.66 N°4. Octubre – Diciembre 2015 (263-286).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAGUAZU

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Instrumento de Recolección de Datos

Prevalencia de Placenta Previa en gestantes que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo en el periodo comprendido entre marzo 2015 a marzo 2016.

El presente instrumento de recolección de datos fue elaborado y completado por la autora. Dicho instrumento consta de IV unidades la cual es citada a continuación.

Hoja Nro:

I. Datos de Filiación:

C001: Edad Materna:

C002: Estado Civil

1. Soltera 2. casada 3. UE 4. divorciada viuda

C003: Nivel de Académico:

1. Primaria Secundaria 3. universitaria Ninguna

C004: Procedencia:

1. Urbana 2. Rural

II. Antecedentes Gineco - obstétricos:

C005: Edad Gestacional:

C006: Paridad:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1. Nulípara 2. Primípara 3. Secundipara 4. Tercipara 5. Multipara
6. Gran Multipara

C007: Número de controles prenatales:

C008: Cesareada Anterior 1.SI 2.NO

C009: Embarazo gemelar:

1. SI 2.NO

C010: Miomectomizadas 1. SI 2.NO

C011: Abortos previos 1. SI 2.NO

En caso de si, especificar cuantos:

III.C012. Diagnóstico de Placenta Previa:

1. SI 2.NO

IV.C013. Datos Ecográficos: Tipo de Placenta Previa:

1. Oclusiva Total

2. Oclusiva Parcial

3. Oclusiva Marginal