

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE
SULA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA PLACENTA
PREVIA**

**PRESENTADO POR:
SANIA ARACELY MEZA CASTELLANOS**

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**ASESOR TÉCNICO: DR. RUDY MILLA
ASESOR METODOLÓGICO: MARVIN RODRÍGUEZ MORENO**

SAN PEDRO SULA, HONDURAS, C.A.

17 NOVIEMBRE 2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE
SULA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA PLACENTA
PREVIA**

**PRESENTADO POR:
SANIA ARACELY MEZA CASTELLANOS**

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**ASESOR TÉCNICO: DR. RUDY MILLA
ASESOR METODOLÓGICO: MARVIN RODRÍGUEZ MORENO**

SAN PEDRO SULA, HONDURAS, C.A.

17 NOVIEMBRE 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH

RECTOR

DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO

VICERECTORA ACADÉMICA

MSC. BELINDA FLORES

SECRETARIA GENERAL

ABG. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADOS

MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADOR GENERAL POSGRADOS DE MEDICINA FCM.

DR. OCTAVIO RUBEN SÁNCHEZ MIDENCE

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH-VS

DIRECTORA

MSc. ISBELA ORELLANA RAMIREZ

SUBDIRECTORA ACADÉMICO

MSc. ADA CANTARERO

SUBDIRECTOR DE VINCULACION UNIVERSIDAD-SOCIEDAD

DR. FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ

SUBDIRECTOR DE DESARROLLO ESTUDIANTIL, CULTURA, ARTE Y DEPORTE

MSc. RAFAEL ENRIQUE MEJIA

SECRETARIA

DRA. JESSICA PATRICIA SÁNCHEZ PINEDA

COORDINADOR DE POSTGRADOS

MSc. ISBELA ORELLANA RAMIREZ

DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

DR. JOSÉ RAÚL ARITA CHÁVEZ

JEFE DEPARTAMENTO MEDICINA CLÍNICA INTEGRAL

DR. MARCO ANTONIO MOLINA SOTO

COORDINADOR CARRERA DE MEDICINA

DR. JOSÉ PASTOR LAÍNEZ MACIS

**COORDINADORA GENERAL INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
POSTGRADOS DE MEDICINA. EUCS**

DRA. TANIA SOLEDAD LICONA RIVERA

COORDINADORA POSTGRADO DE GINECOOBSTETRICIA

DRA. FRESIA MARÍA ALVARADO GÁMEZ

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios la sabiduría que me dio para realizar y terminar este trabajo que me llevó tiempo y esfuerzo, pero que se logró con paciencia y dedicación. Agradezco a mi asesor de tesis Dr. Marvin Rodríguez por su paciencia y por ser mi guía para la elaboración total de la investigación.

Agradezco a mis hermanos, sobrinos, tíos, mi abuela quienes con su cariño y apoyo incondicional me han animado y consolado aún en los momentos difíciles y de constantes cambios para seguir siempre adelante, sin miedo a nada.

También quiero agradecer a los docentes que me acompañaron en mi proceso educativo a lo largo del desarrollo de mi formación quienes me aportaron enseñanzas valiosas para el conocimiento.

Soy inmensamente feliz por el gran logro cumplido, otro más para marcar en mi lista, crece en mí una gran motivación para continuar prosperando cada día profesionalmente en lo que me apasiona y personalmente en lo que me emociona.

DEDICATORIA

Antes que a nadie dedico este trabajo a nuestro Creador del cielo, que siempre me sostuvo fuerte, me dio los medios, las fuerzas, el motivo, la salud, para seguir adelante y vencer cada obstáculo que hubo en mi vida:

Gracias Mi Dios, sin tu presencia esto no hubiese sido posible.

Y después de Dios, lo dedico a las dos personas más importantes en mi vida: mi Madre Ángela Vilma Castellanos y mi hija Maria Fernanda, quienes son mi vida, mi amor, la bendición más grande de mi vida.

Así como a mi querido hermano Wilmer Alexander Meza, que es más que mi apoyo siempre en cada decisión tomada. Sé que este logro lo llena de orgullo, felicidad y satisfacción.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	4
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
C. JUSTIFICACION	6
D. OBJETIVOS	9
1. Objetivo General.....	9
2. Objetivos Específicos	9
E. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE INVESTIGACIÓN	10
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	11
A. EMBARAZO:	11
B. LA PLACENTA	12
C. PLACENTA PREVIA.....	19
1. Fisiopatología.....	20
2. Factores de Riesgo.....	23
3. Clasificación: La placenta previa se divide en 4 grados:	25
4. Clínica	27
5. Diagnóstico.....	30
6. Diagnóstico Diferencial.....	34
7. Tratamiento	36

8. Manejo Conservador y Expectante	40
9. Finalización del Embarazo.....	44
10. Cesárea	44
11. Parto vaginal.....	45
12. Complicaciones.....	46
h. Acretismo Placentario.....	46
i. Signos Ultrasónicos de Acretismo: Escala de grises:	47
k. Prevención.....	49
l. Pronóstico.....	50
D. VARIABLES EN ESTUDIO.....	50
1. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS.....	50
2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	55
E. INVESTIGACIONES RELACIONADAS.....	58
CAPITULO III: METODOLOGIA	61
A. ENFOQUE DE LA INVESTIGACION.....	61
B. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA.....	61
C. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	61
D. IDENTIFICACION DE VARIABLES	61
E. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	62
F. POBLACION Y MUESTRA.....	64
G. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS.....	64

H. PLAN DE ANALISIS.....	66
CAPITULO IV: CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	67
A. PRINCIPIOS ÉTICOS	67
B. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN	67
CAPÍTULO V: RESULTADOS	68
A. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN:.....	68
B. VARIABLE CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS	68
C. VARIABLE CARACTERIZACION CLINICA.....	89
CAPITULO VI: DISCUSIÓN	102
CAPITULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	105
A. CONCLUSIONES.....	105
B. RECOMENDACIONES	106
CAPITULO VIII: REFERENCIAS.....	107
CAPITULO IX. ANEXOS.....	110

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Signos y Síntomas de Hemorragia del Tercer Trimestre	35
Tabla 2. Operacionalización de Variables.....	62
Tabla 3. Edad de las Pacientes	69
Tabla 4. Raza de las Pacientes	70
Tabla 5. Escolaridad	71
Tabla 6. Estado Civil	72
Tabla 7. Antecedentes Personales Patológicos.....	73
Tabla 8. Número de Embarazos	74
Tabla 9. Número de Partos.....	75
Tabla 10. Numero de Cesáreas	76
Tabla 11. Número de Abortos	77
Tabla 12. Numero de Óbitos.....	78
Tabla 13. Hijos Vivos	79
Tabla 14. Hijos Muertos	80
Tabla 15. Número Control Prenatal	81
Tabla 16. Edad Gestacional.....	82
Tabla 17. Peso del Recién Nacido.....	83
Tabla 18. Apgar del Recién Nacido	84
Tabla 19. Medico Tratante que Hizo la Cesárea.....	85
Tabla 20. Procedencia	86
Tabla 21. Turno que se Hizo la Cesárea	87
Tabla 22. Dolor	89
Tabla 23. Hipotensión	90

Tabla 24. Sangrado Transvaginal	91
Tabla 25. Taquicardia	92
Tabla 26. Anemia Según Hematocrito	93
Tabla 27. Hemoglobina	94
Tabla 28. Plaquetas	95
Tabla 29. Tipo de Placenta Previa	96
Tabla 30. Segundo Diagnostico	97
Tabla 31. Tratamiento Quirúrgico	98
Tabla 32. Días Hospitalarios	99
Tabla 33. Condición al Egreso	100
Tabla 34. Control Consulta Externa	101

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Formación Placentaria	14
Ilustración 2. Placenta Previa Oclusiva	20
Ilustración 3. A. Placenta Normoincerta B. Placenta Previa	24
Ilustración 4. Grados de Placenta Previa	26
Ilustración 5. A. Lateral B. Marginal C. Total	27
Ilustración 6. Imagen de la Placenta en Relación al Cérvix	33
Ilustración 7. RAM de una Placenta Previa Total	34
Ilustración 8. Clasificación del Acretismo Placentario	47

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad de las Pacientes.....	69
Gráfico 2. Raza de la Paciente	70
Gráfico 3. Escolaridad.....	71
Gráfico 4. Estado Civil	72
Gráfico 5. Antecedentes Personales Patológicos	73
Gráfico 6. Número de Embarazos.....	74
Gráfico 7. Número de Partos	75
Gráfico 8. Numero de Cesáreas	76
Gráfico 9. Número de Abortos	77
Gráfico 10. Numero de Óbitos	78
Gráfico 11. Hijos Vivos.....	79
Gráfico 12. Hijos Muertos	80
Gráfico 13. Número Control Prenatal.....	81
Gráfico 15. Peso del Recién Nacido	83
Gráfico 16. Apgar del Recién Nacido.....	84
Gráfico 17. Medico Tratante que Hizo la Cesárea	85
Gráfico 18. Procedencia	86
Gráfico 19. Distribución de Placenta Previa por Mes.....	88
Gráfico 20. Turno que Hizo la Cesárea.....	87
Gráfico 21. Dolor.....	89
Gráfico 22. Hipotensión	90
Gráfico 23. Sangrado Transvaginal	91

Gráfico 24. Taquicardia.....	92
Gráfico 25. Anemia Según Hematocrito.....	93
Gráfico 26. Hemoglobina	94
Gráfico 27. Plaquetas	95
Gráfico 28. Tipo de Placenta Previa	96
Gráfico 29. Segundo Diagnostico	97
Gráfico 30. Tratamiento Quirúrgico.....	98
Gráfico 31. Días Hospitalarios	99
Gráfico 32. Condición al Egreso	100
Gráfico 33. Control en Consulta Externa	101

INTRODUCCIÓN

La Placenta Previa es una complicación obstétrica que ocurre en el segundo y tercer trimestre de gestación. Su incidencia reportada es de 0.12 - 0.5% del total de embarazos, aunque el diagnóstico es relativamente poco común es considerado como una de las primeras causas de hemorragia en las últimas etapas de la gestación, siendo reconocida como una importante causa en la morbimortalidad materno perinatal.

Su manifestación clínica clásica es la aparición de hemorragia vaginal sin dolor y en algunas ocasiones se acompaña de signos secundarios a la hemorragia como ser taquicardia, hipotensión y episodios de anemias.

Además se suele presentar en pacientes con características epidemiológicas como: en el límite superior de la edad fértil y etnia mestiza, multíparas, con educación de primaria incompleta que las lleva a tener controles prenatales menos de los indicados e incluso en ocasiones ningún control del embarazo, lo que hace difícil un diagnóstico precoz, para así prevenir las complicaciones que de esta patología derivan.

Existen elementos que acompañan frecuentemente el diagnóstico de placenta previa como son las cirugías uterinas previas: cesáreas, legrados uterinos, miomectomías, edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples.

La prevalencia de placenta previa en el Hospital Dr. Mario Catarino Rivas para el año 2016, fue de 1.02%, similar al encontrado en la literatura, con predominio del tipo de placenta previa total (54%).

Esta tesis se divide en IX capítulos, que se describen a continuación:

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. Se hace una narración objetiva del problema de investigación y cómo se manifiesta en la población estudiada y se definen los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO. Se presenta el marco referencial, que es una forma de contextualizar de manera organizada el problema de investigación planteado y de sustentar teóricamente el estudio. Provee el marco de referencia para el análisis de los resultados, al cual se llega mediante la obtención, consulta, extracción, y recopilación de la literatura más importante y la más recientemente posible.

CAPÍTULO III. METODOLOGIA. Se describe detalladamente las fases o etapas que fueron necesarios realizar para desarrollar la investigación y alcanzar los objetivos planteados.

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES ÉTICAS. Se pretende señalar las consideraciones éticas que se deben tomar en cuenta cuando se realiza un proceso de investigación con el fin de garantizar y proteger los derechos de las personas que están siendo sujeto de estudio, maximizando los beneficios y minimizando los riesgos.

CAPÍTULO V. RESULTADOS. Se presenta la información obtenida del análisis de los datos recolectados durante el desarrollo de la investigación, con la que se da respuesta a los objetivos y a la pregunta principal. CAPITULO VI. DISCUSIÓN A LA LUZ DE LA LITERATURA. Se comparan los resultados obtenidos en la investigación con estudios similares, nacionales o internacionales.

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Se presentan las conclusiones con base a los resultados obtenidos en la investigación y se hacen recomendaciones pertinentes a los hallazgos.

CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS. Se presenta una lista de libros, artículos científicos, revistas, tesis que se utilizaron para el desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO IX. ANEXOS. Se proporciona información adicional relacionada con el contenido del trabajo de investigación.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia ante parto es una grave complicación obstétrica que potencialmente amenaza la vida de la madre y el niño. Constituye una causa de muerte materna (3.5% de todos los embarazos) importante como la hipertensión gravídica y la sepsis materna.

Las principales causas de hemorragia en el segundo y tercer trimestre del embarazo son la abrupción de la placenta, placenta previa, la vasa previa y la ruptura uterina. (Barcelona, 2015)

La Placenta Previa supone aproximadamente el 20% de las hemorragias del tercer trimestre y representa un problema clínico importante, porque la paciente puede llegar a necesitar hospitalización, transfusiones de sangre, histerectomías obstétricas, además del riesgo de acretismo placentario, parto prematuro, mayor admisión a unidad de cuidados intensivos neonatales, óbitos, con una morbimortalidad perinatal no despreciable. (E., 2013)

Usualmente sus causas más comunes son las edades maternas mayores de 40 años, consumo de drogas, antecedentes de cesáreas, abortos, cigarrillo, paridad mayor de 5 hijos, anomalías congénitas, fetos masculinos, así también como los trastornos hipertensivos del embarazo.

Esta patología se presenta aproximadamente en el 0.3 al 0.8% de todos los embarazos; teniendo una tasa de mortalidad materna del 2-3%.

Incrementa en 8 veces el riesgo de sufrir un parto prematuro, que está alrededor de las 28 a las 34 semanas de gestación, lo que ocasiona recién nacidos con bajo peso con necesidad de soporte vital en unidades de cuidados intensivos.

La clínica común y única es el sangrado transvaginal, en ausencia de dolor pélvico, pero cuando el sangrado es importante, se acompaña de taquicardia, hipotensión que lleva las pacientes a anemias severas, complicando así el bienestar materno y neonatal.

Ambas situaciones generan un alto nivel de estrés físico, emocional y económico para las familias, porque la paciente hospitalizada se aleja de su núcleo familiar la mayoría de las veces por largas temporadas hasta que se realiza la interrupción del embarazo, y también debido al bajo nivel resolutivo de las instituciones de salud del país tiene que contribuir económicamente al proceso de atención mediante la compra de medicamentos e insumos, esto a su vez representa un problema para las instituciones constituyendo a su vez un problema para las instituciones de salud, generando gastos económicos, al causar múltiples y prolongadas hospitalizaciones maternas y neonatales. Además se necesitan de constantes evaluaciones de bienestar fetal y materno, ya que el sangrado en su defecto causa anemias secundarias en la madre y el feto, se deben realizar ultrasonido y monitoreo de control para evaluar placentación, crecimiento y bienestar fetal.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de la placenta previa en pacientes de la sala de puerperio del Hospital Mario Catarino Rivas, durante el año 2016?

C. JUSTIFICACIÓN

1. Conveniencia:

El tema como estudio es y será de suma importancia, ya que con él se podrá identificar los factores predisponentes y de riesgo que más afectan a la paciente que los presenta, para así ser tomados en cuenta y que la placenta previa no sea una causa para la atención en embarazos de riesgo. Así como implementar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de la atención prenatal y los sistemas de vigilancia para reducir la prevalencia de esta situación.

2. Relevancia:

Las beneficiadas serán las pacientes que asistan a un control de embarazo adecuado, ya que al existir instituciones adecuadamente equipadas y personal capaz, podrán identificar de manera precoz las condiciones y los factores de riesgo prevenibles que conllevan a una complicación mayor.

Es importante recordar que en nuestro país las embarazadas en un alto porcentaje, son adolescentes, inexpertas; que no toman en cuenta la importancia de llevar un control prenatal mes a mes, en el cual se detectan muchas patologías y complicaciones que comprometen el bienestar binomio madre- feto. También influye la falta de educación, cultura y pobreza; que las

lleva a utilizar los servicios de parteras o incluso médicos no capacitados para detectar problemas tempranos en el embarazo. Reduciendo las tasas de morbilidad y mortalidad materno-perinatal.

3. Implicaciones Prácticas:

A nivel institucional: la disminución de complicaciones, y detección precoz de pacientes con embarazos complicados con placenta previa se reflejaría en una reducción de los ingresos en las salas de medicina materno fetal y neonatología e inclusive la unidad de cuidados intensivos neonatales; contribuyendo a evitar el gasto elevado de presupuesto por el consumo de insumos para la atención como: material médico quirúrgico, medicamentos, laboratorio, y por la prolongación del promedio de días de estancia hospitalario que repercute en el porcentaje ocupacional del servicio.

A nivel comunitario y social: se evitaría el gasto de bolsillo de las familias producto del desabastecimiento de insumos y medicamentos en los hospitales públicos y además se evitaría el abandono del resto de la familia para el cuidado de la paciente.

4. Valor teórico:

Los resultados del estudio pueden servir de base para investigaciones con un nivel de pensamiento más elevado para verificar hipótesis de asociación causal para determinar factores de riesgo, efecto, influencia e impacto. Que conllevara a evitar las complicaciones y posterior a ello las muertes materno neonatal.

5. Utilidad metodológica:

Se diseñara un nuevo instrumento de recopilación, procesamiento y análisis de datos que se pondrá a la disposición de la comunidad científica nacional e internacional. Por lo cual se espera que con esta investigación se toquen puertas nacionales a nivel educativo y de salud para beneficiar las pacientes como tal, ya que con esta conducta también se beneficia la población en general y el país en cuanto a gastos de insumos hablando.

Con esta investigación se busca plantear, refrescar, conocer y poner en práctica la prevención de los factores de riesgo hasta en la medida que sea posible, mediante la concientización de la población para acudir a controles prenatales tempranos y así como tal la captación de las pacientes con factores de riesgo

D. OBJETIVOS

1. Objetivo General

Describir las Características Epidemiológicas y Clínicas de la placenta previa en pacientes de la sala de puerperio del Hospital Mario Catarino Rivas, durante el año 2016.

2. Objetivos Específicos

- a. Determinar la prevalencia de la placenta previa en el Hospital Mario Catarino Rivas.
- b. Describir las características epidemiológicas de la placenta previa de la sala de Puerperio.
- c. Describir las características clínicas de la placenta previa en la sala de puerperio.

E. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es la prevalencia de placenta previa en embarazadas en el Hospital Mario Catarino Rivas?
2. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de la placenta previa en las pacientes que acuden al Hospital Mario Catarino Rivas?
3. ¿Cuáles son las características clínicas de la placenta previa en pacientes que acuden al Hospital Mario Catarino Rivas?

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A. EMBARAZO

Se conoce como el periodo de tiempo, que va desde la fecundación del ovulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. El embarazo incluye todos aquellos procesos físicos de crecimiento y desarrollo del embrión y feto en el útero de la madre y en conjunto se relacionan los cambios que experimenta la madre, que además de físicos son morfológicos y metabólicos (WR., 2003).

También se define como el proceso en el cual se llevan a cabo el crecimiento y el desarrollo del embrión intraútero. Suele comprender un periodo que se cuenta desde el momento que ocurre la concepción hasta el momento del nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En los fetos humanos la duración media del embarazo es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario) (Benson/Pernoll, 1994).

Cuando ocurre un embarazo la paciente presenta una sintomatología variada; cursando con náuseas, vómitos, amenorrea, sensibilidad en las mamas, mastalgia, polaquiuria, y comienza a percibir movilidad fetal después de la semana 14. Hay algunos otros síntomas que aparecen; como ser estreñimiento, fatiga, aumento de peso; y en menor frecuencia puede haber sialorrea, anorexia, antojos o deseos de alimentos no apetecidos anteriormente, muchas pacientes refieren vértigos, lipotimias, insomnio o somnolencia, irritabilidad, cambios de carácter e incluso pueden presentar alteración de los órganos olfatorios.

Y los signos con los cuales cursa una embarazada son secreción vaginal blanquecina, cambios en la coloración, consistencia, tamaño y forma del cuello uterino o del útero. Además presenta elevación de la temperatura por el aumento fisiológico de la progesterona; de la cual depende en un inicio el embarazo, mientras se forma la placenta; así como aumento de tamaño del abdomen por el crecimiento del producto, aumento de tamaño e ingurgitación de las mamas y en ocasiones descarga por el pezón, y contracciones uterinas con aumento del tamaño del cuerpo uterino, ocurre una pigmentación cutánea que predomina en cara, abdomen, axilas, ingle (cloasma y “línea negra”) después de la semana 12 (Benson/Pernoll, 1994).

B. LA PLACENTA

Es un órgano funcional inicialmente a las 14 semanas de gestación, por tejidos embrionarios y maternos, cuya función es permitir los intercambios funcionales o fisiológicos y reduce las oportunidades de rechazo del producto por el sistema inmunológico de la madre para alcanzar el desarrollo y crecimiento del feto en las etapas iniciales del embarazo.

En su mayoría la formación placentaria corresponde al útero y en menor grado al ovario (Int. J. Morphol., 2011).

La placenta también contribuye a otras funciones primordiales e importantes, como son los aspectos endocrinológicos e inmunológicos que desempeñan intercambios fisiológicos.

Es esencial para la vida durante la etapa de la formación y desarrollo del feto, ya que durante todo el embarazo reemplaza de manera total o parcial las funciones que deberían realizar otros sistemas durante la vida intrauterina; como son los sistemas gástrico, respiratorio, urinario, endocrino e inmunológico. Además, es un órgano constituido por tejidos combinados, como ser maternos, embrionarios y fetales, esto será según el tiempo en el que esta sea estudiada (Int. J. Morphol., 2011).

1. Formación de la placenta

El tejido epitelial del endometrio uterino o decidua es el endometrio del embarazo, que da origen a la parte materna de la placenta y que envuelve al feto durante la gestación; y si no hay embarazo, este se desprende periódicamente en la menstruación. Para que ocurra la implantación del cigoto en el útero, antes debe haber una adecuada reacción de la decidua, la cual se lleva a cabo en el lugar donde ocurrió la implantación y se extiende a toda la capa interna del útero (endometrio).

Al haber una rápida proliferación del trofoblasto va ocurrir el adecuado desarrollo de la placenta y a su vez también aparecerá el saco gestacional y las vellosidades.

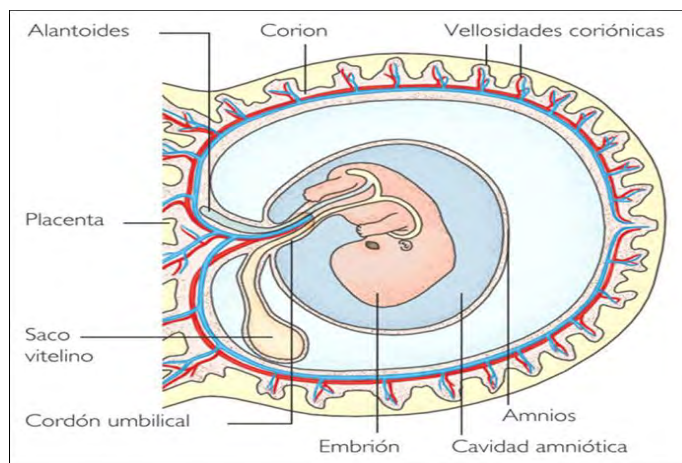
A medida el embrión se desarrolla es necesario que comiencen a establecerse las disposiciones anatómicas, con las cuales ocurrirán los intercambios fisiológicos que se darán entre madre y embrión, y esto ocurre hacia el final de la 3era semana gestacional. Y a finales de la cuarta semana la placenta va

comenzar a crear una red vascular muy compleja, la cual va permitir los intercambios fisiológicos de nutrientes, gases y aquellos productos de desecho entre la madre y el embrión (Pérez, 2011).

Así como crece, cambia y se desarrolla el feto, también debe hacerlo la placenta; en desarrollo, tamaño y grosor, para suplir las necesidades normales de este, aproximadamente hasta las 20 semanas de gestación. La madre debe ganar un cierto peso durante el embarazo, y de este la placenta constituye alrededor de la sexta parte del peso del feto; y cubre del 15% al 30% de la decidua al estar completamente desarrollada.

Las membranas placentarias son una capa permeable y fina de tejidos extrafetales que tienen como función permitir el paso de oxígeno, hormonas, nutrientes, agua, y sustancias nocivas de la madre al feto y los productos excretores del feto a la madre (Rojas, 2013).

Ilustración 1. Formación Placentaria



(Benson/Pernoll, 1994)

2. Funciones de la placenta

En el embarazo inicial la placenta debe suplir algunas funciones vitales para la supervivencia del producto, comenzando por el intercambio de productos de la madre al feto y del feto a la madre (principalmente productos de desecho), entre las funciones esta el cambio de nutrientes y gases, la elaboración de hormonas, y generar protección al feto de no ser rechazado como cuerpo extraño, ya que impide la respuesta inmune materna.

a. Función de intercambio: siendo una de sus funciones primarias, y dentro de estas, en mayor frecuencia ocurre el intercambio gaseoso y es continuada por la absorción de los nutrientes y en tercer lugar se encarga de excretar todo material que el feto ya no necesita, o que se convierte nocivo para él.

b. Función endocrina: toda función de intercambio entre la madre y el feto se realiza por medio de sustancias que viajan a nivel sanguíneo; ya que la placenta es un órgano que no tiene inervación, el tipo de función endocrina tiene acción en partes diferentes, ya sea a nivel placentario o más distante a nivel uterino e incluso en el mismo feto. A este nivel trabajan las hormonas peptídicas y las hormonas esteroideas, (lactógeno placentario, gonadotrofina corionica) y (progesterona y estrógenos) respectivamente (Geneser, 2012).

c. Función inmune: el útero gestante en un inicio toma al embrión como un cuerpo extraño verdadero (injerto), el cual es aceptado y tolerado como un aloinjerto, gracias a que contiene una gran cantidad de proteínas que si bien son extrañas para el sistema inmunológico materno, estas son simplificadas a

partir de los genes que aporta el padre, lo que le confiere un sistema compatibilizador que frena el rechazo del feto, este sistema es transmitido principalmente por la producción que brinda la placenta de factores inmunosupresores e inmunomoduladores en estadios tempranos (trofoblasto) (Geneser, 2012).

3. Morfología

La configuración de la placenta se modifica de acuerdo a los géneros y los tipos anatómicas que muestra la porción reproductiva, como también de acuerdo al espécimen de implantación presente en cada una.

En la raza humana la implantación ocurre entre los 6-7 días y es de tipo intersticial (Bruce., 2015).

4. Criterios Para la Clasificación

La clasificación se basa según la funcionalidad que desempeñe la placenta:

- a. El prototipo de relación que se constituye entre la madre y el feto según el origen vascular: así tenemos la coriovitelina que involuciona y la corioalantoidea que se constituye tardíamente y es la definitiva.
- b. Anatómico: Sera según como se distribuyen las vellosidades coriales en la placenta, así tenemos en los humanos la placenta discoide, donde las vellosidades del corion abarcan una región redondeada y condensada.
- c. Histológico: la clasificación según su histología se relaciona con el número de barreras que impiden que haya mezcla entre la sangre fetal y la sangre materna, y tiene como máximo seis barreras, tres fetales y tres maternas. La

placenta humana es Hemocorial, las vellosidades coriales nadan libremente en la cámara hemática, y se mantienen en contacto con la sangre materna. Después de las 20 semanas de gestación no existen las barreras maternas y de las barreras fetales sólo queda endotelio y un reducido trofoblasto (Gudea & Roberts, 2013).

5. Características de la Placenta

Forma: discoidal

Diámetro: 15-25 centímetros

Grosor: 3 centímetros

Peso: 500-600 gramos

La placenta normalmente se implanta a 15 cm del cérvix, en la región superior o región media del útero, y durante el nacimiento se desprende de la pared del útero; y 30 minutos después de que el bebe nace, es expulsada fuera de la cavidad uterina (Prieto & Matamala).

6. Anomalías de la placenta

Las hemorragias son una de las causas principales de ingresos hospitalarios en pacientes embarazadas, y en países pobres con bajos recursos el porcentaje es aún mayor, condicionando en a que estas pacientes mueran por hemorragias durante el parto o después de este, asociada esta morbilidad materna neonatal a las condiciones hospitalarias limitadas y a los mínimos recursos por parte de la paciente y familiares (Ngeh N, 2011).

Las anomalías en la placenta son en frecuencia las causantes de las hemorragias obstétricas. Donde el desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera y la placenta previa, se identifican como la mayor parte de los componentes de riesgo identificados por el colegio real de ginecólogos y obstetras. Conociéndose como tal:

a. Abrupto placentario: Se define como la separación prematura de la placenta normo inserta de la pared uterina, en forma parcial o completa, y que ocurre antes del nacimiento del feto

b. Placenta previa: implantación de la placenta en el segmento uterino inferior.

c. Acretismo placentario: es cuando la placenta anormalmente penetra dentro de la pared uterina, este desorden ocurre por la falta de formación de la capa de Nitabuch en la decidua basal; y esta adherencia puede darse en toda la placenta o en una porción de ella. Hay varios tipos de placenta previa:

i. Placenta Acreta

ii. Placenta Increta

iii. Placenta Percreta (al., 2013).

Ocurren otro de tipo de anomalías aun más raras de la implantación placentaria: algunas variaciones anatómicas en la forma de la placenta pueden llevar a hemorragias severas.

Placenta bipartita: también llamada bilobulada; y es una placenta doble o separada por lóbulos y los vasos de origen fetal de un lóbulo al otro, antes de unirse para formar el cordón umbilical.

Placenta membranácea: todas las membranas fetales están cubiertas por vellosidades funcionales, y la placenta se desarrolla como una estructura membranosa delgada que ocupa toda la periferia del cordón. También se le llama placenta difusa. Suele ocasionar hemorragias durante o después del parto, ya que su extracción es difícil y laboriosa.

Succenturiate lóbulo: hay uno más lóbulos accesorios pequeños en las membranas, a cierta distancia de la periferia de la placenta principal. Tiene conexiones de origen fetal

C. PLACENTA PREVIA

Es definida como la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, traslapando o aproximándose al orificio cervical interno antes de la viabilidad del feto (20 semanas de gestación en países desarrollados y 24-28 en países en vías de desarrollo).

Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo.

La incidencia de la placenta previa ha aumentado significativamente y se aprecia que en la actualidad se reporta en 1 cada 200 gestaciones. La placenta previa es la causante en un 20% de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo y sobrelleva una elevada tasa de morbilidad tanto materno como fetal. Se considera como la tercera causa en las necesidades de transfusión sanguíneas durante el embarazo, parto o puerperio y como la

segunda causa de histerectomías obstétricas. (Cerro, Hemorragias del Tercer Trimestre, 2011).

Ilustración 2. Placenta Previa Oclusiva



(Farine D, 2010)

1. Fisiopatología

La placenta previa ocurre por la implantación del blastocisto (el cual deriva de la mórula) en el segmento inferior del útero. Aun se desconoce por qué ocurre esta implantación a este nivel uterino, aunque como ya se ha mencionado hay múltiples factores asociados a esta entidad, como ser: multiparidad, cesárea anterior y cirugías uterinas previas, que se ha demostrado causan daño endometrial como causa principal. En la fisiología natural de la evolución el blastocito busca implantarse en un sitio adecuado que supla sus necesidades para desarrollarse, haciéndolo en el segmento uterino inferior. (Massive, 2011)

Se han estudiado tres teorías fisiopatológicas de importancia clínica que deben considerarse en relación con la placenta previa:

a. La primera es que la implantación baja acontece con mayor frecuencia en pacientes embarazadas de mayor edad, paridad, y con antecedentes de cirugía uterina como: cesáreas, miomectomía, histeroscopia que provocan sinequias y más comúnmente en dilataciones cervicales durante un legrado uterino. Entonces la suma de estos factores insinúa que al estar presente una cicatriz endometrial suscita la nidación y el desarrollo anormal del trofoblasto.

b. La implantación original del blastocisto es definitiva, pero el trofoblasto y la placenta posteriormente se van desarrollando con la edad gestacional probablemente por factores vasculares. En el segundo trimestre, la relación anatómica de la placenta con el cérvix cambia por la génesis del segmento inferior que tiene un crecimiento diferencial variable, por la restricción del vello y por atrofia de un margen delgado e isquémico de placenta subyacente en el cuello (trofotropismo) (Bruce., 2015).

El desarrollo del segmento inferior puede ser de hasta 5 cm entre la semana 28 y 38 de embarazo. Este hallazgo es semejante con la observación posterior de un desplazamiento superior que ocurre en la placenta de aproximadamente 5 mm por semana desde la semana 26 y ambos explican las modificaciones de la relación placenta-cuello uterino (Benson/Pernoll, 1994).

La evolución de la localización placentaria o desplazamiento aparente del lugar de inserción con la mayor edad gestacional, ha sido manifestada con el USG en tres grandes grupos, en los cuales la placenta se observó sobre el cérvix en la

primera mitad del embarazo en el 2.4 a 6,3% de 18.231 pacientes, sin embargo, menos del 1% fueron placenta previa en un embarazo al término.

En definición y a nivel práctico más del 90% de los casos reportados con placenta previa en el segundo trimestre diagnosticados tempranamente mediante ultrasonido, cambian o migran a una posición normal al término del embarazo o cerca del término; y el USG permite localizar con exactitud la placenta y la distancia exacta que se encuentra del orificio cervical interno.

c. El tercer factor fisiopatológico en la evolución de la Placenta Previa, importante para el pronóstico clínico, es la adherencia placentaria anormal (acretismo placentario) y que puede ocurrir tanto en la placenta previa como en la placenta de inserción baja (Bruce., 2015).

En la implantación normal el citotrofoblasto extraveloso (células con gran actividad proliferativa, migratorias e invasivas) en un proceso de migración intersticial, modulado por factores antiinvasivos (glicoproteína TGFβ), invade el endometrio y su vasculatura, preparando a las arterias espirales para una migración continua citotrofoblástica endovascular, células que reemplazan el endotelio y la capa muscular, con el efecto final de vasodilatación fisiológica, aumento del volumen sanguíneo al espacio intervelloso y reducción de la presión del pulso. Este proceso llega solo hasta el tercio más interno del miometrio.

En adherencia anormal, sobre una decidua basal deficiente, reemplazada por tejido conjuntivo laxo (cicatriz de cesárea), el citotrofoblasto invade más

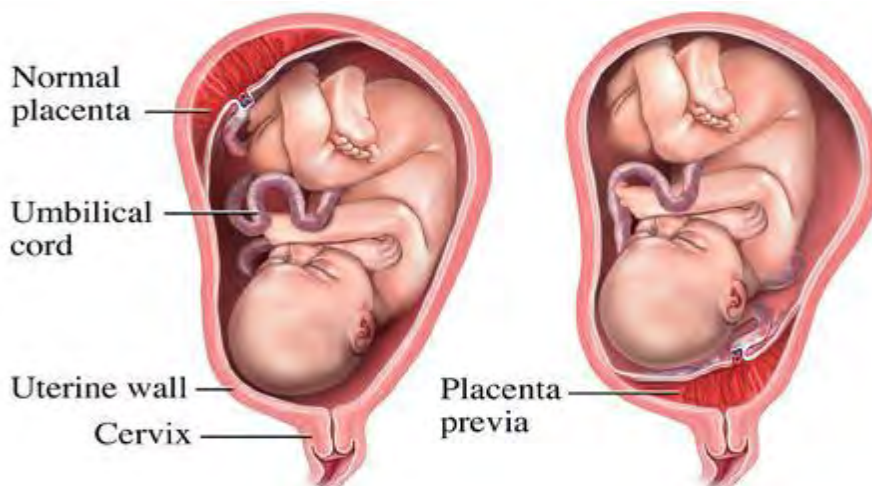
profundamente el miometrio incluyendo las arterias de mayor presión (radiales mayores, arcuatas y parametriales), las que también se vasodilatan, pero conservan el régimen arterial de alta presión y flujo pulsátil (lo cual ocurre en el primer trimestre). El tejido placentario expuesto en forma prolongada a este flujo pulsátil sufre la atenuación o atrofia del vello formándose cavidades o lagunas placentarias cerca de la placa basal, que son espacios muertos, solo de conducción, sin función respiratoria y con flujo turbulento (segundo trimestre). Luego sobreviene una neovascularización progresiva extensa con vasos aberrantes útero-placentarios que mantienen un alto flujo e invasión placentaria del segmento uterino y vejiga conservando un gran potencial hemorrágico. Esta situación de adherencia placentaria anormal a la pared uterina, tiene como criterio histopatológico que el tejido veloso se visualiza en contacto directo con el miometrio, sin mediar tejido decidual. Se subdivide en:

1. Acreta: hay una adherencia placentaria simple al miometrio
2. Increta cuando hay invasión placentaria profunda del miometrio
3. Percreta con la penetración del vello que compromete todo el grosor de la pared uterina, pudiendo además ser focal o difusa (Carter, 2011).

2. Factores de Riesgo

Factores ovulares: un retardo en la maduración del blastocisto podría condicionar su implantación en las zonas bajas del útero. O tardía adquisición de la capacidad de implantar por el trofoblasto como ocurre en los embarazos múltiples por mayor masa placentaria (Cerro, 2011).

Ilustración 3. A. Placenta Normoinserta B. Placenta Previa



(Benson/Pernoll, 1994)

Factores maternos: se considera que las anomalías endometriales debidas a cicatrices, embarazos previos o legrados, disminuyen el área adecuada para la implantación de la placenta y aumentan la posibilidad de que lo haga en el segmento uterino inferior, por las sinequias secundarias a cicatrices. Además se mencionan otros factores maternos que influyen en gran manera a la incidencia de esta patología:

Edad materna: a medida que aumenta la edad materna, el riesgo de placenta previa es mayor (Farine D, 2010).

Multiparidad: en un estudio realizado en estados unidos se informó de una incidencia de placenta previa, aumentada de forma significativa en mujeres con una alta paridad, en comparación con las de mujeres con paridad más baja.

Cesárea previa: aumenta la probabilidad de placenta previa; el riesgo aumenta a medida que aumenta el número de cesáreas en una misma paciente. En igual

proporción los legrados también estarían implicados en la causante de placenta previa, e incluso hay reportes de estudios realizados en los cuales se ve una mayor relación de placenta previa en pacientes con antecedentes de legrados uterinos, y al igual q en las cesáreas, el numero de estos predispone a mayor riesgo de placenta previa.

Tabaquismo: la placenta previa está aumentado dos veces en relación con el tabaquismo. La hipoxemia causada por el monóxido de carbono provocaría una vascularización decidual imperfecta y una hipertrofia placentaria compensadora.

Raza: la incidencia de placenta previa es mayor en la raza negra y asiática (Lopez, 2015).

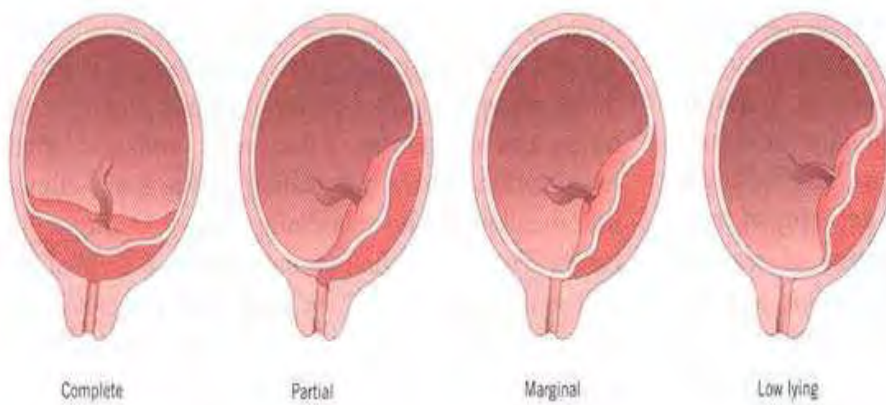
Factores endometriales: son los más importantes, y se trata de alteraciones en el lugar donde debería implantarse el cigoto. Se habla de una alteración del endometrio funcional; en el que hay una transformación irregular del endometrio en la segunda mitad del ciclo (Farine D, 2010).

3. Clasificación: La placenta previa se divide en 4 grados:

- a. Grado I (placenta previa de inserción baja o lateral): es cuando la placenta penetra el segmento inferior del útero y se localiza máximo a 5 cm del orificio cervical interno, pero sin alcanzarlo.
- b. Grado II (placenta previa marginal): el borde de la placenta llega imparcialmente al borde del orificio cervical interno, pero no lo cubre.
- c. Grado III (placenta previa parcial): la placenta cubre parcialmente el orificio cervical interno.

d. Grado IV (placenta previa central total): la placenta cubre totalmente el orificio cervical interno (Gilbert TT, 2010).

Ilustración 4. Grados de Placenta Previa



(M Perelló, 2013)

Esta categorización, basada originalmente en la palpación manual a través del cérvix, es de difícil uso en la experiencia clínica. En la actualidad el diagnóstico de placenta previa se realiza en pacientes asintomáticas que tienen algún factor de riesgo en su historia médica o a pacientes sintomáticas que presentan principalmente algún grado de sangrado transvaginal, este se realiza mediante una ecografía de rutina donde se le clasificara el grado de inserción o descartara el diagnóstico (Gilbert TT, 2010).

La nueva clasificación de localización placentaria basada en la ecografía transvaginal es la siguiente:

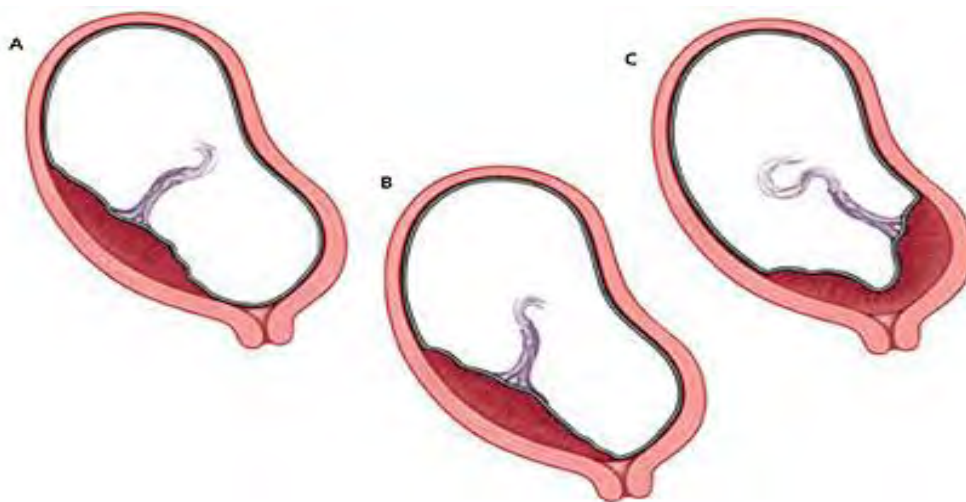
a. Placenta de inserción normal: esta se encuentra implantada a una distancia de 3.5 cm del orificio cervical interno en un embarazo a término, ya que si el ultrasonido se realiza a temprana edad gestacional, nos dará un diagnóstico

erróneo, tomando en cuenta que la placenta va migrando a medida el embarazo avanza.

b. Placenta de inserción baja: esta se halla de 2 a 3.5 cm del orificio cervical interno, en un embarazo a término.

c. Placenta previa: la placenta está a menos de 2 cm del orificio cervical interno, en un embarazo a término. Y esta puede exceder el orificio cervical interno (Hazelgrove JF, 2010).

Ilustración 5. A. Lateral B. Marginal C. Total



(Gudea & Roberts, 2013)

4. Clínica

El principal síntoma de la placenta previa es el sangrado transvaginal sin dolor, rojo rutilante, que se presenta de manera eventual, en ausencia de actividad uterina, y que típicamente aparece hasta antes del final del segundo trimestre.

Este sangrado transvaginal puede causar irritación en el útero, dando lugar a contracciones uterinas que podrían agrandar la zona desprendida y a su vez aumentar el sangrado.

El primer suceso del sangrado es prácticamente autolimitado y en pocas ocasiones resulta ser tan exuberante como para ser fatal, en algunas pacientes un solo episodio decide el bienestar materno y fetal, así como la terminación o no del embarazo (M Perelló, 2013).

Cuando el sangrado ocurre a menor edad gestación, mayor complicación causa en la madre y el feto, ya que los episodios serán en mayor número con probabilidades de muerte fetal intraútero o nacimientos pretermino con niños en necesidad de cuidados intensivos, por lo que se deberá buscar una ayuda temprano. Que ocurra un sufrimiento fetal es bien inusual a menos que el sangrado sea lo suficientemente inexorable como para causar un shock hipovolémico en la madre y sea necesario interrumpir el embarazo, condicionando a obtener recién nacidos pequeños y a veces con asfixia.

En otros sucesos, fundamentalmente en grados mínimos de placenta previa, el sangrado transvaginal puede no surgir hasta el inicio del trabajo de parto, lo que podría remedar clínicamente un desprendimiento temprano de la placenta.

En pacientes que se presentan con sangrado transvaginal a finales de la mitad del embarazo, la eventualidad de placenta previa debe ser siempre sospechada, pero el diagnóstico no solo puede hacerse con la clínica, sino que deberá ser descartada o confirmada con un ultrasonido, realizado por un

operario entrenado. Aun así, este tipo de eventualidades deberán siempre sugerir la exploración del sitio placentario.

La exploración física nunca debe ser manual, a menos que se realice en una sala de operaciones como parte del examen de rutina y con la instrumentación necesaria para llevar a cabo una cesárea (H., 2012).

La formación del segmento uterino inferior y la dilatación del orificio cervical interno 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.

El comienzo del parto y el inicio de la dilatación cervical, pueden empeorar la profundidad del sangrado; sin embargo en la placenta previa marginal, el descenso de la presentación fetal puede contener la hemorragia al comprimir la placa placentaria.

Los eventos de sangrado transvaginal no suelen ocasionar pérdida del bienestar fetal, ya que estos se presentan de manera ocasional y en cantidad leve; a no ser que la hemorragia sea tan importante como para causar un shock hipovolémico en la embarazada. Y como complicación de una hemorragia copiosa y repetida la gestante puede cursar con algún grado de anemia importante (Lopez, 2015).

5. Diagnóstico

El método más común para localizar la inserción placentaria en la obstetricia moderna es el ultrasonido, ya que es un método seguro, certero, económico y no invasivo. Es el gold estándar para el diagnóstico.

Por lo tanto es el método de elección para el diagnóstico de placenta previa, aunque se debe tomar en cuenta la edad gestacional en el momento en que se realiza el ultrasonido, para que el diagnóstico influya en su certeza. Entre más prematura sea la edad gestacional en que se realice el ultrasonido, más probable será encontrar el borde de la placenta en el polo más bajo del útero. Por lo que no es recomendable realizar un ultrasonido en un embarazo menor de 28 semanas, con la finalidad de buscar dicho diagnóstico, aunque la placenta como tal y su posición siempre deberán ser buscadas y estudiada en todo ultrasonido realizado durante el embarazo, para descartar cualquier anomalía (Sanchez SE, 2013).

El ultrasonido transvaginal no simplemente es más preciso en el diagnóstico de placenta previa, sino que también es más exacto en precisar la relación del borde bajo de la placenta con el orificio cervical interno. (Pérez-Aliaga, 2011)

Debe establecerse el sitio exacto de localización de la placenta, así como la medición de distancia en relación al borde de la placenta y el orificio cervical interno en la ecografía de rutina del segundo y tercer trimestre. Si existe sospecha diagnóstica de placenta previa, en embarazos con placentas bilobuladas y en gestaciones múltiples, se deberá realizar una ecografía

transvaginal para confirmar o descartar el diagnóstico. La evaluación de un embarazo con placenta previa en la ecografía transvaginal incluye:

1. Visualizar de manera correcta todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral (corte transversal) rechazando, si es necesario, la presentación fetal.
2. Aplicar ultrasonido Doppler color para eliminar el diagnóstico de hematoma marginal o vasa previa.
3. También se debe localizar la inserción del cordón.
4. En caso de que la paciente se presente con la vejiga parcialmente repleta: el diagnóstico de placenta previa se deberá confirmar después de que vacíe vejiga.
5. Muy Importante evaluar los signos de acretismo primordialmente en los embarazos con placenta previa y que tenga como antecedente cirugías uterinas (cesárea previa, legrados uterinos) (Gudea & Roberts, 2013).

Los criterios ecográficos propuestos en la bibliografía, para el ultrasonido como método diagnóstico de placenta previa son de una sensibilidad del 77-93% y una especificidad del 71-97%, y se mencionan los más influyentes:

1. Dispersión o irregularidad del área hipoeoica retroplacentaria
2. Un grosor del miometrio retroplacentario menor a 1 mm.
3. Variados ensanchamientos vasculares, lagunas placentarias y zonas de bastante vascularización en el ultrasonido con Doppler color. La apariencia de lagunas placentarias múltiples, anormales e irregulares es el signo que

aisladamente presenta una sensibilidad más elevada (93%). Se determina porque el flujo es turbulento (pico de velocidad sistólica $>15\text{cm/s}$).

4. Apariencia de tejido placentario o vasos en el borde útero-placentario, en la interfase entre la serosa uterina y la vejiga urinaria o penetrando la vejiga urinaria (Cerro, 2011).

La aplicación del power Doppler 3D puede ser un instrumento diagnóstico suplementario en aquellos casos que se tenga duda del diagnóstico, ya que parece alcanzar una mayor sensibilidad y especificidad. Los signos diagnósticos son:

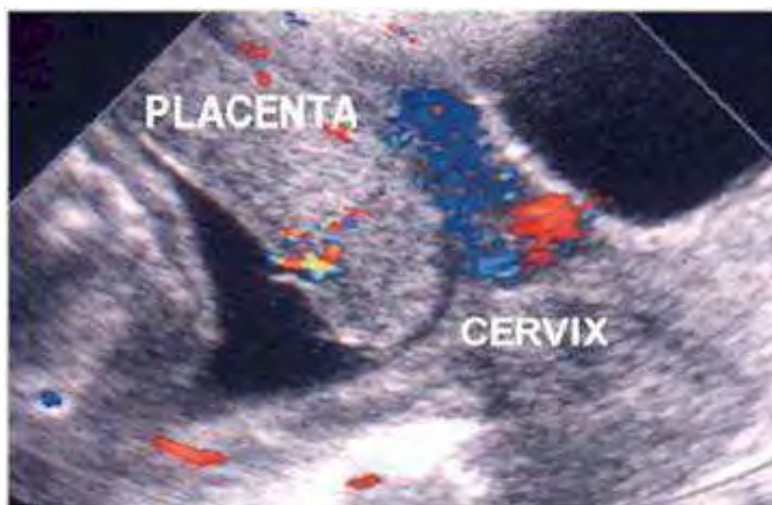
1. Numerosos vasos confluentes en la unión de la vejiga con el útero (visión basal). Es el criterio que aisladamente presenta una mayor sensibilidad y especificidad.
2. Vascularización abundante intraplacentaria (visión lateral)
3. Vasos que se forman y crecen de forma irregular, tortuosos, de diferentes calibres (Barcelona, 2015).

Continuando los protocolos asistenciales de la SEGO, un prototipo de actuación con sensatez en casos de que se sospeche placenta previa sería la siguiente:

1. Anamnesis: características del sangrado transvaginal, componentes causales.
2. Evaluación obstétrica externa (maniobras de Leopold): es característico y
3. frecuente encontrar un útero relajado e indoloro, en pocas pacientes se verá una actividad uterina franca.

4. Ultrasonido para confirmar o descartar el diagnóstico.
5. Cardiotocografía para comprobar el bienestar fetal.
6. Especuloscopia: permite comprobar el origen uterino de la hemorragia. Esta totalmente contraindicado el tacto vaginal en pacientes con sangrado transvaginal del segundo y tercer trimestre, ya que se puede podría complicar aún más el cuadro de la paciente e incluso comprometer el bienestar fetal al exacerbar la hemorragia.
7. Por lo que no se recomienda realizar un tacto vaginal por el riesgo de aumentar la cuantía de la hemorragia (Cerro, Hemorragias del Tercer Trimestre, 2011).

Ilustración 6. Imagen de la Placenta en Relación al Cérvix



(Farine D, 2010)

Varios investigadores han usado la Resonancia Magnética para observar anomalías en la placenta, incluso Placenta Previa; aunque algunos autores de la clínica defienden siempre el uso fidedigno del ultrasonido para el

diagnostico de la placenta previa, por lo que la resonancia parece poco probable substituya a la sonografía en la valoración sistemática. Sin embargo sería muy útil para corroborar el diagnóstico cuando la ecografía no es concluyente, sobre todo en casos de placenta localizada en la cara posterior del útero, o en aquellos casos extremos de acretismo placentario, el cual suele ser más exacto, sensible y confiable (Lopez, 2015).

Ilustración 7. RAM de una Placenta Previa Total



(Taipale P, 2011)

6. Diagnóstico Diferencial

Como bien se conoce la placenta previa forma parte de los diagnósticos diferenciales del sangrado o hemorragias del segundo y tercer trimestre. Y en general se ha de realizar especialmente con el de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, por la clínica que ambas presentan. Aunque siempre deberán ser tomadas en cuenta y discutidas todas aquellas patologías

causantes de hemorragia durante la segunda mitad del embarazo, como ser: lesiones vaginales o cervicales (pólipos, neoplasias, traumatismos), rotura de vasos previos, rotura uterina (Cerro, Hemorragias del Tercer Trimestre, 2011). En los cuales igual se diagnostican al ultrasonido.

Cuadro con Signos y síntomas de hemorragia del tercer trimestre, en 3 patologías frecuentes durante el embarazo:

Tabla 1. Signos y Síntomas de Hemorragia del Tercer Trimestre

SÍNTOMAS Y SIGNO	PLACENTA PREVIA	DPPNI	RUPTURA UTERINA
Inicio	Insidioso	Brusco	Brusco
Hemorragia	Externa (repetida)	Interna o mixta (persiste)	Interna o mixta
Sangrado	Rojo rutilante	Roja oscura	Roja
Sangrado/Síntomas	Relación	Discrepancia	
Tras amniorexis	Puede ceder	Sigue	Sigue
Hipertensión	No	Frecuente	No
Shock	Ocasional	Frecuente	Frecuente
Dolor	No	Si	Si
Útero	Relajado	Hipertónico	No se palpa
Palpación Fetal	Normal	Difícil	Fácil
Cicatriz uterina	Eventualmente	No	Habitual
Contracciones	Generalmente no	Si	Si(pueden cesar)
Bienestar Fetal	Normal	Alterado	Alterado

(Cerro, Hemorragias del Tercer Trimestre, 2011)

7. Tratamiento

En aquellas pacientes que no presentan sintomatología de placenta previa (donde el diagnóstico ocurre a través de un ultrasonido incidental), serán ingresadas a una sala de hospitalización materna y manejarán de carácter expectante, de modo similar se hará en aquellas pacientes que presenten síntomas ocasionales y leves, donde no hay amenaza materna ni fetal.

En las pacientes que si presentan síntomas importantes, el manejo va a estar establecido por la severidad (cantidad, duración) del sangrado, la edad gestacional de la paciente y la presencia de contracciones uterina.

Todo esto se tomara en cuenta, para ser orientado a:

- a. Prevenir el choque hipovolémico, con transfusiones sanguíneas y soluciones hipotónicas.
- b. Prevenir a través de un buen manejo conservador, el parto pretérmino
- c. Alcanzar las mejores circunstancias para el feto, en caso que se produzca el parto pretérmino. Y esto se logra al captar precozmente pacientes embarazadas con dicha patología, y darles un control prenatal más apegado.

Si en otro caso se trata de una paciente con embarazo a término, no se debe dudar en terminar el embarazo vía abdominal (cesárea), y la cual en su momento oportuno ha debido ser planeada con anterioridad (E., 2013).

El inconveniente surge cuando el diagnóstico de placenta previa se efectúa antes de las 37 semanas de embarazo, ya que nos enfrentamos a un feto pretermino o inmaduro en el peor de los casos. Por lo que la decisión del

momento en que debe efectuarse la cesárea, va depender de la profundidad del sangrado:

Si el sangrado es masivo, y no puede ser controlado, además la paciente comienza con signos de choque hipovolémico o el feto con datos de sufrimiento fetal, se debe efectuar la cesárea inmediatamente y comenzar a reponer las perdidas hemáticas con sangre y fluidos intravenosos (cristaloides o coloides), para conseguir la estabilización hemodinámica de la paciente, y todo esto debe hacerse en el menor tiempo posible e independientemente de la edad gestacional.

Por el otro lado si el sangrado no es activo, como sucede en la mayoría de los casos, y este no llega a comprometer el estado hemodinámico de la madre y el bienestar fetal, el manejo debe realizarse así:

- a. Hospitalización (la cual en la mayoría de las veces se prolonga hasta el termino del embarazo)
- b. Canalización de una vía periférica (la cual debe estar de manera continua, ya que no se sabe el momento en el cual la paciente desencadenara una hemorragia masiva)
- c. Corticoterapia, para conseguir la madurez pulmonar fetal, si se trata de embarazos menores a 34 semanas. Esta establecido que aquellas pacientes a las cuales se les hizo el diagnostico de placenta previa a temprana edad gestacional (>24 semanas gestación) y que cumplieron un solo esquema de inductores de madurez pulmonar, se le debe aplicar un refuerzo 14 días

después del primer esquema o al estar cerca de la edad gestacional estipulada para la interrupción.

d. Tocólisis en caso de presentar dinámica uterina. En la actualidad toda paciente al ser captada con dicho diagnóstico y aunque no presente actividad uterina, se le deberán iniciar uteroinhibidores, como prevención de un parto pretermino.

e. Solicitar exámenes preoperatorios completos, incluyendo sangre cruzadas. El hemograma deberá realizarse al menos cada semana para evaluación de algún grado de anemia, tomando en cuenta que para la interrupción del embarazo, la paciente deberá tener una hemoglobina ≥ 10 gr/dl.

f. Reposo absoluto, la embarazada no deberá levantarse de su cama, a no ser para su aseo personal y necesidades fisiológicas.

g. Evitar tactos vaginales innecesarios., así se evitan rupturas uterinas e infecciones vaginales

h. Se debe mantener el hematocrito materno $\geq 30\%$ y Hb ≥ 10 g/L (control de pérdidas, controles analíticos y de las constantes maternas).

i. Estabilización hemodinámica. (Hill LM, Transvaginal, 2012)

Después del parto, lo esperado y normal es que se produzca una hemorragia, por tener una inserción placentaria en la parte inferior del útero, donde sabemos que hay menos volumen contráctil del útero, además tomar en cuenta que podríamos tener una mayor probabilidad de acretismo placentario. Si esto

sucede es necesaria la colocación de puntos sobre el lugar placentario que este sangrando, utilización de medicamentos uterotónicos (oxitocina, metilergometrina, misoprostol (citotec)), realizar masaje uterino, colocar ligadura de las arterias hipogástricas y en caso de no conseguir aplacar la hemorragia, se deberá tomar la disposición de realizar una histerectomía obstétrica de emergencia (WR., 2003).

Además, siempre durante se realiza el diagnostico de placenta previa, e incluso del momento de interrumpir el embarazo debemos informar a la embarazada y sus familiares más cercanos sobre la eventualidad de necesitar la transfusión de derivados sanguíneos (Lopez, 2015).

Con el manejo conservador lo que se pretende es conseguir la madurez pulmonar del feto, e inclusive llevarlo a una edad gestacional adecuada para su nacimiento, evitando futuras complicaciones al recién nacido e inclusive necesidad de cuidados intensivos, pero se deberá tener presente que no debe haber compromiso hemodinámico para la madre y llevar una vigilancia estricta del bienestar fetal. En caso que la hemorragia comprometa el estado materno y fetal, lo indicado para el tratamiento será finalizar con la gestación, independientemente de la edad gestacional en el momento ocurrido.

En la actualidad concurren numerosas investigaciones que confrontan el manejo intrahospitalario con el ambulatorio, la gran mayoría de ellos retrospectivos. Con los datos que están actualmente disponibles en la literatura médica, y aquellas investigaciones retrospectivas que se han realizado, parece

más conveniente la vigilancia intrahospitalario de las pacientes embarazadas con placenta previa sintomática en el segundo y tercer trimestre de la gestación. Estos análisis concluyen que a las pacientes con placenta previa que se les dio manejo ambulatorio con todos los signos de alarma e indicaciones preventivas, dentro del cual predomina el reposo absoluto en cama y la abstinencia de relaciones sexuales, no se lleva a cabo por parte de estas, por lo que nos vemos obligados a hospitalizarlas hasta el final de su embarazo (Cerro, 2011).

Una vez que haya parado la hemorragia, en un transcurso de 24 a 48 horas sin sangrado transvaginal y completado los estudios de laboratorio e imagen y el estado de la madre y el feto es apropiado, podemos plantearnos la probabilidad de dar manejo ambulatorio después de 3-5 días en observación intrahospitalaria. En algunas ocasiones, posterior al episodio del sangrado transvaginal inicial, este puede repetirse, y sin poder anunciar cuando será este episodio hemorrágico, la cantidad de sangrado y duración, aunque existe la predisposición a que gradualmente sean más intensos y frecuentes (Lopez, 2015).

8. Manejo Conservador y Expectante

Que ocurra muerte perinatal en la placenta previa es directamente relacionado con la edad gestacional en el momento del parto. El manejo expectante en la placenta previa se implantó con el objetivo de alcanzar la mayor madurez pulmonar fetal posible, y así minimizar los compromisos tanto para la madre

como para el feto o recién nacido. Y esto concluye con el objetivo de disminuir la mortalidad materna y perinatal.

Este concepto se basa en la presunción de que la mayoría de los episodios de sangrado son usualmente pequeños y autolimitados, y que por lo tanto no son fatales para el feto o la madre, y que una proporción relativamente alta de casos, particularmente aquellos que se presentan tempranamente con grados menores de placenta previa, se resolvían de manera que permitirían el parto vaginal. Tomando en cuenta que a las pacientes que se les dé prueba de parto vaginal serán solamente las que tienen un embarazo con placenta previa del tipo inserción baja, y con estricta vigilancia fetal (Farine D, 2010).

En algunas investigaciones más nuevas han demostrado que la incidencia de la placenta previa que se resuelve sola, sobre todo en pacientes sin antecedente de cesárea previa, es mucho más alto de lo que se especula. Las mejoras en la mortalidad perinatal se atribuyen básicamente a la prolongación del embarazo siguiendo un manejo expectante.

Para este manejo expectante el colegio real de ginecología y obstetricia (RCOG) recomienda un adecuado tratamiento trombotoprolifático, el cual debe iniciarse de manera inmediata, con una buena hidratación y compresión de miembros inferiores (Farine D, 2010).

Sin embargo algunos especialistas prefieren realizar una cesárea inmediatamente que ocurre el primer caso de hemorragia severa, sin embargo estas hemorragias, no se consideran como una contraindicación para intentar al

menos el manejo conservador, caso contrario a esto, una interrupción en un feto pretermino podría ser más severo, ya que involucra ingresos hospitalarios (madre y feto) y transfusiones de hemoderivados que permitan optimizar la morbimortalidad perinatal sobre todo en aquellos sangrados que se presentan en los primeros meses del embarazo (Finberg HJ, 2010).

Durante el manejo expectante/conservador, que ocurra el parto pretermino es el mayor problema. Por lo que inhibir las contracciones en los casos de amenaza de parto pretermino resulta ser lo más conveniente para el binomio madre feto, sin embargo algunos médicos describen a la hemorragia que ocurre anteparto como una contraindicación absoluta para la administración de uteroinhibidores, además en las hemorragias transvaginales y las contracciones uterinas, el abrupción placentario no puede ser descartada y es por lo tanto una gran contraindicación para el uso de dichos medicamentos, sabiendo de paso que la abrupción placentaria puede coexistir con placenta previa en 10% de los casos reportados. Se debe recordar que el uso de tocolíticos produce taquicardia materna y palpitaciones, por lo que podría ser confundida con datos de hipovolemia.

La mortalidad perinatal elevada está directamente relacionada con el total de sangre perdida después del parto. El uso de transfusiones sanguíneas nulifican estos efectos. Aunque en teoría no hay un límite para la cantidad de transfusiones sanguíneas, estas están relacionadas con la disponibilidad económica e idiosincrasia del paciente. Sin embargo hay que considerar que no

solo está el riesgo que la madre pueda cursar con shock hipovolémico y falla renal secundaria a esta, sino que también deben estar presentes las complicaciones que pueden ocurrir secundarias a una transfusión sanguínea.

Para conservar una adecuada oxigenación al feto y proteger a la madre, de futuras hemorragias, la transfusión sanguínea debe mantener una hemoglobina al menos de 10 g/dl o un hematocrito de 30% (Finberg HJ, 2010).

Algunos investigadores prefieren, proponen e imponen que la paciente debe permanecer en manejo hospitalario desde el momento en el que se realiza el diagnóstico hasta el momento en que ocurre el parto. Esto es lo más recomendable, ya que se tiene en continua observación a la paciente, recreando pruebas de bienestar fetal y materna al menos cada semana, esto claro que implica altos costos y en algunos estudios realizados se ven asociados a morbilidad psicológica para la madre y su familia, en preocupación de ambos (Lopez, 2015).

Con el tratamiento conservador, numerosos estudios retrospectivos han reportado tasas de éxito de un 78% con un mínimo de 6% de morbilidad materna severa. Se enumeran las complicaciones más frecuentes y asociadas al tratamiento conservador en la placenta previa:

- a. Sangrado transvaginal, descrito como tal hasta los 3 meses posparto.
- b. Endometritis y/o sépsis. Diagnóstico definitivo que indica hospitalización.
- c. Retención de placenta con formación de pólipos placentarios.
- d. Formación de fístulas vesico-uterina. (Barcelona, 2015)

9. Finalización del Embarazo

Antes del parto, la paciente debe ser informada de las diferentes alternativas (parto vaginal o cesárea) en función del tipo de placenta previa que presente.

En pacientes con placenta previa sintomática y tratamiento conservador, se finalizará la gestación de forma electiva en la semana 37.

En pacientes con placenta previa asintomática, se realizará cesárea electiva en la semana 37-38 si es oclusiva, ó se decidirá la vía del parto si es una placenta no oclusiva (Carter, 2011).

Se considera una contraindicación para el parto vaginal la placenta previa oclusiva total.

En estos casos, se debe finalizar la gestación mediante cesárea. En los casos de placenta baja o marginal, el riesgo de sangrado es significativo; no obstante, en estas pacientes se puede realizar un intento de parto vaginal si se dispone de personal y medios para realizar una cesárea de emergencia. En muchos casos, la cabeza fetal al descender comprime la zona de placenta sangrante y cede la hemorragia (Finberg HJ, Placenta acreta: prospective, 2010).

10. Cesárea

El tipo de incisión uterina a realizar depende de la localización de la placenta:

Se realizará una histerotomía segmentaria transversa si la inserción de la placenta no es anterior. Siempre que sea posible se debe evitar atravesar la placenta para llegar a la cavidad uterina. El lugar de la incisión será aquel que mejor evite la placenta y permita la extracción rápida y atraumática del feto.

La incisión de la placenta en la cara anterior produce una intensa neovascularización que puede condicionar una hemorragia importante. En estos casos, si se realiza una cesárea segmentaria transversa, la extracción fetal se realizará a través de la placenta. En estas circunstancias, la pérdida de sangre fetal se puede minimizar atravesando rápidamente la placenta o apartándola hacia un lado. En ocasiones puede ser necesario realizar una incisión vertical, bien en el segmento uterino inferior o en el cuerpo uterino (H., 2012).

Debido a la naturaleza poco contráctil del segmento uterino inferior, se pueden producir hemorragias tras el alumbramiento. Cuando la placenta previa se complica con grados de placenta acreta, dificultando el control de la hemorragia por medios conservadores, se necesitan otros medios de hemostasia. Para mujeres cuya placenta previa está implantada en posición anterior en el lugar de la incisión de una histerotomía previa, aumenta la posibilidad de placenta acreta relacionada y la necesidad de histerectomía.

Por lo tanto, si la paciente tiene antecedente de cesárea anterior debe considerarse la posibilidad de acretismo placentario y se le debe informar sobre el riesgo de hemorragia y la posibilidad de tener que recurrir a realizar una histerectomía obstétrica (Finberg HJ, Placenta acreta: prospective, 2010).

11. Parto vaginal

En casos seleccionados de placenta previa no oclusiva se puede intentar un parto vaginal si no existe hemorragia o es mínima. Debe informarse a la paciente de las ventajas y riesgos asociados y disponer de monitorización

materno-fetal continua y de los medios adecuados para realizar una cesárea urgente en caso de necesidad.

Si el cuello uterino es favorable, debe realizarse la amniorexis para facilitar el descenso de la cabeza fetal y que comprima el borde placentario (Finberg HJ, Placenta acreta: prospective, 2010).

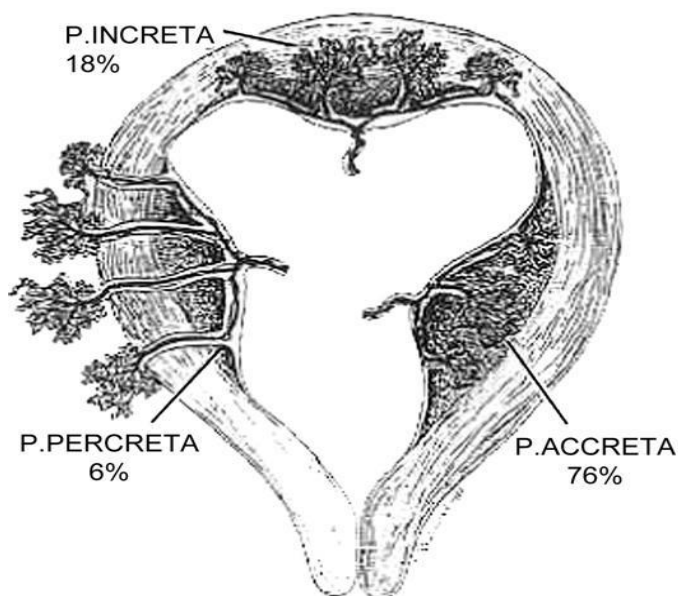
12. Complicaciones

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

La incidencia del acretismo placentario es de 1 por cada 2.500 partos, es decir, se presenta en el 0,0004% de los casos, siendo más frecuente en pacientes con placenta previa; ocurre hasta en el 9,3% de las pacientes que cursan con esta entidad. La incidencia de acretismo ha aumentado hasta 10 veces en los últimos años debido al aumento del índice de cesáreas. El 51% de

las histerectomías obstétricas son realizadas por acretismo placentario (Finberg HJ, 2010).

Ilustración 8. Clasificación del Acretismo Placentario



(Ngeh N, 2011)

El acretismo placentario es un desorden caracterizado por la penetración placentaria anormal dentro de la pared uterina debido a la ausencia de la capa de Nitabuch en la decidua basalis; dicha adherencia puede darse en toda la placenta o en una porción de ella.

- i. Signos Ultrasonícos de Acretismo: Escala de grises:
 - a. Ausencia total o parcial de interfase anecoica miometrio – placentaria.
 - b. Interfase útero – vesical anormal: discontinuaausencia de miometrio.
 - c. Lagos placentarios eonegativos cercanos a miometrio y/o cuello uterino.
 - d. Flujo pulsátil en zonas eonegativas.

e. Grosor de cuña placentaria > 1cm en placenta previa lateral. Sensibilidad 93%, Especificidad 79%.

j. Doppler Color

a. Flujo lacunar difuso en el parénquima más cercano al miometrio y o cuello: flujo venoso, pulsátil de alta velocidad.

b. Flujo lacunar focal en el parénquima más cercano al miometrio y o cuello: flujo turbulento venoso de alta velocidad.

c. Interfase útero vesical hipervasculares con alto flujo arterial diastólico.

d. Canales vasculares dilatados subplacentarios con flujo venoso pulsátil sobre el cuello uterino.

e. Sensibilidad 93-100%, especificidad 92% (Barcelona, 2015).

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. Se ha asociado a una elevada mortalidad materna de hasta el 7%.

Se clasifica en función del grado de invasión de la misma sobre el miometrio:

a. Acreta: Las vellosidades coriales se insertan directamente sobre el miometrio (80%)

b. Increta: Las vellosidades coriales invaden el miometrio (15%)

c. Percreta: Las vellosidades invaden miometrio y serosa o incluso órganos adyacentes como la vejiga (5%) (M Perelló, 2013).

El principal factor de riesgo es la presencia de una placenta previa insertada sobre una cesárea previa, ya que el segmento inferior es un área de pobre decidualización (el 88% de placentas acretas se asocian a una placenta previa). Otras cicatrices uterinas como miomectomías, legrados o extracción manual de placenta también confieren mayor riesgo, así como los mismos factores predisponentes a presentar una placenta previa.

El riesgo de placenta accreta si existe una placenta previa aumenta en función del número de cesáreas previas:

- a. Ninguna cesárea previa: 3.3%
- b. 1 cesárea previa: 11%
- c. 2 cesáreas previas: 40%
- d. 3 cesáreas previas: 61%
- e. 4 a 5 cesáreas previas: 67%

Si la placenta no es previa, el riesgo de placenta accreta será menor (del 0.03% sin el antecedente de cesárea previa a cerca del 1% si la paciente tiene 3 o 4 cesáreas previas (Barcelona, 2015).

k. Prevención

Los casos de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta deben de diagnosticarse tempranamente para un adecuado control, y deben de manejarse por cesárea para prevenir mortalidades maternas y neonatales.

I. 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 pretérmino plantea un problema para el resto, porque no todas las mujeres con placenta previa y feto pretérmino pueden mantener una actitud expectante.

Butler et al (2001) encontró que aquellas mujeres con placenta previa y concentraciones elevadas de Alfafetoproteína sérica, tuvieron aumento del riesgo de hemorragia en etapas tempranas del tercer trimestre y de parto pretérmino (H., 2012).

D. VARIABLES EN ESTUDIO

1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

a. Origen etimológico

En el enfoque epidemiológico el estudio es de un grupo de individuos, de sus problemas de salud/enfermedad en su entorno o ambiente externo. El enfoque epidemiológico de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos de población específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Además, intenta mejorar la atención para todos pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran; por lo que se puede afirmar que es un enfoque no igualitario, pues discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención. La hipótesis en que se

basa el informe de riesgo, es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, mejor se comprenderán las necesidades de atención de la población, favoreciendo la efectividad de las intervenciones (Iiu, 2012).

b. definiciones:

Parte de la medicina que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades en una población.

c. Dimensiones:

El enfoque epidemiológico, incluye una serie de indicadores y subindicadores, dentro de los indicadores se encuentran los siguientes:

i. Persona: El término persona proviene del latín *persona*, y éste probablemente del etrusco *phersona* (máscara del actor, "personaje"), el cual según el Diccionario de la lengua española procede de la lengua griega. El concepto de persona es un concepto principalmente filosófico, que expresa *la singularidad* de cada individuo de la especie humana en contraposición al concepto filosófico de "naturaleza humana" que expresa lo común que hay en ellos. En el lenguaje cotidiano, la palabra persona hace referencia a un ser con poder de raciocinio que posee conciencia sobre sí mismo y que cuenta con su propia identidad. El ejemplo excluyente suele ser el hombre, aunque algunos extienden el concepto a otras especies que pueblan este planeta. El indicador persona incluye los siguientes subindicadores:

Edad: con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de

edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales (Gretel, 2015).

Estado civil: Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.

Se define la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. El concepto de estado civil existe desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio, pero el mismo se vincula específicamente con el alcance que tiene el Estado como institución política para organizar y regir el establecimiento de vínculos de este tipo. Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras. Entre los más comunes encontramos el de soltería (aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras), el de casado (aquellas que sí lo están) y otros como divorciado (las personas que han roto el vínculo amoroso o legal con sus parejas) o viudos (los que han perdido a su pareja por deceso). Estos son, entre otros, los vínculos que determinan el estado civil de una persona. Es importante señalar aquí que estos son los posibles estados civiles que una persona puede tener para el Estado ya que por ejemplo una persona puede responder que se encuentra „en pareja“ ante la pregunta pero si esa pareja no ha sido consumada legalmente en las oficinas del Estado, la misma no cuenta con validez a la hora de realizar diferentes tipos de trámites (E., 2013).

Escolaridad: tiempo durante un alumno asiste a la escuela o alguna institución de enseñanza.

Historia Gineco - obstétrica: La Obstetricia (del latín *obstare* «estar a la espera») es la ciencia de la salud o especialidad médica que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio¹ (incluyendo la atención del recién nacido) la historia gineco - obstétrica la podemos definir utilizando la siguiente clasificación:

Gestas Partos Cesáreas Abortos, donde Gestas corresponde al número de gestaciones de la paciente (por ejemplo, "Gestas:1" significa "1 gestación"), Partos corresponde al número de partos eutócicos (sin complicaciones) y Cesáreas al número de cesáreas de la paciente (por ejemplo, "Cesarea:1" significa "1 cesárea"). Abortos es el número de abortos de la gestante. Todos estos datos están incluidos en los antecedentes gineco - obstétricos de la paciente (E., 2013).

Antecedente Patológico: refiere a las diferentes patologías que ha padecido un individuo a lo largo de su vida.

Edad Gestacional: La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Debe medirse a más tardar en el segundo control prenatal y se divide según el número de semanas gestacionales en: Prematuro extremo si es menor de 28 semanas de gestación, muy prematuro si se encuentra entre 28y 32 SG y

premature si tiene una edad gestacional comprendida entre 32 y 36 SG, a término de las 37-42 SG y posterior a esta fecha se denomina posttermino

Controles Prenatales: Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

ii. Lugar: proviene del latín "locus" aludimos al espacio que ocupa un cuerpo. Todos los objetos los ocupan, y los hechos también necesitan de un espacio para ocurrir.

Procedencia: Del latín procedens, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o el lugar de donde deriva.

US que Refiere: es un espacio de terreno limpio y firme donde se realizan diversas funciones o trabajos. Entendidos de recibir, examinar, tratar y derivar las pacientes que se presenten a su atención.

iii. Tiempo: Magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos, estableciendo un pasado, un presente y un futuro. El término tiempo proviene del latín tempus. Como definición general, se entiende al tiempo como la duración de las cosas que se encuentran sujetas al cambio. Sin embargo su

significado varía según el punto de vista que se tome y la disciplina en la que sea tratado (sanchez, 2011).

Tendencia: La palabra tendencia tiene su origen en el latín. Proviene del participio tendens, tendentis del verbo tendo, tendere, cuyo significado es extender, estirar, tender, tensar, dirigirse a. Este verbo se asocia a la raíz indoeuropea *ten- (extender, estirar).

A la raíz verbal se le añade el sufijo -nt-ia que significa cualidad de un agente. Es una corriente o preferencia donde ocurre un evento en un tiempo determinado.

Hora del parto/Cesárea: momento en el cual se realiza el procedimiento y nacimiento del recién Nacido.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

a. Origen etimológico

Estudia el problema de salud-enfermedad de un individuo, para lo cual recorre varias fases con sus distintas actuaciones, tratando de responder a las clásicas “preguntas”, qué, cómo y por qué para terminar actuando sobre el problema.

b. Definiciones

Cuadro clínico, manifestaciones clínicas, es un contexto o marco significativo, definido por la relación entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad o lo que presenta el enfermo.

c. Dimensiones:

i. El razonamiento clínico es la médula espinal de la práctica médica, en él confluyen los tres saberes: conocer, hacer y saber ser. Es la capacidad de observación, reflexión, inferencia, juicio integral de los problemas clínicos del paciente. Hay diversas definiciones y enfoques del concepto de razonamiento clínico: Facultad que permite resolver problemas médicos, extraer conclusiones y aprender de manera consciente de los hechos, estableciendo conexiones causales y lógicas necesarias entre ellos. Algunos autores consideran que es una combinación entre el razonamiento hipotético-deductivo y el reconocimiento de patrones (Jaime Claudio Villarroel Salinas¹, 2014).

Síntomas: es un término con origen en el latín *síntom* que, a su vez, procede de un vocablo de la lengua griega. El concepto permite nombrar a la señal o indicio de algo que está sucediendo o que va a suceder en el futuro. En el ámbito de la medicina, un síntoma es un fenómeno que revela una enfermedad. El síntoma es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo

Signos: Los signos clínicos son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica.

Laboratorio: prueba específica o examen de rutina que nos ayuda al diagnóstico y manejo de una patología. El cultivo de secreción nos permite conocer el agente patógeno responsable de producir la infección y ayuda a determinar el tratamiento adecuado (sanchez, 2011).

ii. Conclusión Diagnóstica: Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica síndrome a cualquier condición de salud-enfermedad (el estado de salud también se diagnóstica). El diagnóstico es una palabra que tiene su origen etimológico en el griego y más aún en la unión de tres vocablos de dicha lengua. En concreto, es un término que está formado por el prefijo diag- que significa “a través de”; la palabra gnosis que es un sinónimo de “conocimiento”, y finalmente el sufijo -tico que se define como “relativo a”. Por lo tanto, puede decirse que el diagnóstico es un procedimiento ordenado, sistemático, para conocer, para establecer de manera clara una circunstancia, a partir de observaciones y datos concretos (Bautista, 2001).

iii. Tratamiento: El origen etimológico del término tratamiento tenemos que dejar patente que este se encuentra en el latín. Así, podemos observar perfectamente que emana de la suma del verbo tractare, que puede traducirse como “tratar”, y del sufijo -miento, que es sinónimo de “instrumento o resultado”. El término tratamiento hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros elementos. De forma que, según el contexto: es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.

Tratamiento Médico: consiste en la aplicación de asistencia médica, según la sintomatología y signología de cada paciente (sanchez, 2011).

Tratamiento Quirúrgico: se refiere a los procedimientos realizados a una paciente, en el cual según su patología o causa de consulta; requiere como tratamiento definitivo una cirugía.

iv. Seguimiento: es el tiempo en el cual se le dará a la paciente una consulta posterior a su alta médica, con el objetivo de evaluar su mejoría clínica o emocional.

Estancia Hospitalaria: tiempo en el cual permanece ingresada una paciente, intrahospitalaria. Con el fin de mantener bajo vigilancia medica o tratamiento médico.

Condición al Egreso: estado físico y emocional a la alta médica

Control en consulta Externa: tiempo requerido para evaluación de una paciente, y darle seguimiento médico.

E. INVESTIGACIONES RELACIONADAS

A nivel mundial según el Dr. José Antonio Pineda en un estudio realizado sobre la incidencia de placenta previa (año 2013), esta se estimo entre 0.12% a 0.5%, es decir 1 paciente presentara embarazo mas placenta previa cada 83 a 200 pacientes embarazadas.

En investigaciones que se llevaron a cabo en Latinoamérica y Norteamérica, en los años 2011 y 2013 sobre embarazos complicados con placenta previa se concluyo que es una de las patologías causantes de la hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo, y por lo tanto autor primario de la morbimortalidad materna perinatal en todo el mundo.

En el 2010 el Hospital Regional de obstetricia y Perinatología en Estados Unidos publicó un artículo sobre mortalidad materna secundaria a hemorragia causada por diversas patologías, encontrando una tasa media de ocurrencia anual de 4.8 casos x 1000 pacientes.

En Cuba, en el año 2013 el Dr. Pineda reportó que la frecuencia para placenta previa fluctúa entre el 0,5 al 1% del total de partos.

En Venezuela las investigaciones establecen que la incidencia de placenta previa, oscila en un 0,76% (que pertenece a 1 caso por cada 132 nacimientos) (Pineda, 2013).

El Instituto Nacional de Perinatología, Oscanoa Aníbal, en Perú determinó que la incidencia acumulada para placenta previa durante el año 2015, fue 0.7%, con una mortalidad fetal de 3.4%, 45% fue placenta previa central total y 34% fue placenta previa marginal.

Por ejemplo en Suramérica, se menciona que en Perú la primera causa de la mortalidad materna a nivel nacional son las hemorragias obstétricas, ya sea durante el embarazo o el puerperio; y en las grandes ciudades ocupa el segundo lugar como causa. No siendo distinto al resto de países, donde también la placenta previa es una entidad patológica hemorrágica causante de un número significativo de muertes maternas y perinatales, que no solo se relacionan a complicaciones por la hemorragia, sino también complicaciones generadas por las transfusiones sanguíneas o derivadas por las histerectomías obstétricas (Gretel, 2015).

Las características epidemiológicas que predominan en esta enfermedad son en mujeres de edad fértil, de raza negra y en algunos casos con un bajo porcentaje presentan alteraciones hipertensivas. Además están relacionados a una alta frecuencia de pacientes con múltiples embarazos y sobre todo con antecedentes de procedimientos quirúrgicos a nivel uterino.

En Atlanta para el 2015 se publicó una investigación realizada en el Instituto Social de Gineco obstetricia y perinatología en el cual se evidenció que este tipo de pacientes en su mayoría desencadenan sangrados transvaginales en la segunda y tercera mitad del embarazo (28 y 33 semanas de gestación), lo que permite estancias hospitalarias mayores a los 7 días y con una alta frecuencia de partos preterminos que condicionan recién nacidos con bajo peso, apgar bajo y grados de asfixia que van de leves a severas.

Además estas pacientes también presentan síndromes anémicos, secundarios a las pérdidas constantes de sangre vía vaginal, necesitando en ocasiones transfusiones sanguíneas y por lo tanto genera mayor gasto hospitalario.

En concordancia con los factores de riesgo, se dice que los fundamentales son: antecedentes de placenta previa en embarazos anteriores, la edad avanzada de la madre, multiparidad, antecedentes quirúrgicos como de cesárea y abortos inducidos en los cuales se ha practicado legrados uterinos, otras cirugías uterinas (como ocurre por malformaciones uterinas), embarazo gemelar, y algunos artículos incluyen también entre estos al sexo masculino del feto y el uso del tabaco durante el embarazo.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

A. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo: Se hace énfasis en la medición numérica y análisis estadístico

(Sampieri Fernández Baptista, 2010)

B. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Observacional: Porque se estudió una situación ya existente que ocurre en la naturaleza donde no se tiene control de las variables y tampoco se puede influir o manipular las mismas.

Kerlinger (1985) lo define como “una indagación empírica y sistemática en la cual el investigador no tiene un control directo sobre las variables debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido porque son inherentemente no manipulables ”.

La investigación es de corte transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo determinado.

C. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo: Se detallan ordenadamente las características, propiedades, cualidades y atributos del problema sin tratar de determinar relación, asociación o causalidad.

D. IDENTIFICACION DE VARIABLES

1. Características Epidemiológicas

2. características Clínicas

E. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 2. Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Características Clínicas	Cuadro clínico, manifestaciones clínicas, relación entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad o lo que presenta el enfermo. (sanchez, 2011)	Suma de indicadores de la variable en estudio	1. Razonamiento clínico 2. Conclusión diagnóstica 3. Tratamiento 4. seguimiento	a. Síntomas b. Signos c. Laboratorio a. Dx principal b. Dx secundario a. Tx medico b. Tx quirúrgico a. Estancia Hospitalaria b. Condición al Egreso c. Control en consulta Externa
Características Epidemiológicas	Estudio de la distribución y determinante de las enfermedades en poblaciones	Suma de indicadores de la variable en estudio	1. Persona	a. Edad b. Raza c. Escolaridad d. Estado Civil e. Antecedentes personales

	humanas.	patológicos
	(sanchez, 2011)	f. Historia
		Ginecoobstétrica
		g. Control
		Prenatal
		h. Edad
		Gestacional
		i. peso del
		Recién
		Nacido
		j. Apgar del
		Recién
		Nacido
	k. Médico	
	Tratante	
	2. Lugar	a. Procedencia
		b. US que refiere
		a. Tendencia
	3. Tiempo	b. Hora del parto
		/Cesárea

F. POBLACIÓN Y MUESTRA

1. Población o Universo: Selltiz (1974) la define como el conjunto de todos los casos que concuerdan como una serie de especificaciones.

La población de estudio está constituida por 77 pacientes puérperas quirúrgicas con diagnóstico de Placenta Previa de la sala de puerperio normal del hospital Mario Catarino Rivas en el año 2016.

2. Unidad de análisis: “Quienes van hacer medidos ”

La unidad de análisis fue constituida por las pacientes.

3. Criterios de Inclusión

a. Puérpera quirúrgica con diagnóstico de Placenta Previa, hospitalizada en la sala de puerperio normal del Hospital Mario Catarino Rivas durante el año 2016.

4. Criterios de Exclusión

a. Expediente Incompletos

b. Expedientes Extraviados

G. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

1. Método de recolección

Se utilizó la encuesta que es un procedimiento que consiste en hacer las mismas preguntas a la población en estudio obteniéndose información sobre un hecho de interés a través de la interrogación escrita

2. Técnica de recolección

La técnica de la encuesta es el cuestionario, es un conjunto de preguntas preparadas cuidadosamente sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación

3. Instrumento de recolección de datos

Es la herramienta del método, tiene como propósito recolectar la información en forma organizada y que ésta sea útil para alcanzar los objetivos de la investigación

Para recolectar los datos se utilizó un formulario que contiene un total de 25 preguntas: 7 pregunta cerradas y 18 preguntas categorizadas.

Las variables y sus dimensiones se midieron de la siguiente manera:

1. Variable Características Epidemiológicas

a. Dimensión persona: preguntas 1 a la 11.

b. Dimensión lugar: 12 y 13.

c. Dimensión tiempo: 14 y 15.

2. Variable Características Clínicas

a. Dimensión Razonamiento Clínico: preguntas 16, 17 y 18

b. Dimensión Conclusión Diagnostica: preguntas 19 y 20

c. Dimensión Tratamiento: preguntas 21 y 22

d. Dimensión Seguimiento: pregunta 23, 24 y 25

H. PLAN DE ANALISIS

1. Procesamiento de datos: Los datos recolectores se organizaron, clasificaron y resumieron electrónicamente mediante una base de datos que se construyó con el programa estadístico SPSS versión 18.

2. Presentación de los datos

Los datos se presentan en de tablas de distribución de frecuencias y gráficos. Se utilizaron para las variables cualitativas gráficos circulares y para las variables cuantitativas gráficas de barra y polígonas de frecuencia.

3. Análisis e interpretación de la información

Se utilizaron medidas de resumen estadístico para investigaciones descriptivas de acuerdo a lo siguiente:

- a. Para las variables categóricas: medidas de frecuencia como el porcentaje.
- b. Para las variables cuantitativas: medidas de tendencia central (moda, mediana y media) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar).

CAPITULO IV: CONSIDERACIONES ÉTICAS

A. PRINCIPIOS ÉTICOS

Como toda investigación en seres humanos esta se realizó de acuerdo con tres principios éticos fundamentales:

1. Respeto por la dignidad humana: La dignidad humana es el derecho que tiene cada ser humano, de ser respetado y valorado como ser individual y social, con sus características y condiciones particulares, por el solo hecho de ser persona.
2. Beneficencia: conjunto de instituciones que la administración pone a disposición de los más necesitados para proporcionarles sustento y desarrollo físico y personal.
3. Justicia: El principio de justicia comprende el uso racional de los recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, que apunta no solo a los ciudadanos necesarios con base en la dignidad de la persona, sino a las obligaciones de una macrobioética justa de la responsabilidad frente a la vida amenazada y los derechos de futuras generaciones.

B. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN

Categoría I (sin riesgo): se trata de una investigación observacional en la que no se realiza ninguna manipulación o intervención de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas participantes.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

A. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN:

La población objeto de estudio fue de 72 pacientes con diagnóstico de placenta previa, que fueron seleccionados mediante la aplicación de una definición estandarizada según la OMS en el año 2012, atendidas en la sala de puerperio quirúrgico del Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, durante el año 2016, que presentan los siguientes resultados:

B. VARIABLE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

1. DIMENSIÓN PERSONA

a. Prevalencia de Placenta Previa:

P: número de casos de placenta previa (año 2016) x 100

Total de partos atendidos en el año 2016

P: 72 x 100

6,899

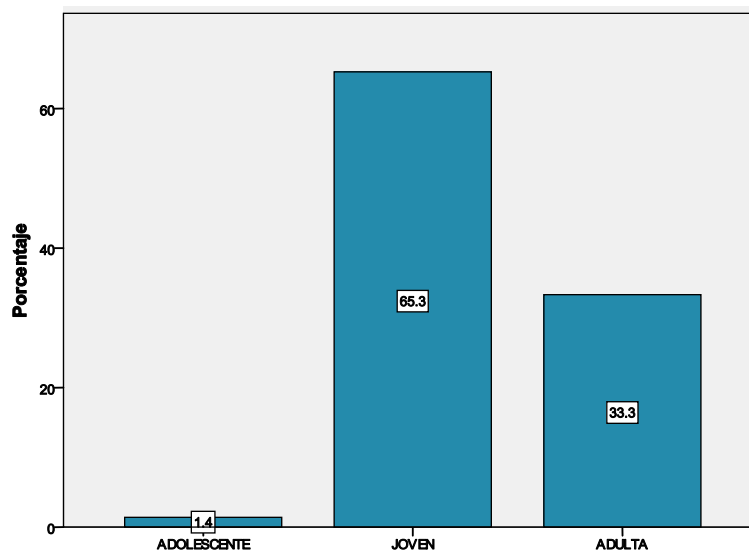
Prevalencia de Placenta Previa: 1.04 %

b. Edad de las pacientes

Tabla 3. Edad de las Pacientes

N	Válidos	72
Media		29.74
Mediana		30.00
Moda		27
Desv. típ.		4.812
Rango		25
Mínimo		17
Máximo		42

Gráfico 1. Edad de las Pacientes



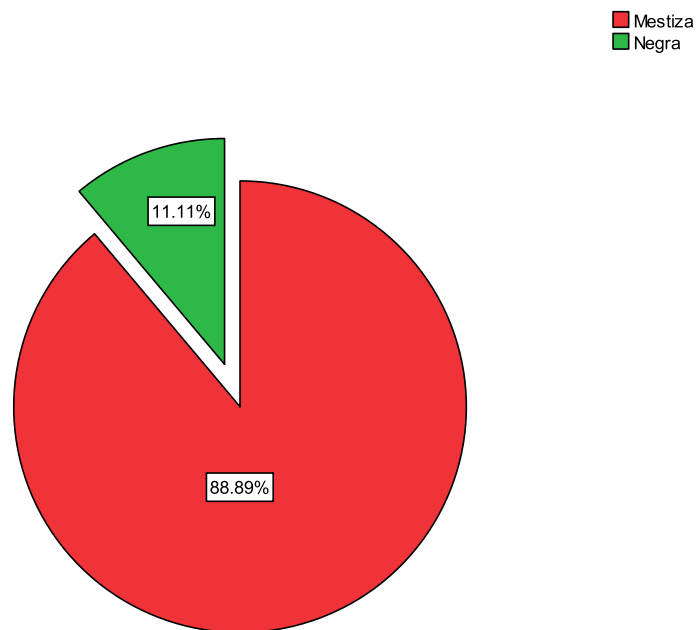
La edad más frecuente de las pacientes fue 27 años, el promedio de edad de 30 ± 5 años, el 50% de las pacientes tenían menos de 30 años, las pacientes de mayor edad eran de 42 años y las de menor edad de 17 años, con una diferencia de 25 años entre los extremos de edad.

c. Raza

Tabla 4. Raza de las Pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mestiza	64	88.9	88.9	88.9
	Negra	8	11.1	11.1	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Gráfico 2. Raza de la Paciente



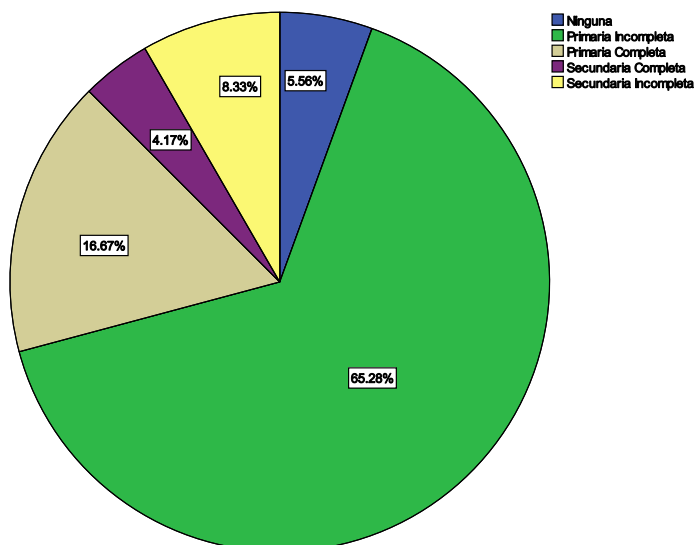
La raza mestiza predominó en este estudio (88.89%)

d. Escolaridad

Tabla 5. Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e		
Válidos Ninguna	4	5.6	5.6	5.6
Primaria Incompleta	47	65.3	65.3	70.8
Primaria Completa	12	16.7	16.7	87.5
Secundaria Completa	3	4.2	4.2	91.7
Secundaria Incompleta	6	8.3	8.3	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Gráfico 3. Escolaridad



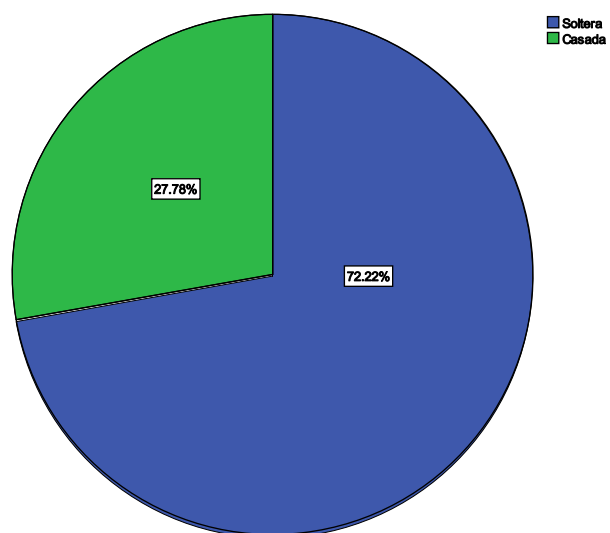
La escolaridad más frecuente fue primaria incompleta (65.28%).

e. Estado civil

Tabla 6. Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Soltera	52	72.2	72.2	72.2
Casada	20	27.8	27.8	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Gráfico 4. Estado Civil



El estado civil predominante fue soltera (72.22%).

f. Antecedentes personales patológicos

Tabla 7. Antecedentes Personales Patológicos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
ninguno	45	62.5	62.5	62.5
HTAC	12	16.7	16.7	79.2
Diabetes Mellitus	8	11.1	11.1	90.3
Epilepsia	2	2.8	2.8	93.1
Trastornos Hematológicos	1	1.4	1.4	94.4
Asma Bronquial	3	4.2	4.2	98.6
Preeclampsia Severa	1	1.4	1.4	100.0
Total	72	100.0	100.0	

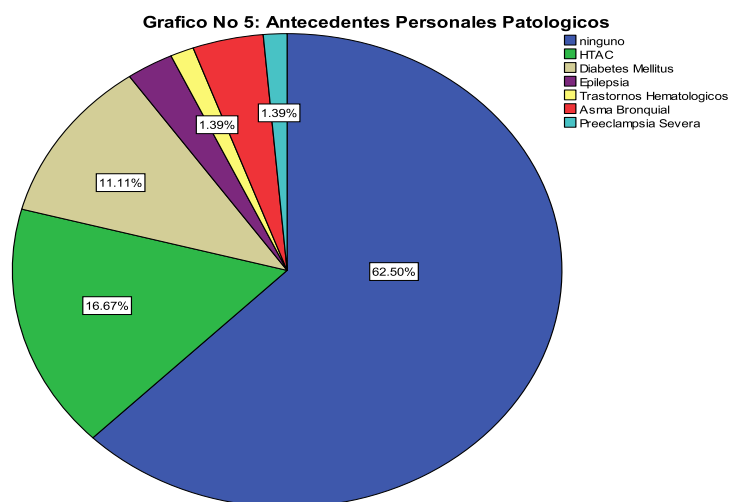


Gráfico 5. Antecedentes Personales Patológicos

El 37.5% de las pacientes tiene antecedentes personales patológicos, siendo los predominantes Hipertensión Arterial Crónica (16.67%) y Diabetes Mellitus (11.11%).

g. Número de embarazos

Tabla 8. Número de Embarazos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	10	13.9	13.9	13.9
	2	19	26.4	26.4	40.3
	3	20	27.8	27.8	68.1
	4	10	13.9	13.9	81.9
	5	6	8.3	8.3	90.3
	6	3	4.2	4.2	94.4
	7	2	2.8	2.8	97.2
	8	1	1.4	1.4	98.6
	10	1	1.4	1.4	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Gráfica No 6: Número de Embarazos

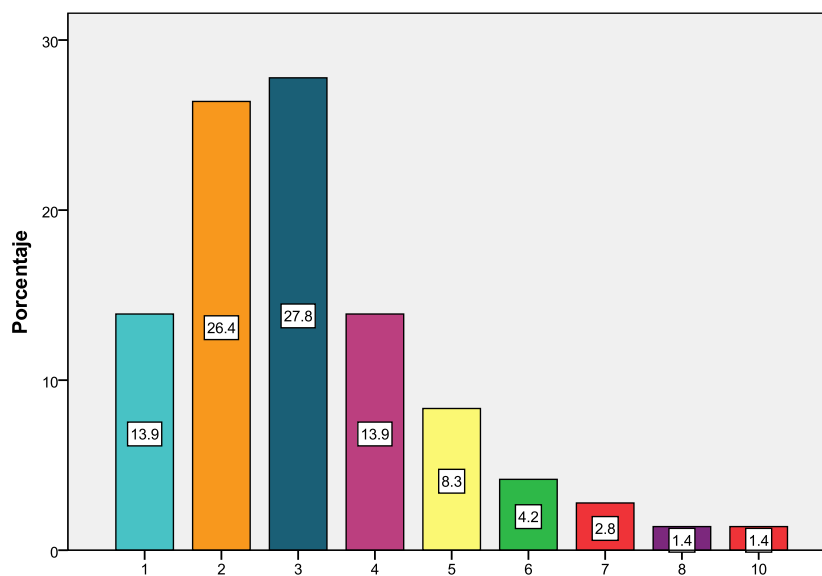


Gráfico 6. Número de Embarazos

El 32% de las pacientes eran gran multíparas, que tenían 4 o más embarazos y solo el 14% eran primigesta.

h. Número de partos

Tabla 9. Número de Partos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	26	36.1	36.1	36.1
1	19	26.4	26.4	62.5
2	16	22.2	22.2	84.7
3	6	8.3	8.3	93.1
4	1	1.4	1.4	94.4
5	2	2.8	2.8	97.2
6	1	1.4	1.4	98.6
7	1	1.4	1.4	100.0
Total	72	100.0	100.0	

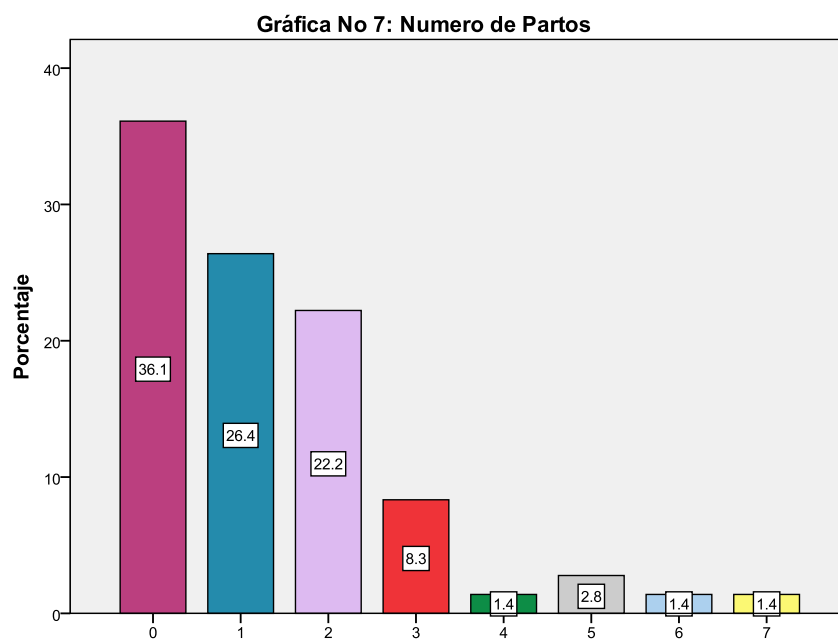


Gráfico 7. Número de Partos

El 64% de las pacientes había tenido uno o más partos vaginales.

i. Numero de cesáreas

Tabla 10. Numero de Cesáreas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	42	58.3	58.3	58.3
	2	20	27.8	27.8	86.1
	3	10	13.9	13.9	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

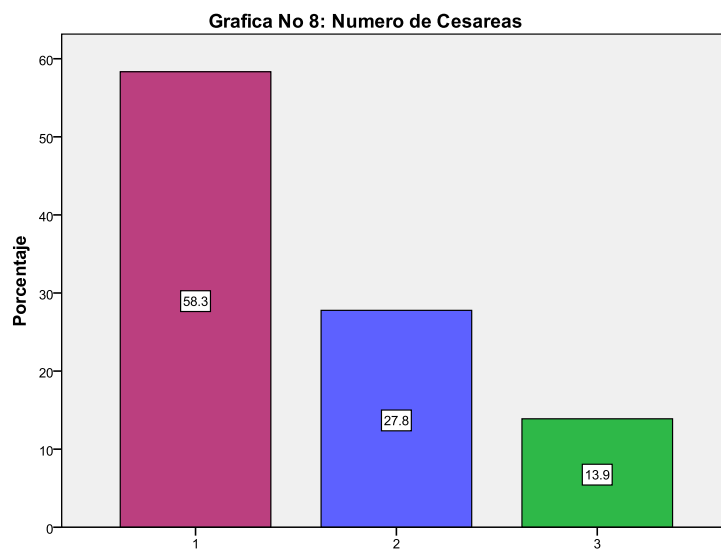


Gráfico 8. Numero de Cesáreas

El 41.7% de las pacientes tenia antecedente de una o más cesáreas.

j. Número de abortos

Tabla 11. Número de Abortos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	57	79.2	79.2	79.2
1	11	15.3	15.3	94.4
2	3	4.2	4.2	98.6
3	1	1.4	1.4	100.0
Total	72	100.0	100.0	

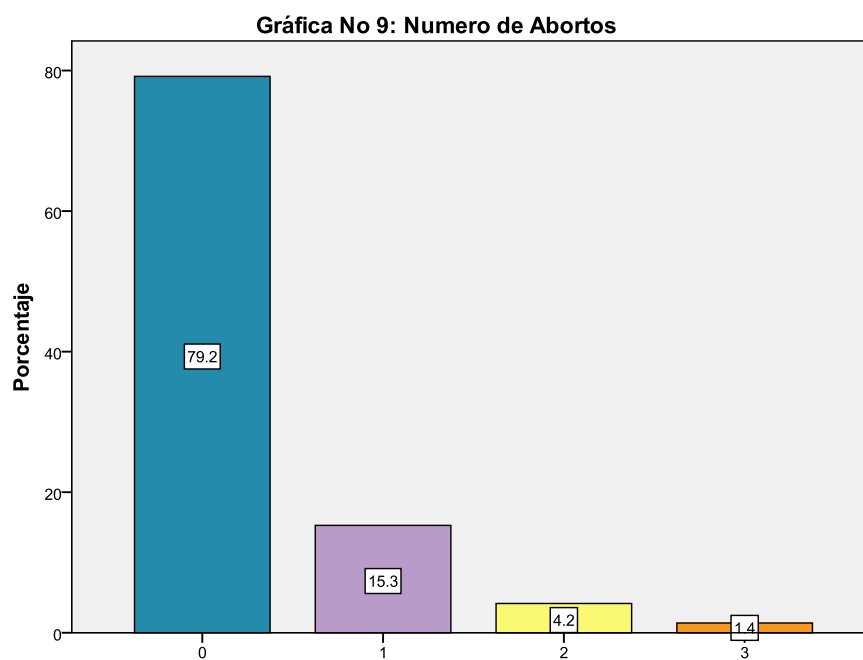


Gráfico 9. Número de Abortos

El 20.8% de las pacientes tiene antecedente de uno o más abortos.

k. Numero de óbitos

Tabla 12. Numero de Óbitos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	70	97.2	97.2	97.2
1	2	2.8	2.8	100.0
Total	72	100.0	100.0	

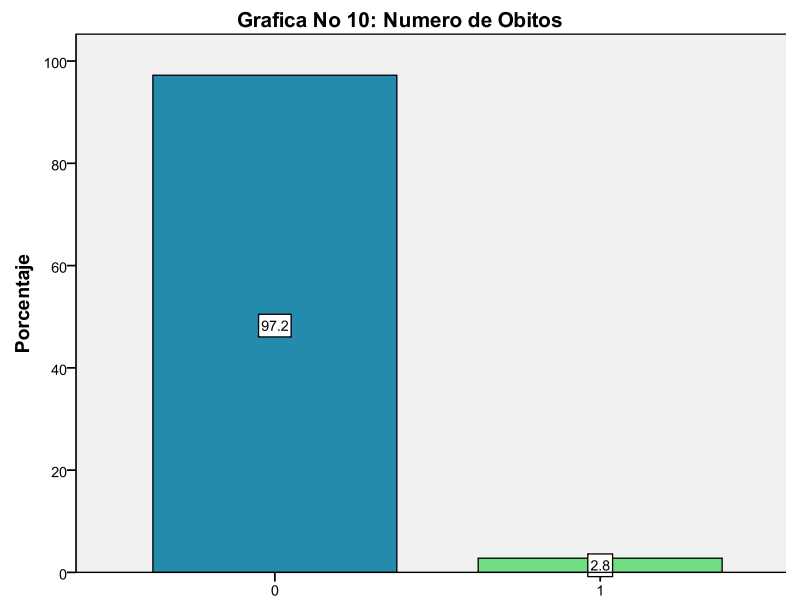


Gráfico 10. Numero de Óbitos

El 2.8% de las pacientes tiene antecedente de un óbitos.

I. Hijos vivos

Tabla 13. Hijos Vivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	3	4.2	4.2	4.2
	1	12	16.7	16.7	20.8
	2	21	29.2	29.2	50.0
	3	22	30.6	30.6	80.6
	4	6	8.3	8.3	88.9
	5	5	6.9	6.9	95.8
	6	1	1.4	1.4	97.2
	7	1	1.4	1.4	98.6
	9	1	1.4	1.4	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

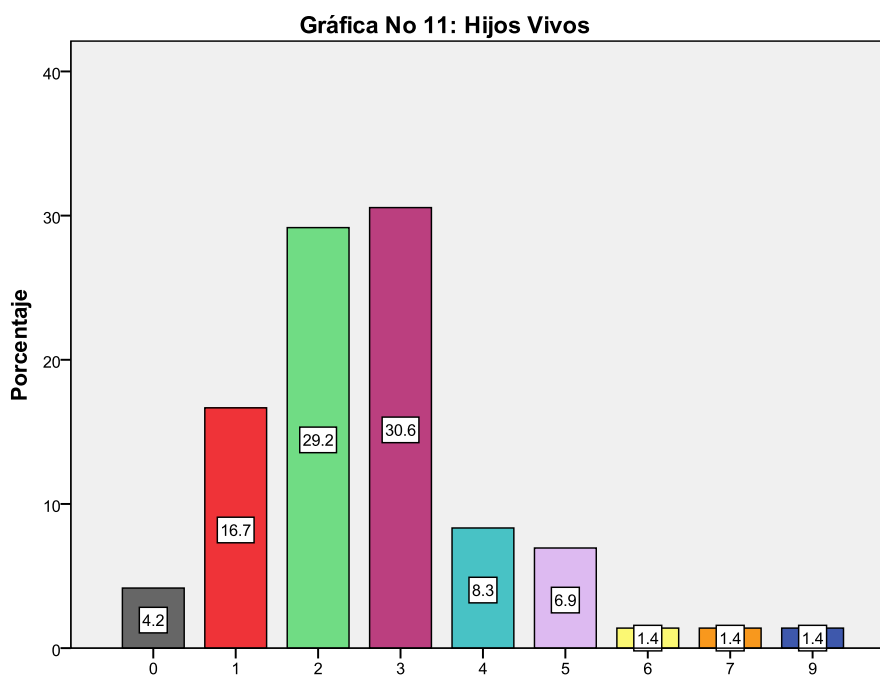


Gráfico 11. Hijos Vivos

El 31% de las pacientes tiene al menos 3 hijos vivos.

m. Hijos muertos

Tabla 14. Hijos Muertos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	58	80.6	80.6	80.6
	1	13	18.1	18.1	98.6
	2	1	1.4	1.4	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

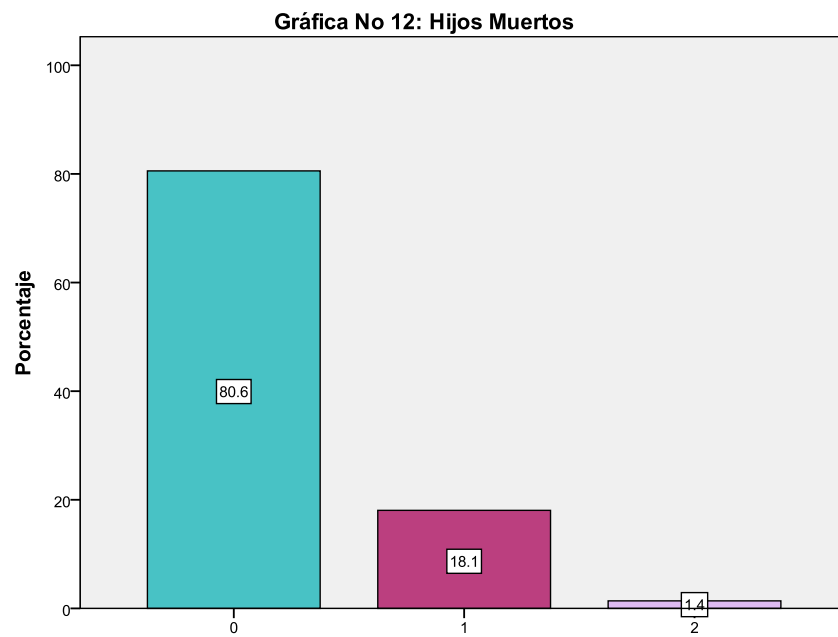


Gráfico 12. Hijos Muertos

El 19.5% de las pacientes tenían uno o más hijos muertos.

n. Número de control prenatal

Tabla 15. Número Control Prenatal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	5	6.9	6.9	6.9
2	3	4.2	4.2	11.1
3	18	25.0	25.0	36.1
4	12	16.7	16.7	52.8
5	24	33.3	33.3	86.1
6	2	2.8	2.8	88.9
7	4	5.6	5.6	94.4
8	4	5.6	5.6	100.0
Total	72	100.0	100.0	

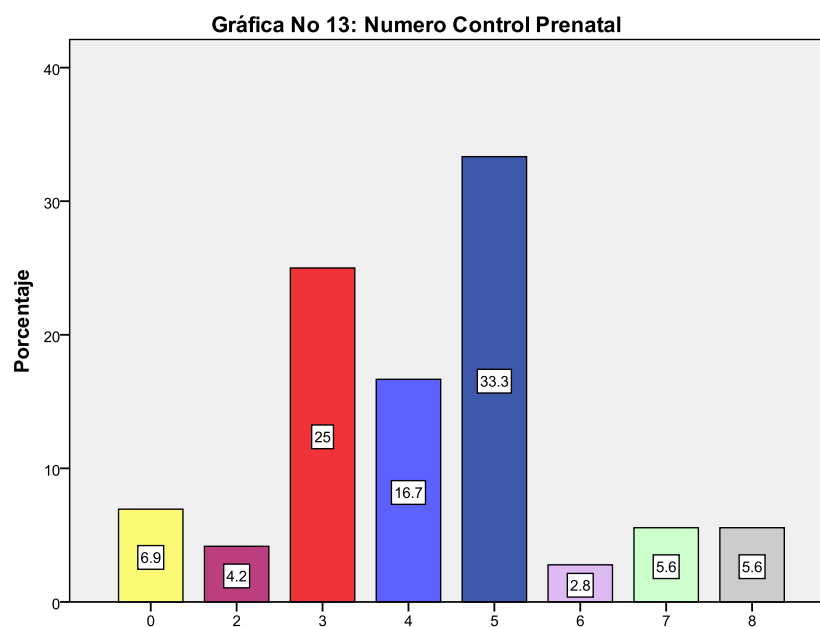


Gráfico 13. Número Control Prenatal

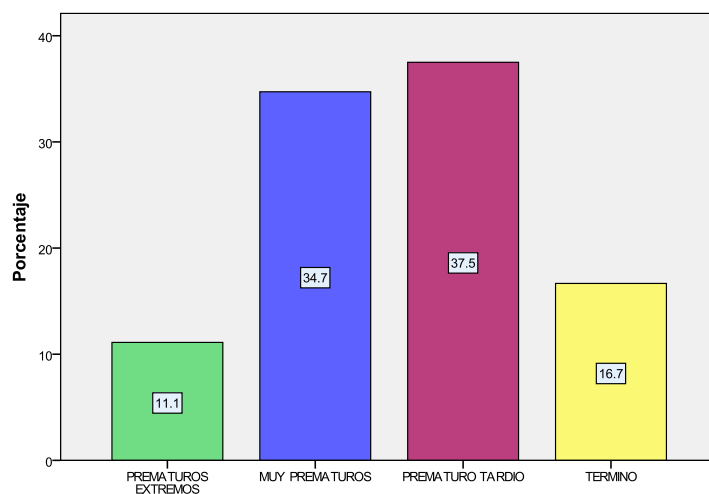
El 45.9% de las pacientes asistieron a un máximo de 4 controles prenatales, y el 7% no tuvo atención prenatal.

ñ. Edad gestacional

Tabla 16. Edad Gestacional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PREMATUROS EXTREMOS	8	11.1	11.1	11.1
	MUY PREMATUROS	25	34.7	34.7	45.8
	PREMATURO TARDIO	27	37.5	37.5	83.3
	TERMINO	12	16.7	16.7	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Gráfica No 14: Edad Gestacional



El 83% de las pacientes cursaban con embarazos pretérminos al momento del parto, incluyendo embarazos entre las 22 y las 28 semanas.

o. Peso del recién nacido

Tabla 17. Peso del Recién Nacido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MUY BAJO PESO	19	26.4	26.4	26.4
	BAJO PESO	30	41.7	41.7	68.1
	PESO NORMAL	22	30.6	30.6	98.6
	MACROSOMIA	1	1.4	1.4	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

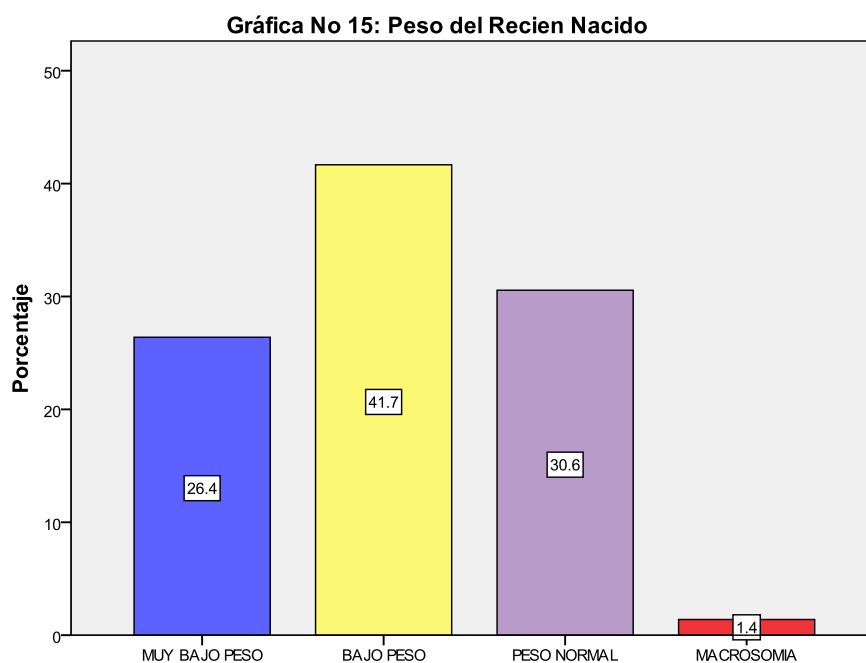


Gráfico 15. Peso del Recién Nacido

El 68% de los recién nacidos presentaron peso menor de 2,500 gramos, y dentro de estos el 26% pesaban menos de 1,500 gramos.

p. APGAR del recién nacido

Tabla 18. Apgar del Recién Nacido

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos OBITO	2	2.8	2.8	2.8
ASFIXIA MODERADA	2	2.8	2.8	5.6
ASFIXIA LEVE	10	13.9	13.9	19.4
SIN ASFIXIA	58	80.6	80.6	100.0
Total	72	100.0	100.0	

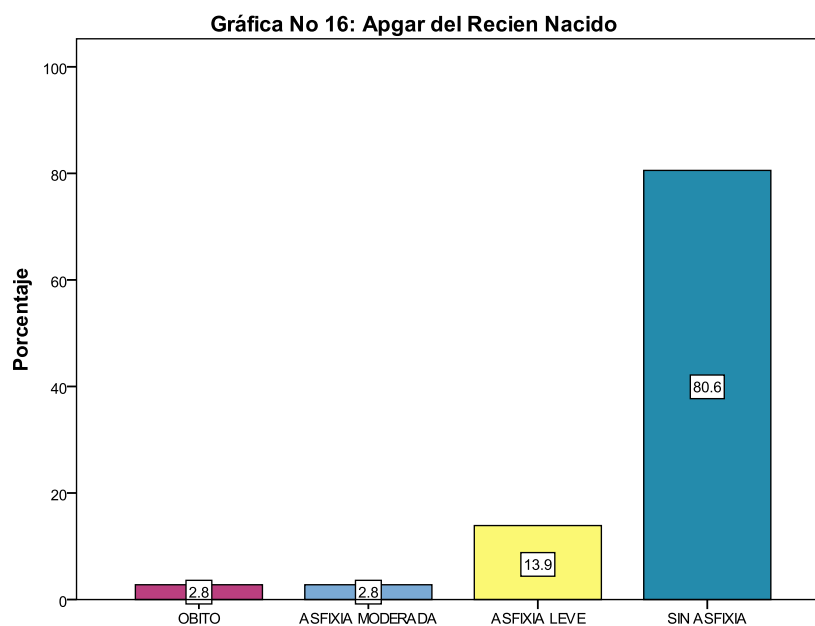


Gráfico 16. Apgar del Recién Nacido

El 17.5% de los recién nacidos presento algún grado de asfixia.

q. Médico tratante que hizo la cesárea

Tabla 19. Medico Tratante que Hizo la Cesárea

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MR3	57	79.2	79.2	79.2
	ME	15	20.8	20.8	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Gráfica No. 17: Medico Tratante (hizo la cesarea)

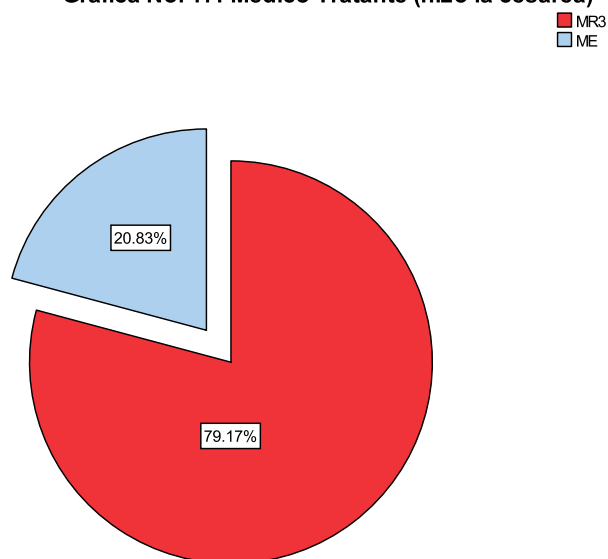


Gráfico 17. Medico Tratante que Hizo la Cesárea

El 79.17% de las cesáreas fue realizada por médicos residentes de tercer año, y en un 20.83% fueron realizadas por médico especialista.

2. DIMENSIÓN LUGAR:

a. Procedencia

Tabla 20. Procedencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SPS	19	26.4	26.4	26.4
	Choloma	9	12.5	12.5	38.9
	Villanueva	10	13.9	13.9	52.8
	San Manuel	4	5.6	5.6	58.3
	Santa Barbara	5	6.9	6.9	65.3
	Tela	4	5.6	5.6	70.8
	Ceiba	5	6.9	6.9	77.8
	Copan	7	9.7	9.7	87.5
	Ocotepeque	4	5.6	5.6	93.1
	Lempira	5	6.9	6.9	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

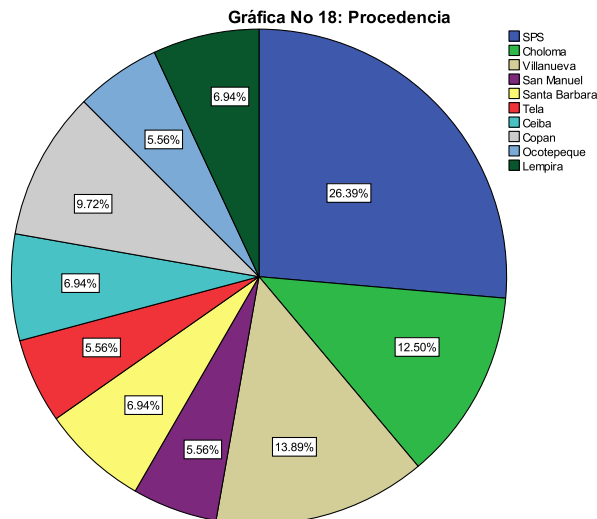


Gráfico 18. Procedencia

El 58.4% de las pacientes provenían del Departamento de Cortes, principalmente de la ciudad de San Pedro Sula (26.39%) y en segundo lugar de frecuencia esta el Departamento de Copan con un 9.7%.

3. DIMENSIÓN TIEMPO

a. Turno en que se hizo la cesárea

Tabla 21. Turno que se Hizo la Cesárea

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos A	40	55.6	55.6	55.6
B	23	31.9	31.9	87.5
C	9	12.5	12.5	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Gráfica No. 20: Turno que se hizo la Cesárea

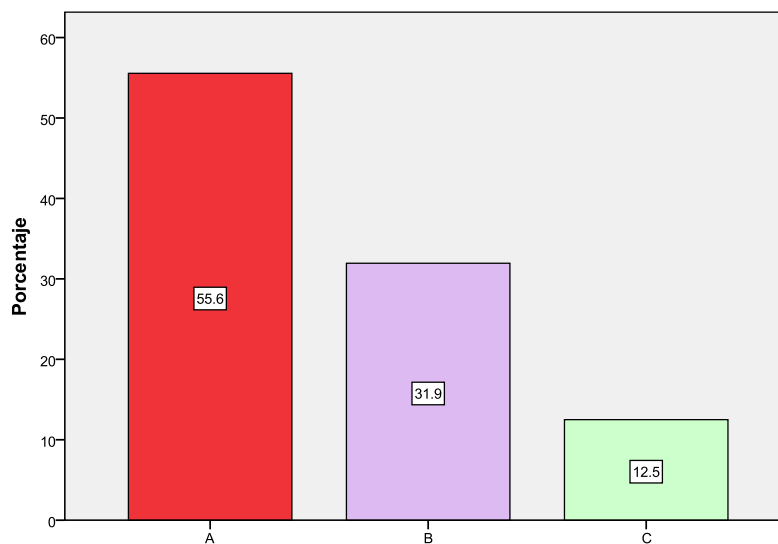
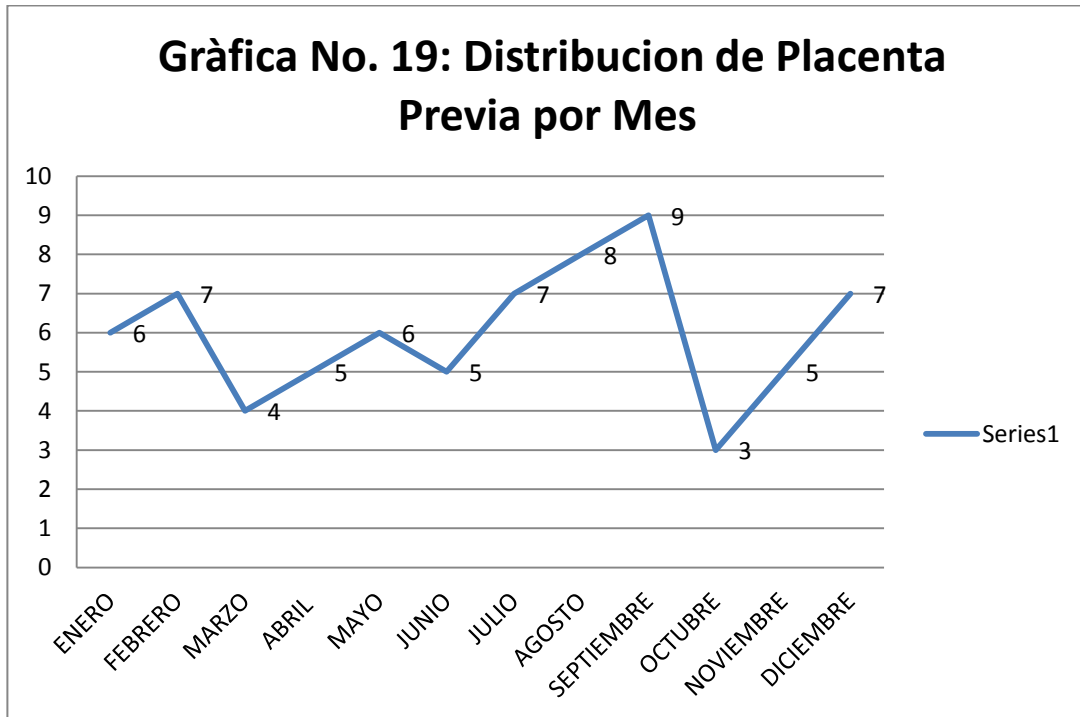


Gráfico 20. Turno que Hizo la Cesárea

El turno en el que más se realizaron Cesáreas por indicación de Placenta Previa fue en turno A (55.6%), y en segundo lugar turno B con 31.9%.

b. Tendencia

Gráfico 19. Distribución de Placenta Previa por Mes



Los meses en los que ocurrió mayor incidencia de placenta previa fue agosto (8) y septiembre (9).

C. VARIABLE CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

1 DIMENSIÓN RAZONAMIENTO CLÍNICO

a. Síntomas y signos

i. Dolor

Tabla 22. Dolor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	6	8.3	8.3	8.3
	NO	66	91.7	91.7	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Gráfica No. 21: Dolor

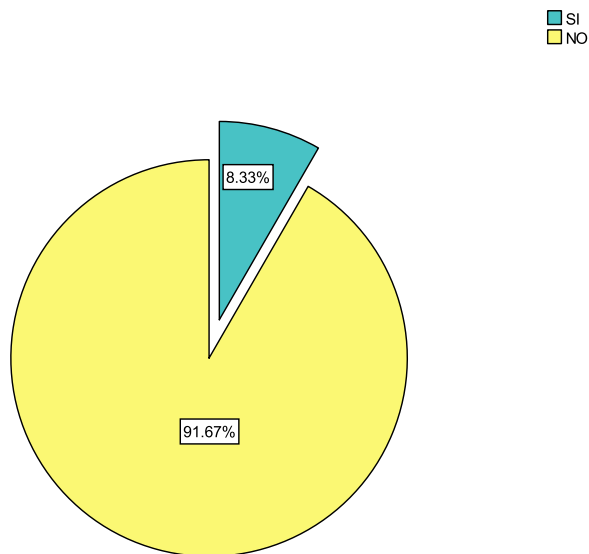


Gráfico 21. Dolor

El 8.33% de las pacientes presento dolor.

ii. Hipotensión

Tabla 23. Hipotensión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	18	25.0	25.0	25.0
NO	54	75.0	75.0	100.0
Total	72	100.0	100.0	

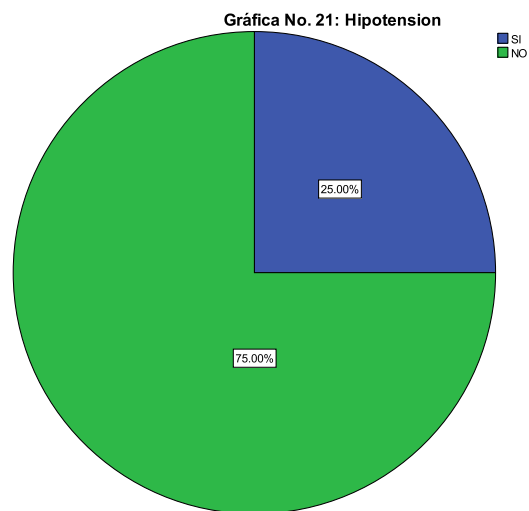


Gráfico 22. Hipotensión

El 25% de las pacientes en estudio presentaron Hipotensión.

iii. Sangrado transvaginal

Tabla 24. Sangrado Transvaginal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	71	98.6	98.6	98.6
NO	1	1.4	1.4	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Gráfica No. 23: Sangrado Transvaginal

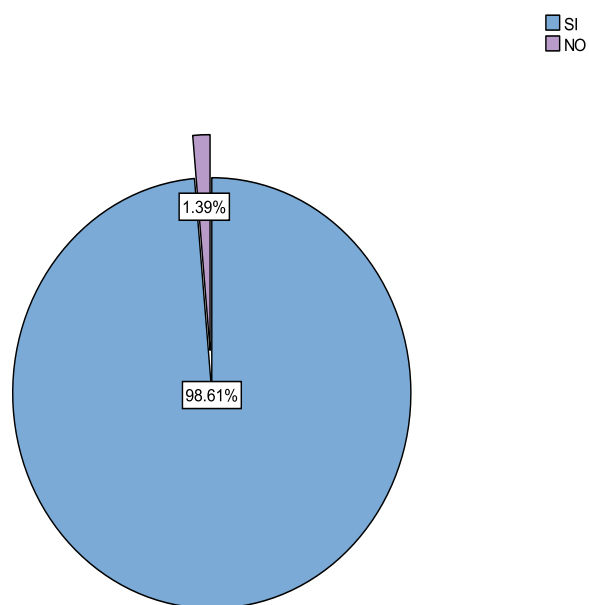


Gráfico 23. Sangrado Transvaginal

El 98.61% de las pacientes en estudio presentaron Sangrado Transvaginal.

iv. Taquicardia

Tabla 25. Taquicardia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	25	34.7	34.7	34.7
NO	47	65.3	65.3	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Gráfica No. 24: Taquicardia

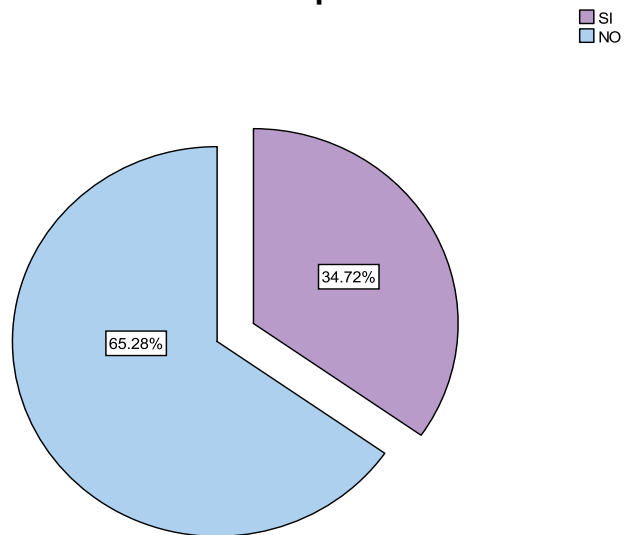


Gráfico 24. Taquicardi

El 34.72% de las pacientes en estudio, presentaron taquicardia.

a. Laboratorio

i. Hematocrito

Tabla 26. Anemia según Hematocrito

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ANEMIA SEVERA	2	2.8	2.8	2.8
ANEMIA MODERADA	7	9.7	9.7	12.5
ANEMIA LEVE	37	51.4	51.4	63.9
SIN ANEMIA	26	36.1	36.1	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Gráfica No. 25: Anemia según Hematocrito

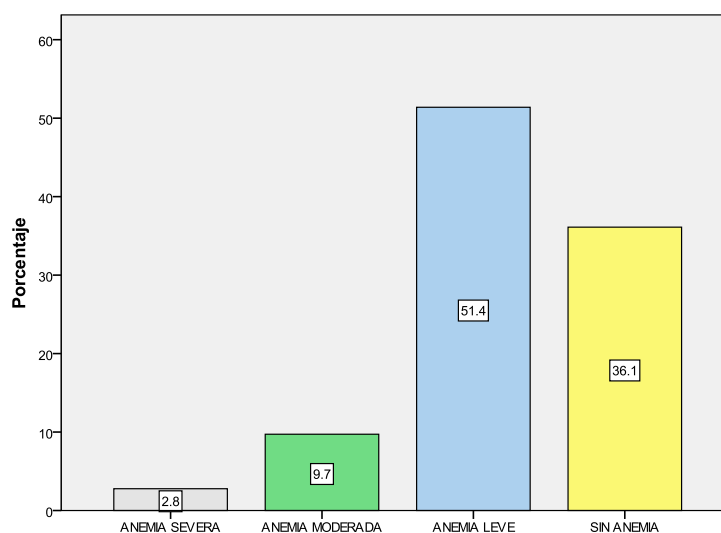


Gráfico 25. Anemia Según Hematocrito

Un 63.9% de las pacientes presento algún grado de anemia, siendo la frecuente anemia Leve en un (51.4%).

ii. Hemoglobina

Tabla 27. Hemoglobina

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Menor o Igual a 7	1	1.4	1.4	1.4
8-10	37	51.4	51.4	52.8
Mayor o Igual a 11	34	47.2	47.2	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Gráfica No. 26: Hemoglobina

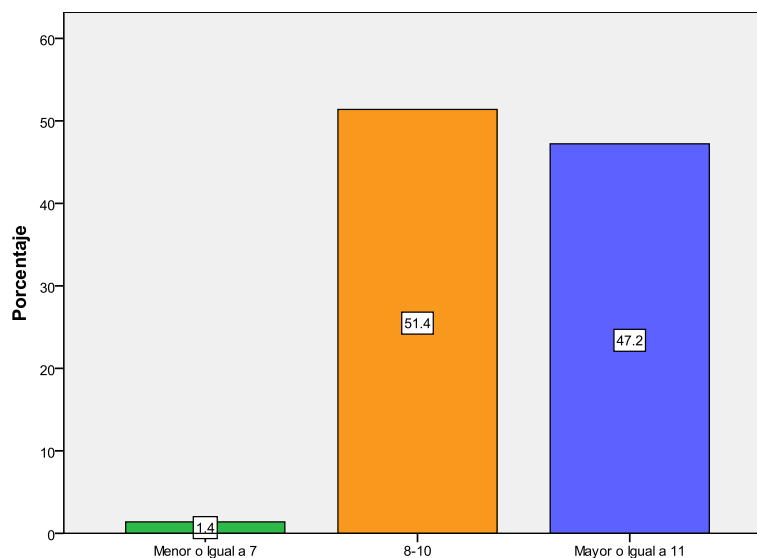


Gráfico 26. Hemoglobina

El 52.8% de las pacientes presentó Hemoglobina menor de 11 mg/dl, presentándose una disminución severa en el 1.4%.

iii. Plaquetas

Tabla 28. Plaquetas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos TROMBOCITOPENIA	1	1.4	1.4	1.4
PLAQUETAS NORMALES	70	97.2	97.2	98.6
TROMBOCITOSIS	1	1.4	1.4	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Gráfica No. 27: Plaquetas

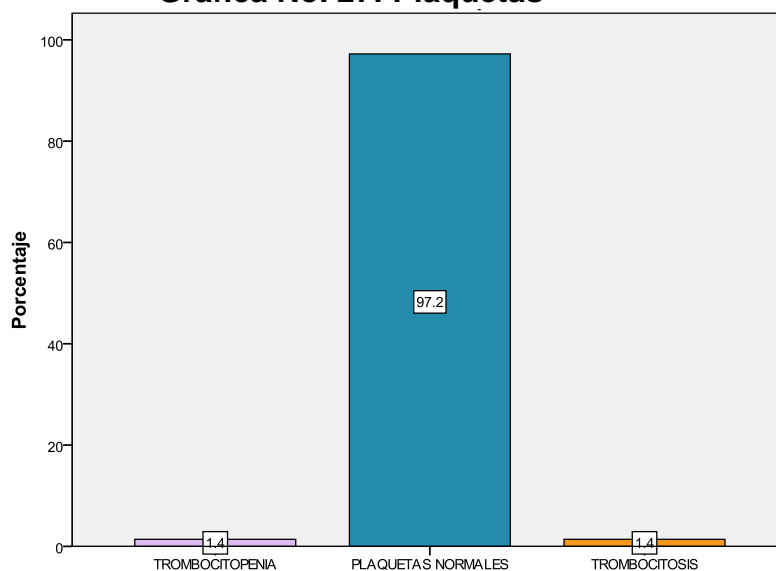


Gráfico 27. Plaquetas

El 2.8% de las pacientes presentó alteración plaquetaria, trombocitosis y trombocitopenia en una misma proporción (1.4%).

4. DIMENSIÓN CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

a. Diagnóstico principal

Tabla 29. Tipo de Placenta Previa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Marginal	8	11.1	12.7	12.7
	Inserción Baja	10	13.9	15.9	28.6
	Total	34	47.2	54.0	82.5
	Parcial	11	15.3	17.5	100.0
Perdidos	Sistema	9	12.5		
	Total	72	100.0		

Gráfica No. 28: Tipo de Placenta Previa

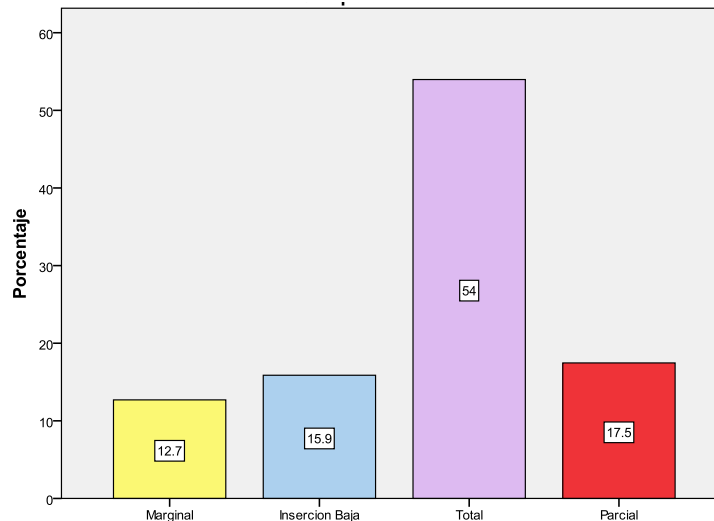


Gráfico 28. Tipo de Placenta Previa

La Placenta Previa Total fue la que se presentó con mayor frecuencia (54%), seguida de la Placenta Previa Parcial (17.5%).

b. Diagnóstico secundario

Tabla 30. Segundo Diagnóstico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Presentación Pélvico	7	9.7	9.7	9.7
	RPMO	3	4.2	4.2	13.9
	Preeclampsia Severa	3	4.2	4.2	18.1
	DPPNI	4	5.6	5.6	23.6
	Cesárea anterior	19	26.4	26.4	50.0
	SFA	1	1.4	1.4	51.4
	Óbito Extrahospitalario	1	1.4	1.4	52.8
	Oligohidramnios	1	1.4	1.4	54.2
	RH Negativo	1	1.4	1.4	55.6
	Ninguno	22	30.6	30.6	86.1
	Preeclampsia sobreagada	2	2.8	2.8	88.9
	Preeclampsia Leve	2	2.8	2.8	91.7
	Macrosomia	1	1.4	1.4	93.1
	Anhidramnios	1	1.4	1.4	94.4
	Situación Transversa	4	5.6	5.6	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

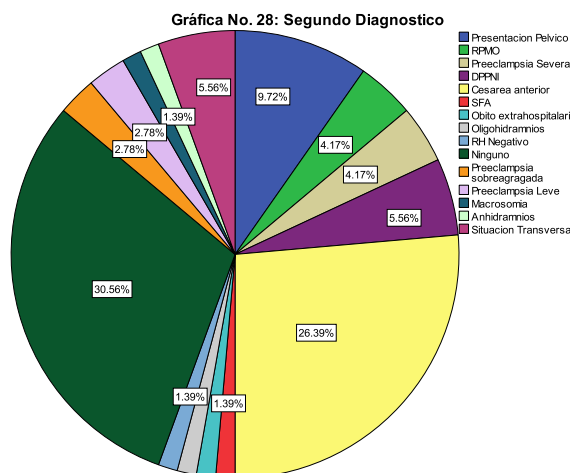


Gráfico 29. Segundo Diagnostico

El segundo diagnósticos más frecuente fue cesárea anterior (26.39%).

5. DIMENSION TRATAMIENTO

a. Tratamiento quirúrgico

Tabla 31. Tratamiento Quirúrgico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Cesárea	72	100.0	100.0	100.0

Gráfica No. 30: Tratamiento Quirúrgico

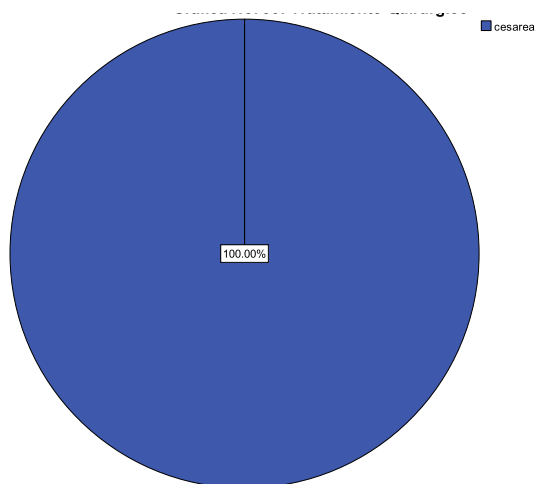


Gráfico 30. Tratamiento Quirúrgico

Al 100% de las pacientes se les interrumpió el embarazo por vía abdominal.

6. DIMENSION SEGUIMIENTO

a. Días hospitalarios

Tabla 32. Días Hospitalarios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Menor o Igual a 7 Días	67	93.1	93.1	93.1
8-15	3	4.2	4.2	97.2
Más de 15 Días	2	2.8	2.8	100.0
Total	72	100.0	100.0	

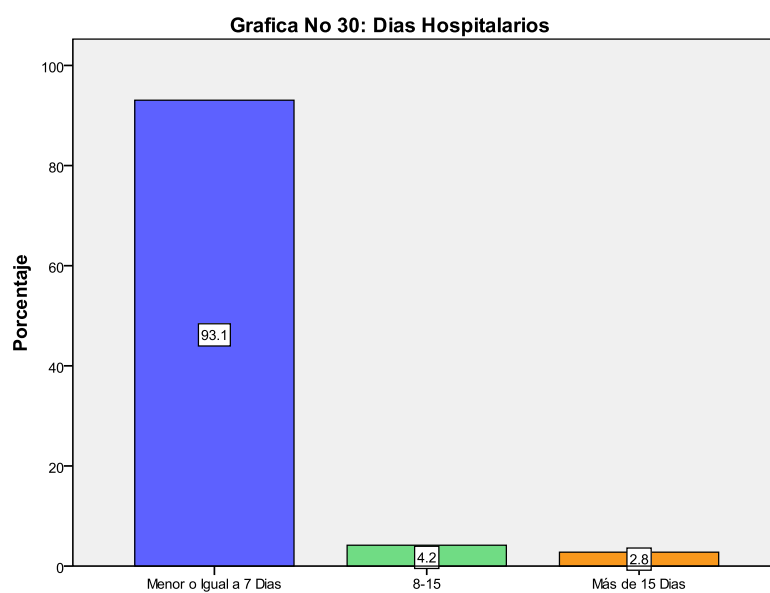


Gráfico 31. Días Hospitalarios

El 93.1% de las pacientes estuvo menos de 8 días intrahospitalarios. Y un 2.8% estuvieron ingresadas por más de 15 días.

b. Condición al egreso

Tabla 33. Condición al Egreso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Mejorados	72	100.0	100.0	100.0

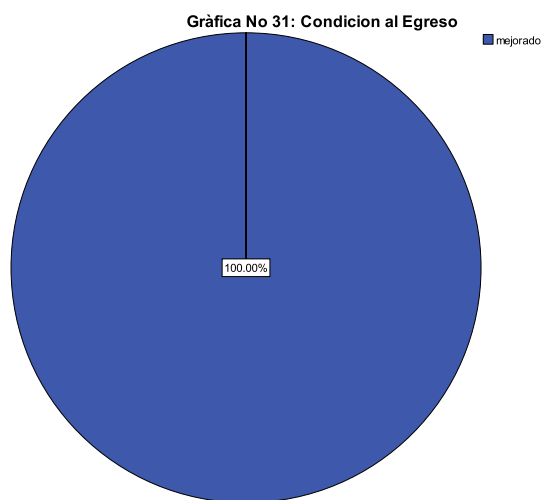


Gráfico 32. Condición al Egreso

El 100% de las pacientes egresaron en buen estado general.

c. Control en consulta externa

Tabla 34. Control Consulta Externa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	33	45.8	45.8	45.8
	NO	39	54.2	54.2	100.0
	Total	72	100.0	100.0	



Gráfico 33. Control en Consulta Externa

El 45.83% de las pacientes se les dio cita a la consulta Externa.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

La placenta previa es un problema significativo en nuestro medio y alrededor del mundo, por ser una de las principales causas de hemorragia que llevan a muerte materna, siendo un 2-3% su tasa de mortalidad materna a nivel mundial. Supone el 20% de las hemorragias del tercer trimestre, considerándose una causa frecuente de transfusión materna e hysterectomías obstétricas, con una morbimortalidad perinatal no despreciable. Según la evidencia científica la prevalencia a nivel mundial es de 2.2%, siendo más baja (1.09%) la observada en el Hospital Dr Mario Catarino Rivas durante el periodo de la investigación (Pineda, 2013)

En investigaciones realizadas en Latino America como Perú y Ecuador (2011), reportan que este evento se presenta con mayor frecuencia en pacientes con antecedentes de cesárea anterior, multiparidad y legrados uterinos, resultados similares a los encontrados en este estudio donde el antecedente quirúrgico de cesárea fue el más frecuente (58.3%), seguido de multiparidad (27.8%), difiriendo únicamente en el antecedente de legrado uterino, que presento una frecuencia baja (70%) en relación con la investigación citada anteriormente. (Gretel, 2015)

En la universidad central del Ecuador en el año 2012, la Dra Juana Miranda realizó una investigación sobre placenta previa, en la cual reporto que la población de gestantes con esta patología, se encontraban en edad de 31 a 40 años correspondiendo al 40%, y pertenecientes a una etnia mestiza en su

mayoría (82%), además con antecedente patológico mayor de Diabetes Gestacional en un 18%. Estos datos sobre la edad concuerda con los reportados en esta investigación donde el promedio de edad es de 30 ± 5 años, de raza mestiza, difiriendo en el antecedente personal patológico predominante que en este caso fue la hipertensión arterial (16.67%).

Según las Normas de la Secretaria de Salud de Honduras, el número adecuado como mínimo de controles prenatales que toda embarazada debe tener son 5, tomando en cuenta que en cada control se identifican riesgos que conllevan a complicaciones prevenibles en su mayoría, a la vez que en estos se realizan ultrasonidos de control, siendo el gold estándar de diagnostico para tal patología; sin embargo de las gestantes en estudio que presentaron diagnostico de placenta previa, solo alcanzaron como máximo 4 controles prenatales en todo el embarazo, representando el 45.9%, a diferencia del estudio de la Dra. Juana Miranda en Quito Ecuador (2012) donde el grupo de pacientes si contaron con al menos 5 controles prenatales en su embarazo (58%), esto a su vez al no ser identificable conlleva a partos pretérminos por compromiso hemodinámico materno neonatal secundario a sangrados transvaginales severos, se pudo observar en dicha investigación recién nacidos pretermino (83%), con bajo peso al nacer (68%) y algún grado de asfixia (17.5%); en comparación con el estudio de la Dra Miranda que reporto recién nacidos pretérminos (74%), con bajo peso al nacer (50%).

La placenta previa se clasifica en 4 tipos: placenta previa total, marginal, de inserción baja y parcial, según la literatura la más frecuente es la placenta previa total o completa (87%), en una investigación realizada en Colombia (2011, Gretel) se encontró que el 77.19% de los casos eran de placenta previa total, que es mucho mayor al reportado en esta investigación (54%).

El síntoma patognomónico de la placenta previa es el sangrado transvaginal, indoloro; el Dr. HJ Figner en el 2010, reporto que el 80% de las pacientes estudiadas presentaron sangrado transvaginal y como consecuencia el 71% algún grado de anemia, situación similar se reporta en la presente investigación donde el síntoma principal fue el sangrado transvaginal (98.61%) y la anemia se presento en el 64% de las pacientes. 51.4%, en comparación con el estudio realizado en Quito, Ecuador 2012 donde se reporto el 80% de las pacientes con sangrado transvaginal y anemia en un 71.3%.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

La prevalencia de placenta previa en el Hospital Mario Catarino Rivas durante el periodo de estudio fue alta comparada con la prevalencia a nivel mundial.

El tipo de placenta previa total es la que con mayor frecuencia se presentó, tanto en nuestro estudio como en las literaturas consultadas.

A diferencia de otros países que reportan pacientes en edades avanzadas con esta patología obstétrica, en nuestra investigación predominó la edad joven, así como el antecedente quirúrgico de cesárea.

En su mayoría los embarazos fueron pretérminos al momento de la cesárea, lo que condicionó a recién nacidos con bajo peso al nacer y con algún grado de asfixia.

El síntoma clásico y único de la placenta previa fue el sangrado transvaginal (metrorragia), y que como complicación de ello condicionó la presencia en algunas pacientes, de hipotensión, taquicardia y anemia secundaria.

B. RECOMENDACIONES

A toda paciente con diagnóstico de cesárea anterior se le debe informar sobre los riesgos que tiene en un siguiente embarazo de presentar placenta previa, he aquí la importancia de asistir a todos los controles prenatales indicados. En los cuales el médico tratante debe solicitar el estudio adecuado para su diagnóstico.

Los estudios demuestran que en la atención primaria se diagnostican al 70% de los casos de placenta previa, por lo que se debe incentivar a toda gestante de tener un control prenatal temprano, oportuno y periódico.

Teniendo en cuenta que la ecografía es el apoyo diagnóstico de placenta previa, se debe capacitar al personal médico y proveer del equipo necesario para ello en cada institución.

La cesárea oportuna disminuye morbilidad materna por esta entidad, por lo que se deben cumplir las normas institucionales por parte del personal de salud y tomar decisiones acertadas y oportunas.

La atención de las gestantes con placenta previa deben ser realizadas en instituciones de mayor capacidad resolutive (Nivel II - III).

Es necesario fortalecer periódicamente las competencias de los profesionales, para el manejo adecuado y oportuno de las hemorragias, sabiendo que es la primera causa de muerte materna en Honduras.

CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS

- al., T. M. (2013). Clinical Presentation and Risk Factors of Placental Abruption. Missouri: Acta Obstetrica et Ginecológica.
- Araben, C. (2013). placenta previa. Lima, Peru: Limas edi.
- Arcosice, J. (2012). acretismo placentario y complicaciones obstetricas. Archivos de GO, 13 - 57.
- Barcelona, H. u. (2015). ANOMALÍAS PLACENTARIAS (PLACENTA PREVIA, PLACENTA ACCRETA Y VASA. Barcelona: Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona.
- Benson/Pernoll. (1994). diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. Illinois: 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana.
- Bruce., C. M. (2015). Embriología humana y biología del desarrollo. 4ta ed. Chile: Elsevier Mosby.
- Carter, J. (2011). abtetric admissions to complicate. New York: methorfe.
- Cerro, E. L. (2011). Hemorragias del Tercer Trimestre. Hemorragias del Tercer Trimestre (pág. 17). mexico: complejo Hospitalario Universitario.
- E., D. (2013). Mortalidad Materna en Chile. Rev Chil Obstet Ginecol, 9.
- Farine D, P. D.-T. (2010). Placenta previa. new york: Contemporary OB/GYN.
- Finberg HJ, W. J. (2010). Placenta acreta: prospective. wisconsin: condeco ed.
- Geneser, F. (2012). Histología, sobre bases biomoleculares. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Gilbert TT, S. J. (2010). Obstetric admissioin to. Mexico: Obstet Gynecol.
- Gretel, M. (2015). placenta previa. Ecuador: facultad de ciencias humanas y salud.
- Gudea, N. M., & Roberts, C. T. (2013). Growth and function of the normal human placenta. Santiago Chile: Kalionisa, B. & King, R. C.

- H., D. J. (2012). PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO. Chile: Hospital Clínico José Joaquín Aguirre. Facultad de Medicina.
- Hazelgrove JF, P. C. (2010). Multicenter. Inglaterra: Crit Care Med.
- Hill LM, D. D. (2012). Transvaginal. paris: Les Editions INSERM.
- Int. J. Morphol. (2011). ÊPlacenta; anatom'a e histolog'a comparada. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Lopez, M. M. (2015). Hemorragias del Tercer Trimestre y complicaciones. chile: Seminario.
- M Perelló, R. M. (2013). ANOMALÍAS PLACENTARIAS. Barcelona: hospital universitario clinico.
- Macherry, A. d. (2012). placenta previa complicada. D.F , Mexico: San Cristobal.
- Massive, B. J. (2011). obstetric hemorrhage. Wisconsin: Baillieres Best.
- Michell, W. g. (2010). placenta previa prospective. Denver, Colorado: kepchua edit.
- Ngeh N, B. A. (2011). Antepartum haemorrhage. Current Obstetrics Et Gynecology. alemania: ed colcol.
- Pérez, S. A. (2011). S. E. Obstetricia. Santiago, Chile.: Ed. Mediterraneo,.
- Pérez-Aliaga, C. (2011). Hemorragias en la Segunda Mitad del. Rev Per Ginecol Obstet., 5.
- Pineda, J. a. (2013). incidencia de la placenta previa. Guatemala: universidad San Carlos.
- Prieto, R., & Matamala, F. &. (s.f.).
- Rojas, M. &. (2013). Placenta. En: Embriología para Medicina. Chile: Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Sanchez SE, P. P. (2013). Risk factors of abruptio placentae. new York: Am J Obstet.
- sanchez, C. (2011). conceptos basicos de la investigacion. Mexico: Editorial Guaycas.

Taipale P, H. V. (2011). Diagnosis of placenta. paris: Les Editions INSERM.

Watson, E. D. (s.f.).

WR., C. (2003). Obstetrics. In: Current Medical Diagnosis & Treatment.
McGraw-Hill: 42nd edition. Lange.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE VALLE DE SULA**CARRERA DE MEDICINA****POSTGRADO DE GINECOOBSTETRICIA****CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DE LA PLACENTA****PREVIA****CODIGO:** _____

Objetivo General: Describir las características epidemiológicas y clínicas de la placenta previa en pacientes de la sala de puerperio del Hospital Mario Catarino Rivas, durante el año 2016.

Instrucciones: llene la información que se le solicita a continuación:

A. Características epidemiológicas

Dimensión Persona:

1. Edad
2. Raza
3. Escolaridad
4. Estado Civil
5. Antecedentes Personales Patológicos
6. Historia Ginecoobstetrica
7. Control Prenatal
8. Edad Gestacional
9. Peso del Recién Nacido
10. Apgar del Recién Nacido

11. Medico Tratante (quien le hizo la Cesárea)

Dimensión Lugar:

1. Procedencia
2. US que refiere

Dimensión Tiempo:

1. Tendencia
2. Hora del Parto/Cesárea

B. Características Clínicas

Dimensión

Razonamiento Clínico

1. Síntomas
2. Signos
3. Laboratorio

Conclusión Diagnostica

1. Diagnostico Principal
2. Diagnostico Secundario

Tratamiento

1. Tratamiento Medico
2. Tratamiento Quirúrgico

Seguimiento

1. Estancia Hospitalaria

Condición al Egreso

3. Control en Consulta Externa