



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

**Centro Universitario Regional de Matagalpa,
UNAN CUR Matagalpa**

Monografía para optar al título de Médico y Cirujano General

Tema:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A PLACENTA PREVIA EN
EMBARAZADAS INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL CESAR AMADOR MOLINA - MATAGALPA, SEGUNDO
SEMESTRE 2022.

Autor:

Br. Hernández Osorio Elisa Fernanda
Br. Haar Ordoñez América Sofía
Br. Montenegro Jarquín Jeilin Paola

Tutor Clínico:

Dr. Luis Cesar Amador Salgado
Gineco-Obstetra – HECAM

Asesor Metodológico

Dr. Franklin Rene Rizo Fuentes

Matagalpa, Junio del 2024

Titulo

Factores de riesgo relacionados a placenta previa en embarazadas ingresadas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Cesar Amador Molina - Matagalpa, segundo semestre 2022

i. Dedicatoria

A Dios. Por darme sabiduría y perseverancia en este largo camino de enseñanzas y ayuda al prójimo.

A mis padres. Por su apoyo incondicional para lograr alcanzar nuestras metas y sueños de vida.

Finalmente, a los médicos y docentes que marcaron cada etapa de nuestra formación medica

Hernández Osorio Elisa Fernanda

Haar Ordoñez América Sofía

Montenegro Jarquín Jeilin Paola

ii. Agradecimientos

A Dios principalmente por ser un pilar en mi vida.

A la casa de estudios que nos otorgó el privilegio de formarnos para ser grandes profesionales como primera generación de médicos del municipio.

A nuestro Tutor por su apoyo y paciencia para realizar esta investigación.

Hernández Osorio Elisa Fernanda

Haar Ordoñez América Sofía

Montenegro Jarquín Jeilin Paola

iii. RESUMEN

El propósito de esta investigación fue determinar los factores de riesgo asociados a placenta previa en embarazadas ingresadas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Cesar Amador Molina - Matagalpa, en el segundo semestre del año 2022, debido a que en nuestro país existe una alta tasa de fecundidad por lo que es necesario detectar la causa más frecuente de esta patología en nuestra población y de esta manera dar soluciones significativas que puedan ayudar a evitar o disminuir la morbimortalidad perinatal. Por consiguiente, se planteó un estudio descriptivo, con enfoque mixto de corte transversal, el área de estudio fue el Hospital Escuela Cesar Amador Molina (HECAM), el estudio se realizó en las salas de gineco-obstetricia, el universo fueron todas las embarazadas que ingresan en la unidad de gineco obstetricia del HECAM, en el período de estudio, de donde se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia 32 embarazadas con diagnóstico de placenta previa ingresadas a la unidad de ginecoobstetricia. Entre las principales conclusiones de esta investigación encontramos que la característica demográfica más significativa de nuestra población en estudio es la edad, en relación a los factores encontrados que más se asociaron a la placenta previa fueron la multiparidad y cicatrices uterinas, siendo de esta el cuarto grado u oclusivo total, el tipo de placenta previa la más frecuentes de las gestantes. Como hallazgo importante dentro de las complicaciones obstétricas en mayor porcentaje encontramos las hemorragias postparto y atonía uterina, cabe señalar que en su totalidad se lograron egresos estables tanto maternos como neonatales, debido al cumplimiento y manejo normatizado, así como el personal de salud capacitado de la unidad hospitalaria. sin quitar merito a las unidades de atención primaria para reconocer factores de riesgos reproductivos.

Palabra clave: placenta previa, embarazadas, riesgos, complicaciones

iv. Carta Aval

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Por medio de la presente se informa, que la tesis para optar al título de
Médico y Cirujano General con el tema:
Factores de riesgo relacionados a placenta previa en embarazadas
ingresadas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Cesar Amador Molina -
Matagalpa, segundo semestre 2022,
y elaborado por las autoras:

Br. Montenegro Jarquín Jeilin Paola

Br. Hernández Osorio Elisa Fernanda

Br. Haar Ordoñez America Sofía

Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y
defendida ante un tribunal examinador.

Matagalpa 18 de octubre de 2023.

Una firma manuscrita en tinta que parece decir "L. Amador", escrita sobre una línea horizontal.

MSc. Luis César Amador Salgado

Ginecoobstetra

Didáctica y Metodología para la Educación Superior

Tutor de Tesis

ÍNDICE

1. CAPITULO 1: GENERALIDADES	1
1.1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:.....	4
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.4. OBJETIVOS	6
CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL	7
2.1. ANTECEDENTES	7
2.2. MARCO TEÓRICO.....	13
2.2.1. CONCEPTOS.....	14
2.2.1.1. PLACENTA PREVIA.....	14
2.2.1.2. EPIDEMIOLOGIA.....	16
2.2.1.3. ETIOLOGÍA.....	17
2.2.1.4. FACTORES DE RIESGO.....	17
2.2.1.5. OTROS FACTORES DE RIESGO	19
2.2.2 CLASIFICACIÓN.....	20
2.2.3 CUADRO CLÍNICO	22
2.2.4 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.....	24
2.2.5. COMPLICACIONES	30
2.3. MARCO LEGAL	33
2.4. PREGUNTAS DIRECTRICES	38
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	39
3.1. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN	39
3.2. ENFOQUE	39

3.3. TIPO DE ESTUDIO.....	39
3.4. ÁREA DE ESTUDIO.....	40
3.5. UNIVERSO.....	40
3.6. MUESTRA.....	40
3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LOS CASOS	40
3.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA LOS CASOS.....	40
3.8. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
3.10 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	41
3.11 ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO	41
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	43
CAPITULO V	59
5.1. CONCLUSIONES	59
5.2. RECOMENDACIONES	60
5.3. BIBLIOGRAFÍA.....	61
ANEXOS.....	

CAPITULO 1: GENERALIDADES

1.1. INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo. Sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso tanto para la madre, el hijo o de ambos. Existen indicadores que permiten valorar y medir el correcto desarrollo de un país, en Nicaragua esos indicadores se miden por las tasas de mortalidad materna y perinatal, ya que son indicadores que reflejan todas las condiciones de vida de la mujer, además de la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política, la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud y las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado. (INIDE, 2013)

Por consiguiente, el ministerio de salud de Nicaragua (MINSa), ha elaborado normas y protocolos que permiten reducir la mortalidad en las mujeres gestantes, esta metodología permite clasificar, manejar y tratar las patologías que ponen en riesgo a las embarazadas durante su gestación, dentro de estas patologías están las hemorragias obstétricas que es una de las causas de morbilidad y mortalidad materna más común en todo el mundo. El 73 % de las muertes maternas se deben a causas obstétricas directas, siendo la hemorragia obstétrica el 27.1 % de los casos. Las causas se pueden dividir en tres grupos importantes: placenta previa, placenta abrupta y otras causas. (MINSa-Normativa 109, 2018)

Una serie de factores de riesgo han sido descritos como significativos para su desarrollo, sobre todo que es más probable que esté relacionado con afecciones existentes antes del embarazo. Los factores de riesgo recopilados por el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) son antecedentes de placenta previa, parto por cesárea en embarazos previos, aumentando el riesgo a medida que aumentan la cantidad de cesáreas, multiparidad, abortos, edad materna avanzada, estatus de fumadora y concepción asistida. (Martinez G, 2015).

Esta implantación anómala puede llevar al desarrollo de complicaciones y morbilidades tanto en la madre como en el feto. Muchas de estas complicaciones están relacionadas directamente con el sangrado que provoca durante el embarazo. Estas mujeres embarazadas tienen 10 veces más probabilidad de sangrado durante su embarazo que mujeres embarazadas sin esta patología. Otras complicaciones a las que se asocia incluyen histerectomía (5.3 %), transfusión sanguínea (21.9 %), presentación anómala del feto (19.8 %), hemorragia postparto (1.4 %) y placenta acreta (3 %). Las complicaciones y morbilidades fetales se relacionan indirectamente con la prematuridad llevando la mortalidad neonatal a ser tres veces mayor en comparación con las muertes neonatales sin placenta previa. También se asocia a un APGAR menor de 7 después de 1 minuto y 5 minutos (25.3 %), malformaciones congénitas (11.5%) y restricción de crecimiento intrauterino (3.6 %). (Hernandez R, 2014)

En consecuencia, es de interés de las investigadoras realizar un estudio que permita determinar los factores de riesgo relacionados con placenta previa en mujeres embarazadas que son hospitalizadas en el área de obstetricia del Hospital Escuela Cesar Amador Molina de la ciudad de Matagalpa.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La primera descripción de la placenta previa fue la de Guillermeau en 1685, el cual aconsejó a los cirujanos que, en los partos, definieran qué se presentaba primero, si el feto o la placenta. En 1730 Giffart describió cómo la hemorragia en el parto se debía a la separación entre el orificio cervical interno y la placenta inserta en él. Fueron Levret (1750) en Francia y Smellie (1751) en Londres, quienes establecieron el concepto de placenta previa. Desde entonces, su manejo clínico es controvertido. En la actualidad la morbimortalidad producto de las hemorragias durante el embarazo es una de las primeras causas de muerte materna y fetal. (Arizapana C, 2018)

Los factores de riesgo que están relacionados con placenta previa son estudiados a lo largo del tiempo, a pesar de lo cual hay poca bibliografía con datos a nivel nacional, para poder equiparar con las publicaciones en la literatura de otros países. debido a que son pacientes de alto riesgo llevan al aumento de morbimortalidad maternas y neonatales.

Matagalpa, en los lugares más extraviados y de escasos recursos a menudo no hay un conocimiento pleno de las señales de alerta de placenta previa, lo que puede derivar en demoras para solicitar atención médica. Además, el sistema inadecuado de transporte y la necesidad de viajar largas distancias para llegar a una unidad de salud (que podría tener sólo recursos limitados para resolver el problema) aumentan el riesgo de hemorragia, que es la causa principal de muerte materna. Por lo que es necesario detectar la causa más frecuente en nuestra población de estudio de esta patología y de esta manera tratar de dar soluciones significativas que pueda ayudar a evitar o disminuir la morbimortalidad perinatal.

¿Cuáles son los Factores de riesgo relacionados a placenta previa en embarazadas ingresadas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Cesar Amador Molina - Matagalpa, en el segundo semestre del año 2022?

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son los Factores de riesgo relacionados a placenta previa en embarazadas ingresadas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Cesar Amador Molina - Matagalpa, en el segundo semestre del año 2022.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La placenta previa es una de las entidades causantes de la hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo, causante de la morbimortalidad materna perinatal en todo el mundo. La etiología de la placenta previa es desconocida; La etiopatogenia de la placenta previa no es del todo conocida. Generalmente se admiten dos posibilidades etiológicas (Martinez G, 2015); la primera estaría vinculada al propio huevo cigoto, la segunda, al terreno sobre el cual se realiza la implantación. (Doctor Enrique Guevara Rio, 2010)

Por tal razón, el propósito de la investigación es la de determinar los factores de riesgo relacionados a la placenta previa en embarazadas atendidas en el Hospital Cesar Amador Molina, Matagalpa. Al conocer los factores de riesgo asociado a placenta previa en dicho lugar de estudio se irá contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de estos factores ayudando en la atención y manejo de la gestante con placenta previa; y así también colaborar con el diseño de estrategias para reducción de la morbimortalidad materna y neonatal. Esto permitirá detectar cuál es el factor más frecuente en nuestra población de estudio de esta patología y de esta manera tratar de brindar soluciones significativas que ayuden a disminuir la morbimortalidad perinatal. Se propone realizar un estudio analítico descriptivo que determinará la incidencia de dichas patologías placentarias en pacientes con factores asociados a la problemática de estudio, con el propósito de predecir complicaciones hemorrágicas periparto, permitiendo realizar un diagnóstico precoz y conformar un equipo multidisciplinario en el manejo.

Identificar los factores que conlleva a la placenta previa no solo servirá para reducir la morbimortalidad materno infantil, si no también permitirá disminuir los gastos que ello conlleva, en su hospitalización prolongada o en los cuidados de la familia. Una vez identificados dichas características, se podrá intervenir en ellos, con el fin de disminuir importantemente la incidencia de estos casos.

1.4. OBJETIVOS

a) GENERAL

Analizar los factores de riesgo relacionados a placenta previa en embarazadas ingresadas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Cesar Amador Molina - Matagalpa, en el segundo semestre del año 2022.

b) ESPECÍFICOS

- 1- Caracterizar demográficamente la población en estudio.
- 2- Describir los tipos de placenta previa más frecuentes de las gestantes estudiadas
- 3- Identificar los factores asociados a placenta previa en las gestantes estudiadas.
- 4- Determinar los resultados maternos y fetales de la población estudiada

CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1. ANTECEDENTES

Dentro de los estudios más relevantes encontrados en relación con el tema de investigación se encontraron los siguientes.

a) Nivel internacional:

En Lima Perú, Morán J. (2018). Realizó un trabajo de investigación: “Edad Materna avanzada como factor de riesgo para placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2016” con el objetivo de determinar si la edad materna avanzada (gestante añosa) constituye un riesgo para placenta previa. Realizó un estudio analítico caso – control, para lo cual tuvo una muestra de 267 gestantes de las cuales 178 tenían placenta previa (caso) y 89 gestantes no tenían placenta previa (control). La cuantificación de riesgo lo realizó mediante el OR Odds Ratio >1. Llegó a la conclusión de que la edad materna avanzada sí es un factor de riesgo para placenta previa, donde las gestantes añosas (mayores a 35 años) tienen hasta 4 veces más riesgo que las gestantes jóvenes.

En relación con nuestra investigación de igual manera se analizará la edad materna de riesgo en nuestra población, en mujeres adolescentes y mayores de 35 años puesto que con el avance de la edad en mujeres gestantes supone una mayor morbilidad en desarrollar complicaciones obstétricas periparto, una causa de ellas es la variación en la inserción placentaria dentro del útero durante la gestación.

Pakistán, Karachi, (2018) La morbilidad asociada a placenta previa con y sin cesárea previa un estudio comparativo retrospectivo que tuvo como objetivo: comparar los embarazos de edad gestacional > 32 semanas, en el grupo de edad de 20 a 40 años diagnosticado de placenta previa dicho estudio tuvo como conclusión: la frecuencia de placenta previa fue significativamente mayor en pacientes con antecedentes de cesárea con corte del segmento inferior, asimismo también la placenta previa sigue siendo un importante factor de riesgo para diversas complicaciones maternas; siendo de forma similar en el grupo a estudio donde las cicatrices uterinas fueron un factor bastante común.

En Perú, Fernández O, (2017), Se realizó un estudio sobre placenta previa en el cual trata de encontrar los factores de riesgo asociados a ésta. La metodología empleada fue un análisis de caso, de tipo descriptivo, retrospectivo llegando a la conclusión de que la edad materna mayor o igual a 35 años es un factor de riesgo, al igual que la multiparidad, y el antecedente de cirugías uterinas previas. Asimismo, trata de encontrar los factores de riesgo asociados a acretismo placentario, pero no son motivo de nuestro estudio. Por lo que tal estudio al igual que este explica factores de riesgo para placenta previa, concluyendo que los tres principales factores de riesgo son las mujeres mayores de 35 años que tienen un mayor riesgo de desarrollar placenta previa, posiblemente debido a cambios en el tejido uterino y vascularización, la multiparidad y cirugías previas, factores los cuales resaltan en cada estudio por ser las principales causas, los cuales en este estudio tienen su alto porcentaje de incidencia.

Perú, Luque C. (2017), realiza un trabajo de investigación en el cual tiene como objetivo indicar la tasa de cesáreas y sus indicaciones, siendo la placenta previa oclusiva una indicación de cesárea. Materiales y métodos: El presente estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal de los datos de mujeres que tuvieron sus partos en las instalaciones del Hospital Es Salud III Puno durante el año 2016. Resultados: Hubo un total de 940 partos, con una tasa de cesáreas del 43,4%. Las indicaciones principales fueron: la cesárea previa con 25,5% y el sufrimiento fetal agudo con 18%. Los grupos 1 y 5 de Robson tuvieron la mayor contribución al porcentaje de cesáreas. Conclusiones: El Hospital Es Salud III Perú presentó, una tasa de cesáreas mayor a la recomendada por la OMS. Utilizando la clasificación de Robson se pudo determinar que la tendencia a operar a los grupos 1 y 5 fue mayor que en otros hospitales, lo que determino la alta tasa de cesáreas en esta institución.

En relación con dicha investigación se determinará la tasa de cesáreas una vez confirmado el diagnóstico de placenta previa, puesto que esta variante de inserción de la placenta supone un alto riesgo para la madre y el bienestar fetal, por

lo que la vía óptima para finalizar el embarazo es mediante intervención quirúrgica una vez el embarazo llegue a término.

Juliaca, Perú Álvarez I, (2016) Factores de riesgo asociados a gestantes con diagnóstico de placenta previa del Hospital Carlos Monge Medrano el cual tiene como objetivo identificar estos mismos. Realiza un estudio retrospectivo con una población muestral de 42 pacientes. Tiene como resultados: respecto al tipo de placenta previa 10% Marginal, 8% Parcial, 62% completa. Según el grupo etario se concluyó que 77% de las gestantes tenían mayor a 35 años, 4% menores de 15 años, y 19% entre 16 y 34 años. También se llegó a la conclusión que un hábito nocivo como es el tabaquismo sí influye como factor de riesgo de placenta previa. Respecto a la Paridad, se llegó a la conclusión que 83% de las gestantes con placenta previa eran multíparas y 17% primíparas. En relación con el antecedente de cesárea se concluyó que el 19% tuvo una cesárea, el 18% tuvo dos cesáreas, el 63% no tuvo ninguna cesárea. Cabe resaltar la multiparidad que coincide con los resultados encontrados, así como el tipo de placenta más común igualmente la oclusiva total.

Lima, Perú Guisado A. (2016) realizó un trabajo de investigación: "Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el 2015 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins" el cual pretendía identificar los factores de riesgo de las gestantes con diagnóstico de placenta previa, para esto realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, siendo la población y muestra 46 casos comprobado por ecografía en el segundo y/o tercer trimestre de gestación. Los resultados obtenidos fueron: el grupo etario más afectado fue las mujeres añosas con 54,3%, el 63% fueron multíparas, el 71,7% tuvo al menos una cirugía uterina previa. El legrado uterino fue la cirugía más frecuente con 28,3%, seguido de la combinación cesárea más legrado uterino con 21,7% y en tercer lugar la cesárea con 19,6%. El tipo de placenta previa más frecuente fue el total o completo con 71,7%, al igual que esta investigación, la incidencia de placenta previa aumenta con la edad materna avanzada. Las mujeres mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de desarrollar placenta previa en comparación con las mujeres más

jóvenes. Esto puede deberse a cambios en el tejido uterino o a condiciones asociadas con la edad que pueden afectar la implantación de la placenta, además de la multiparidad, factores de riesgos ya identificados en este estudio los cuales se encuentran al igual en altos porcentaje entre las principales causas, así como las cirugías anteriores.

b) Nivel nacional se encontraron las siguientes investigaciones:

La Hemorragia Posparto, es la primera causa de muerte registrada por el Ministerio de Salud (MINSA) en las estadísticas de los últimos 10 años. Managua, se realiza un estudio sobre placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón de enero a diciembre del 2014. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de conocer la asociación de placenta previa y cesárea anterior el lugar y periodo ya descrito. El universo quedó constituido por todas las pacientes que acudieron con placenta previa al hospital Bertha Calderón el cual se constituyó de 104 pacientes, de las cuales 39 pacientes conformaron la muestra, que estaba asociada a cesáreas anterior. Tuvo como resultados: en pacientes con placenta previa asociada a cesárea anteriores, el predominio se da en mujeres entre las edades de 21 a 35 años. Se finalizó el embarazo en la semana 37 de gestación.

De las 104 paciente con placenta previas 39 pacientes de estas estaban asociadas a cesáreas anteriores, la variedad de placenta previa que predominó fue la placenta previa parcial, dentro de las principales complicaciones que presentaron fue anemia, histerectomía, hemorragias postcesáreas, transfusiones e infección de la herida quirúrgica. En su mayoría tenía periodo intergenésico de 1 a 2 años y correspondía a la placenta previa parcial seguido la placenta previa marginal y previa oclusiva total. El resultado perinatal más frecuente fue bajo peso y asfixia siendo esto no tan relevante ya que en su mayoría los embarazos llegaron a término para su finalización. Por lo que se debe promover o fortalecer el mecanismo para el cumplimiento estándar

o protocolo para la realización de la operación cesárea con énfasis en las indicaciones, mediante la conformación de equipo o comité para decidir la realización del procedimiento de la operación cesárea en el caso que lo amerite, como cesárea programada, fortaleciendo el mecanismo de evaluación periódica de índice de cesárea y promover la sensibilización de los mecanismos encargados de las pacientes embarazadas acerca de los riesgos y beneficios de la operación cesárea. Hernández R. (2015)

Managua, (Montalvan A at el, 2019), Se realizó un estudio acerca del comportamiento clínico y epidemiológico de las pacientes embarazadas con diagnóstico de placenta previa atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero-diciembre 2019. Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con el objetivo de conocer el comportamiento de placenta previa en pacientes embarazadas en el lugar y período de estudio descrito anteriormente. El universo quedó conformado por todas las pacientes que fueron diagnosticadas con placenta previa en el Hospital Bertha Calderón Roque, las cuales en su total fueron 16, tomando como muestra solo a 15, debido que una paciente no cumplía con los criterios de inclusión. Las edades de las pacientes diagnosticadas con placenta previa tienen un dominio en mujeres de 20 a 34 años entre las semanas 29 y 36 de gestación siendo Multigesta en su mayoría, encontrando pacientes que presentaban 1 cesárea anterior. La mayor parte de las pacientes tenían período intergenésico mayor a 12 meses. La placenta previa fue la variedad más frecuente con respecto a placenta oclusiva total, dentro de los diagnósticos complementarios encontramos pacientes que presentaban datos de acretismo placentario, y la complicación más frecuente fue hemorragia severa por lo que se les ingresó a UCI. El resultado perinatal más frecuente fue la prematuridad.

Se establece relación con nuestro trabajo el determinar el diagnóstico de placenta previa desde edad gestacional temprana, identificando factores de riesgo como cesárea anterior, periodo intergenésico, edad materna o antecedentes maternos mediante mecanismos en la vigilancia estricta desde atención primaria en salud. De igual manera, la supervisión exhaustiva del cumplimiento de normas y

protocolos en el manejo de las pacientes embarazadas con placenta previa es de vital importancia para reducir el riesgo de morbi-mortalidad materna y perinatal por esta complicación.

La incidencia de placenta previa oscila entre 0,28% y 2%, en promedio 1/200 partos. Los estudios informan un patrón de causa-efecto para el riesgo de placenta previa sobre la base del número de cesáreas: 1 cesárea anterior La incidencia de placenta anormalmente adherente con invasión anormal dentro de la pared uterina ha aumentado 10 veces en los últimos 50 años, lo que refleja el número de cesáreas realizadas. El parto por cesárea anterior se asoció con un mayor riesgo de complicaciones placentarias en un siguiente embarazo, la placenta y placenta adherente. Los principales factores para la aparición de placentas anormalmente adherentes son la cesárea anterior con placenta previa; las que han tenido 2 o más partos por cesárea con placenta anterior en el embarazo actual; las variedades de placenta previa centro total tienen 40% más de posibilidades de desarrollar placenta adherente. (CARVAJAL J. & BARRIGA M, 2022)

2.2. MARCO TEÓRICO

Matagalpa como departamento se localizan en la región Centro-Norte del país, extensión territorial de 6,803.8 Km²; 5,2% del territorio nacional. Limita al norte con Jinotega, al este con 2 Regiones Autónomas de la costa caribe, al sur con los departamentos de Managua y Boaco, al oeste con Estelí y León. Dividida política y administrativamente en 13 municipios: Rancho Grande, Río Blanco, El Tuma-La Dalia, San Isidro, Sébaco, Matagalpa, San Ramón, Matiguás, Muy Muy, Esquipulas, San Dionisio, Terrabona y Ciudad Darío. Cabecera departamental, a 130 km de la Capital Managua. Como Sistema Local de

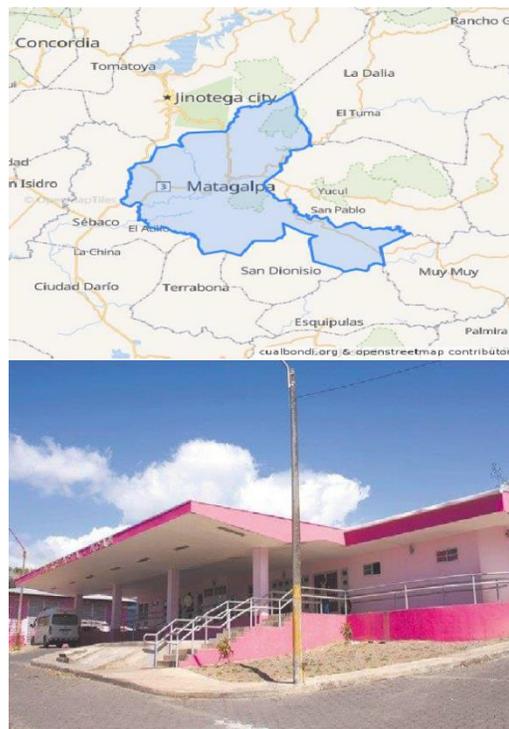


Ilustración 1: mapa del Dpto. y foto del HECAM

Atención Integral en Salud (SILAIS) atiende una extensión territorial de 11.552 km², 12% de la población nacional, distribuida en 1.085 comunidades, 62,4% rurales, 239 Barrios de ellos 37,6% urbanos. En la administración de salud le suma el municipio de Waslala.

En 2000–2019 el SILAIS de Matagalpa, se registraron 106 defunciones relacionadas con embarazo, parto y puerperio, 81.13% procedían de zona rural; 11.62% del total de fallecidas registradas en el país por dichas causas. La razón de mortalidad materna disminuyó de 106.4 por 100.000 nacidos vivos en 2005 a 31.7 por 100.000 en 2013 (9). En el año 2014 se registran 4 muertes maternas, 50% ocurrieron en puerperio y 50% en parto, 75% procedían de zona rural, 50% por retención placentaria, 25% por hipotonía uterina y 50% por neumonía, 75% obstétricas directas y 25% obstétricas indirectas; 75% fallecieron en la unidad de salud y 25% en el domicilio. El Hospital Escuela Cesar Amador Molina que es donde

se llevara a cabo esta investigación cuenta actualmente con una estructura dividida de la manera siguiente: Pediatría (Enfermedades Diarreicas Agudas, Enfermedades Respiratorias Agudas, Misceláneo, Neonato I, Neonato II, Emergencia, Consulta Externa y USIP. Cirugía y Ortopedia, quirófano, emergencia, consulta externa Medicina Interna, emergencia, consulta externa, clínica de la influencia. Fisioterapia Epidemiología, Patología y el área donde se estará llevando esta investigación que es Ginecología, Labor y parto, quirófano, consulta externa, gineco-obstetricia, puerperio y Alto Riesgo Obstétrico.

2.2.1. CONCEPTOS

2.2.1.1. PLACENTA PREVIA

Es aquella que por su inserción ocupa el segmento uterino inferior; tiene el inconveniente de que con la formación del segmento uterino inferior o con las contracciones uterinas se crea una zona de separación, produciendo un sangrado genital. Durante el embarazo, al distenderse el músculo uterino y encontrarse la placenta anómalamente ubicada en el segmento inferior, ésta no puede acompañar esa elongación por tener distinta distensibilidad, en consecuencia, se produce una rotura vascular interuteroplacentaria; durante el trabajo de parto se presenta sangrado por un mecanismo similar. (Doctor Enrique Guevara Rio, 2010)

Cuando se utiliza el termino placenta previa nos referimos a una variación anómala en la inserción de la placenta en el útero, generalmente en su parte inferior lo cual puede provocar complicaciones obstétricas como hemorragias por rotura de vasos placentarios durante el parto que comprometen el bienestar materno-fetal.

Actualmente las mujeres embarazadas con dicho diagnóstico realizado por profesionales de salud con las herramientas básicas para su detección, se les brinda información acerca de las señales de peligro en el tercer trimestre del embarazo como signo patognomónico el sangrado transvaginal y de esta manera realizar intervenciones oportunas.

La prevalencia de placenta previa es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas. El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas. También hay un mayor riesgo en otros casos de cirugía uterina como miomectomía o en antecedentes de legrado o extracción manual de placenta. (Doctor Enrique Guevara Rio, 2010).

En los casos donde hay antecedentes de intervención quirúrgica de cesárea aumenta la posibilidad de que se presente en los embarazos subsecuentes por la cicatriz intrauterina en los partos lo que provoca que la implantación se de en otros segmentos dentro del cuerpo de dicho órgano

Otras causas que pueden provocar variaciones en la implantación menos comunes en mujeres en edad fértil son en mujeres que han sufrido aborto y por ende se les practica legrado previo, o bien en mujeres que presentan tumoraciones dentro del útero. Esto provoca complicaciones en el desarrollo y crecimiento fetal.

Condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento inferior uterino a una distancia menor a 20 milímetros del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose así por delante del polo fetal. La prevalencia de placenta previa es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas. El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas. Esta complicación, supone el 20% de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación. (Doctor Enrique Guevara Rio, 2010). Cuando estamos ante pacientes con múltiples factores de riesgo para complicaciones muchos de estos que sumados hacen que sea un seguimiento más completo debido al alto riesgo de hemorragia y de aparición de placenta previa. En la práctica ocurre que no todas las pacientes son conscientes de este riesgo y tienden a menospreciar ciertos estudios y recomendaciones médicas.

Acretismo placentario es el término general que se emplea en casos en los que la decidua basal penetra dentro y a través del miometrio. De acuerdo con

el grado de invasión puede dividirse en acreta, increta y percreta. (MINSA-Normativa 109, 2018)

Los mecanismos a través de los cuales se presentan estas anomalías de placentación podrían ser:

a) Deficiente capacidad de fijación del trofoblasto, lo que provoca que el huevo fecundado se implante en la parte baja del útero.

b) Capacidad de fijación del endometrio disminuida por procesos infecciosos en zonas superiores del útero.

c) Vascularización defectuosa posterior a procedimientos quirúrgicos, como cesárea y legrados con el subsecuente desplazamiento de la placenta hacia el segmento inferior del útero.

2.2.1.2. EPIDEMIOLOGIA

En general, la incidencia de placenta previa es de 1 en 200 a 1 en 390 embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas. La frecuencia de aparición con la paridad aumenta. Para nulípara, la incidencia es de 0.2%, mientras que, en multíparas, puede ser mayor a 5% y la tasa de recidiva es de 4% a 8%. El factor de riesgo más importante para placenta previa es tener una cesárea previa. La placenta previa ocurre en el 1% de las embarazadas después de una cesárea. La incidencia después de 4 o más cesárea se incrementa a 10%. (Arizapana C, 2018) Solamente alrededor del 12% de las mujeres con placenta previa antes de las 20 semanas van a tener complicaciones a la hora de dar a luz. En las poblaciones de embarazadas hay que darles mucha importancia a los factores de riesgo por medio del interrogatorio, teniendo que la multiparidad, cesáreas anteriores son factores importantes para el desarrollo de complicaciones. En la práctica este grupo de pacientes con alto riesgo obstétrico necesitan valoración especializada que sea continua, así como eficaz al fin de prevenir ciertos resultados obstétricos lamentables.

En general, la incidencia de placenta previa es de 1 en 200 a 1 en 390 embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas. La frecuencia de aparición con la paridad aumenta. Para nulípara, la incidencia es de 0.2%, mientras que, en multíparas, puede ser mayor a 5% y la tasa de recidiva es de 4% a 8%. El factor de riesgo más importante para placenta previa es tener una cesárea previa. La placenta previa ocurre en el 1% de las embarazadas después de una cesárea. La incidencia después de 4 o más cesárea se incrementa a 10%. (Arizapana C, 2018) Solamente alrededor del 12% de las mujeres con placenta previa antes de las 20 semanas van a tener complicaciones a la hora de dar a luz. En las poblaciones de embarazadas hay que darles mucha importancia a los factores de riesgo por medio del interrogatorio, teniendo que la multiparidad, cesáreas anteriores son factores importantes para el desarrollo de complicaciones. En la práctica este grupo de pacientes con alto riesgo obstétrico necesitan valoración especializada que sea continua, así como eficaz al fin de prevenir ciertos resultados obstétricos lamentables.

2.2.1.3. ETIOLOGÍA

Existen condiciones que se asocian a una mayor incidencia de placenta previa: (Doctor Enrique Guevara Rio, 2010)

- a- Alteraciones endometriales o miometriales: antecedentes de cesárea, legrado uterino, multiparidad, edad sobre 35 años, miomas uterinos.
- b- Aumento relativo de la masa placentaria: embarazo gemelar, feto sexo masculino, tabaquismo y residencia en altura.

2.2.1.4. FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es aquello que aumenta la probabilidad de adquirir una enfermedad o afección. (Doctor Enrique Guevara Rio, 2010)

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

Tabla No 1. Factores de Riesgo para la aparición de placenta previa.

Evidencia sobre los factores de riesgo para desarrollar anomalías de inserción placentaria	Nivel de evidencia
•Edad ≥ 35 años	III
• Multiparidad	III
• Embarazo múltiple	III
• Anemia	III
• Cicatriz uterina previa (legrado, aspiración manual uterina, cesárea, miomectomía)	III
• Tabaquismo	III
• Uso de cocaína	III
• Espacios intergenésicos postcesárea < 12 meses el antecedente de cesárea es un factor de riesgo para desarrollar anomalías de inserción placentaria, el riesgo de placenta acreta si existe placenta previa aumentará en función del número de cesáreas anteriores:	III
• 1 cesárea: 11%	III
• 2 cesáreas: 40%	III
• 3 cesáreas: 61%	III
• 4 o más cesáreas: 67%	III

Tabla 1: factores de riesgo normativa Minsa

Fuente: (MINSA-Normativa 109, 2018)

2.2.1.5. OTROS FACTORES DE RIESGO

Tabaquismo, cocaína, razas negras y asiática, sexo masculino del feto e historia previa de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. (Doctor Rafael Caballero, 2005.)

Existen múltiples factores de riesgos los cuales aumentan las posibilidades de presentar PP con respecto al consumo de tabaco ya sea de forma directa o pasiva actúa provocando lesiones escleróticas en las capas de arterias uterinas, por lo que reduce el flujo sanguíneo a áreas del endometrio. Y en el caso de la raza las mujeres de raza negra tienen mayores riesgos de padecer de fibromas uterinos o tumores benignos.

Otros factores de riesgo son la edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida. Tiende a aumentar su incidencia en relación con el mayor número de operaciones cesáreas, legrados uterinos, abortos espontáneos o inducidos y en mujeres con elevada paridad Pacientes multíparas de 40 o más años tienen 5,6 veces más riesgo de padecer placenta previa que aquellas nulíparas con edad entre 20 y 29 años la fertilización asistida predispone a mayor incidencia de placenta previa. (Arizapana C, 2018)

Es fundamental que las mujeres embarazadas con factores de riesgo conocidos como los antes mencionados para placenta previa sean monitoreadas cuidadosamente durante el embarazo y reciban atención prenatal especializada para detectar y manejar cualquier complicación potencial. La detección temprana y el manejo adecuado pueden ayudar a reducir el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el bebé.

Cuando el estudio se realiza entre las semanas 16ª y 20ª la incidencia de placenta previa es 4% a 6% luego este porcentaje disminuye con el desarrollo del segmento intermedio que en la 20ª semana mide 0,5 cm y alcanza 5 a 10 cm en la

semana 34^a. Placentas previas que persisten en la semana 34^a difícilmente se corrijan en el momento del nacimiento. El sangrado se presenta en el 80% de las pacientes con placenta previa, con un primer episodio antes de la semana 36^a. La repetición del sangrado incrementa el riesgo de hemorragia grave, así el 60% de las pacientes entre 24^a y 36^a semanas de gestación presentan sangrado adicional. (Arizapana C, 2018)

La incidencia de placenta previa puede variar según las semanas de gestación del embarazo, en el III trimestre raramente se corrigen, al presentar placenta previa la sintomatología característica es el sangrado uterino el cual puede iniciar desde el segundo trimestre del embarazo. Es importante destacar que, incluso si se diagnostica placenta previa en el tercer trimestre, la placenta puede seguir moviéndose a medida que avanza el embarazo. En algunos casos, la placenta previa puede resolverse por sí sola antes del parto. Sin embargo, si persiste en el momento del parto, puede aumentar el riesgo de complicaciones, como hemorragia posparto.

Diagrama 1. Anomalías en la profundidad de inserción placentaria.



Ilustración 2: tipos de placentas previas

(MINSU-Normativa 109, 2018)

2.2.2 CLASIFICACIÓN

Estará determinada por la ubicación de la inserción placentaria de la siguiente manera:

Diagrama 2. Variantes de ubicación placentaria.

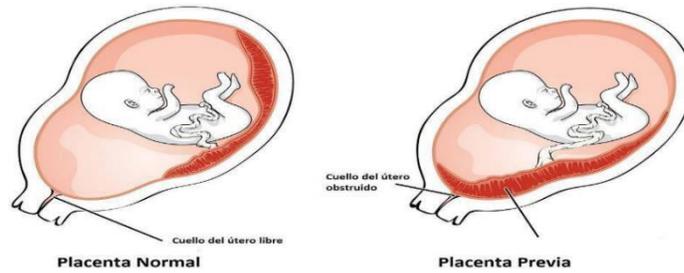


Ilustración 3: otras variantes de placenta previa

A su vez, la placenta con ubicación anormal placentaria se clasifica en:

Diagrama 3. Variantes de ubicación en placenta previa.

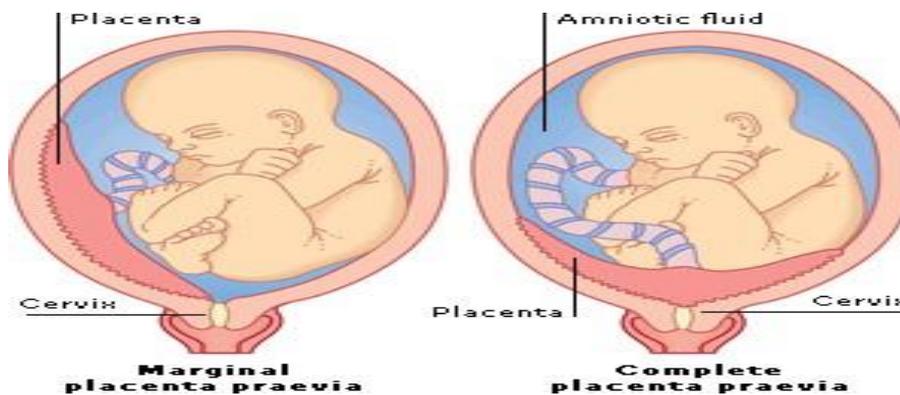
Placenta

Previa:

Borde inferior placentario llega a MENOS de 20 mm del OCI, ó en contacto

Placenta Oclusiva:

La placenta cubre parcial o totalmente el OCI.



Fuente: (MINSA-Normativa 109, 2018)

Clasificación de placenta previa:

Ilustración 4: otras variantes de placenta previas



Ilustración 5: clasificación de las placentas previas

Fuente: (MINSA-Normativa 109, 2018)

Durante el embarazo:

- Grado I. Placenta de Inserción baja. El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, no llegando hasta el orificio cervical interno sino a 2cm de éste.
- Grado II. Placenta marginal. La placenta llega justamente al borde del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasar.
- Grado III. Placenta oclusiva parcial. El orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.
- Grado IV. Placenta oclusiva total. El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta (CARVAJAL J. & BARRIGA M, 2022)

2.2.3 CUADRO CLÍNICO

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE PLACENTA PREVIA Y DPPNI

Cuadro clínico	Placenta Previa	DPPNI
Inicio	Insidioso	Brusco
Hemorragia	Externa	Interna o mixta
Sangrado	Rojo brillante	Rojo oscuro
Hipertensión	No	Frecuente
Shock	Ocasional	Frecuente
Dolor	No	Si
Útero	Relajado	Hipertónico (útero leñoso)
Palpación fetal	Normal	Difícil
Cicatriz uterina	Eventualmente	No
Ecografía	Placenta previa	Placenta normo inserta, en ocasiones se aprecia un hematoma retro placentario
Contracción uterina	Generalmente No	Si o (hipertonía uterina)
Bienestar fetal	Normal	Alterado

Tabla 2: cuadro clínico en placenta previa

También se deben considerar todas aquellas causas de hemorragia, durante la segunda mitad de la gestación: lesiones vaginales o cervicales, (pólipos, neoplasias, lesiones traumáticas etc..) o la rotura de vasos previos, que se caracteriza por la aparición de la hemorragia, justo tras la rotura de las membranas y que afecta rápidamente al feto.

Por último, se debe establecer el diagnóstico diferencial con la rotura uterina durante el embarazo. Su frecuencia es muy baja. El antecedente de una operación anterior sobre el útero, (cesárea, miomectomía), el cuadro de abdomen agudo, la palpación superficial de las partes fetales, el cuadro de shock, inclinarán el diagnóstico de rotura uterina (Doctor Enrique Guevara Rio, 2010)

La ruptura del útero es una emergencia obstétrica en la que se produce una separación completa o parcial de las capas del útero, lo que puede resultar en hemorragia interna y externa grave, por lo tanto, es importante tener en cuenta antecedentes de cirugías anteriores en la historia clínica del paciente.

2.2.4 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Debe determinarse la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2º y 3º trimestre. Si existe sospecha de placenta previa, en placentas bilobuladas y en gestaciones gemelares realizar una ecografía transvaginal para confirmar o no el diagnóstico.

La ecografía confirma el sitio de implantación, cuando se efectúa transvaginal tiene una sensibilidad de 87,5% y una especificidad de 98,8%. También podrá efectuarse por vía translabial o transperineal (Guías clínicas, 2010)

La ecografía transvaginal como método diagnóstico es seguro y presenta mejores resultados que por vía abdominal para determinar la localización de la placenta, para evitar falsos positivos se considera una opción idónea por vía vaginal incluso en casos donde haya sangrado activo.

En la actualidad su empleo no aumenta el riesgo de hemorragia en mujeres gestantes, si se diagnostica dicha variación de implantación a las 20 Semanas de gestación, debe darse un seguimiento durante todo el embarazo para corroborar la migración de la placenta en los segmentos del útero hasta el tercer trimestre.

La evaluación de una placenta previa en la ecografía transvaginal incluye:
(Arizapana C, 2018)

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

En mujeres asintomáticas con diagnóstico de placenta previa se recomienda realizar ecografía en el tercer trimestre para confirmar el tipo de placenta previa, las características de la misma la ubicación exacta y de esta manera planificar la vía de parto más adecuada.

En casos de mujeres gestantes con cesárea anterior es importante descartar dos problemas que pueden ir asociados como es placenta previa y acreta, donde las vellosidades placentarias se extienden por el musculo uterino. El tratamiento que se realiza es con cesárea programada sin embargo en pocas ocasiones ocurren complicaciones graves por hemorragia hasta provocar shock hipovolémico que compromete la vida de la mujer lo cual obliga a realizar una histerectomía obstétrica.

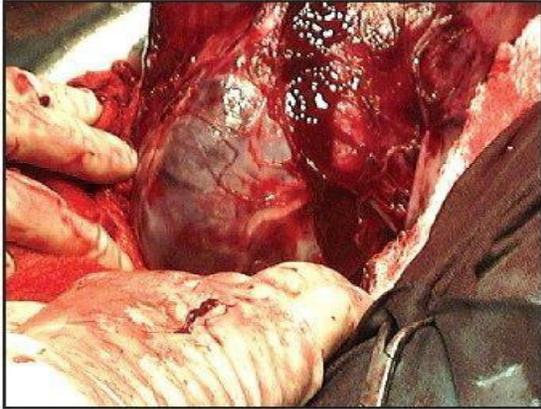
Los criterios ultrasonográficos de placenta acreta que incluyen (Ramírez C.J., Navarrete D.M., et al. 2021)

- Pérdida o adelgazamiento de la zona hiperecogénica miométrial retroplacentaría normal menor a 2 mm de espesor. Si esta esta conservada, el riesgo de presentar acretismo disminuye a menos del 10%.
- Adelgazamiento o disrupción de la interface serosa hiperecogénica, entre el útero y la vejiga.
- Masa focal exofítica o extensión de la placenta a través de la serosa, fuera del cuerpo uterino. Esto es patognomónico de la placenta percreta.
- Presencia de numerosos lagos vasculares intraplacentarios, como criterio de riesgo adicional para placenta ácreta. Es el signo más sensible (presente en el 87% de las pacientes con placenta ácreta), incrementa el riesgo de histerectomía y triplica el riesgo de pérdidas hemáticas en quienes la tiene. incluyen:
 - Adelgazamiento progresivo y desaparición de la zona miometrio hiperecogénica retroplacentaría en exámenes secuenciales.
 - Disminución del patrón de flujo venoso normal por estudio Doppler del margen periférico de la placenta.

La ecografía transabdominal mostró ser suficiente para un diagnóstico confiable, sin la participación de técnicas de Doppler color o Power Doppler, cuando se encontraron los criterios de placenta ácreta. La ecografía transvaginal permite una mayor seguridad diagnóstica en muchos casos pues da una mayor información (Arizapana C, 2018) sobre la inserción placentaria en pacientes con placenta previa.

La ecografía abdominal es una herramienta importante en el diagnóstico de la placenta previa durante el embarazo. Sin embargo, la precisión de la ecografía abdominal para detectar la placenta previa puede variar dependiendo de la posición de la placenta, la habilidad del operador y el equipo utilizado.

En la mayoría de los casos, la ecografía transabdominal se realiza inicialmente como parte del control prenatal rutinario para evaluar la ubicación y la salud de la placenta. Durante la ecografía abdominal, el médico o el técnico de ultrasonido examinará la posición de la placenta en relación con el cuello uterino y determinará si hay placenta previa.



(Hernandez R, 2014)

Ilustración 8: imagen de cesárea

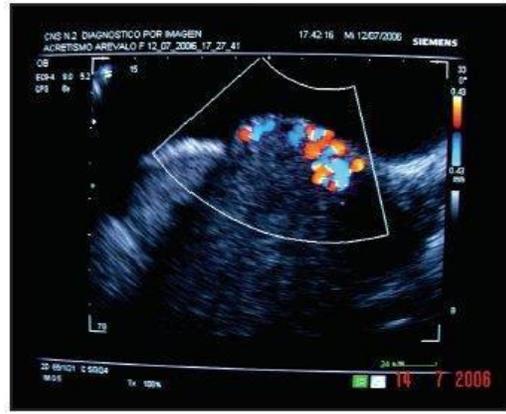


Ilustración 7: ecografía de placenta previa

Ecografía Doppler color de una paciente con placenta previa e historia de cesárea anterior que muestra los puentes vasculares entre la placenta y el miometrio y los lagos vasculares adyacentes. La ecografía de escala de grises previa ya había detectado el adelgazamiento de la zona hiperecogénica miometrial retroplacentaría. Se realizó la cesárea e histerectomía programada; la histopatología confirmó el diagnóstico. Aunque los hallazgos ecográficos transabdominal y transvaginal no son definitivos, ellos son consistentes con el diagnóstico histopatológico sobre todo en la placenta percreta. En casos de acretismo el Doppler color y el powerDoppler muestran la marcada vascularización y vascularización anormal del sitio de implantación de la placenta, pero esto no aportaría información adicional a la confiabilidad diagnóstica hecha por un operador experimentado utilizando los criterios de Finberg y Williams. (Hernandez R, 2014)

Este estudio ultrasonográfico con alta confiabilidad en casos de hallazgos de acretismo el cual se considera una rara y en ocasiones fatal complicación del embarazo. Una vez habiendo detectado los cambios estructurales de placenta y vasos sanguíneos se podrán tomar decisiones para reducir la morbi-mortalidad.

En nuestro medio se considera una de las causas más importantes de urgencias obstétricas, ya que puede llevar a una hemorragia masiva y supone un riesgo tanto para madre como para el feto.

El powerDoppler puede diferenciar entre várices vesicales y placenta percreta, demostrando claramente la ausencia de basculara anormal entre las varices y la placenta. Ecografía transvaginal con Power Doppler en una paciente con placenta previa que delinea más los vasos anormales que penetran a la capa miometrial. (Hernandez R, 2014)

La ecografía de escala de grises previa mostró un adelgazamiento focal de la zona hipoecogénica miometrial retroplacentaria. La ecografía con Doppler color también mostró una vascularización uteroplacentaria anormal. La histopatología confirmó el diagnóstico.

Cuando la placenta se inserta en la cara posterior del segmento, esta fuera del campo visual de la ecografía transabdominal y es dificultosa la evaluación ecográfica transvaginal, es mejor y la mayor la información que brinda la Resonancia Magnética Nuclear (RMN). (Hernandez R, 2014). Existen medios auxiliares que ayudan a una mejor visualización y correcto diagnostico en situaciones especiales. En las unidades ciertos medios diagnósticos son de difícil acceso sin embargo si el caso lo necesita solo con una correcta valoración inicial se puede identificar dicha necesidad tempranamente.

Solamente en estos casos la RMN aporta información adicional; por este motivo se recomienda que en pacientes con alto riesgo de placenta acreta, el uso de resonancia magnética nuclear debe reservarse para las pacientes con inserción placentaria difícil de evaluar con ultrasonografía. Sin embargo, algunos autores refieren que la RMN brinda una mejor delineación de planos tisulares, permite obtener imágenes anatómicas precisas de pared uterina, de la vascularización y

otras estructuras pelvianas. El uso de Gadolinio, como contraste permite una neta diferenciación entre la placenta y la pared uterina que permitiría ver el grado de invasión placentaria, lo cual nos permitiría hacer el diagnóstico diferencial entre placenta acreta y percreta. Estas experiencias han hecho que muchos centros hospitalarios utilicen ambos métodos diagnósticos. (Hernandez R, 2014).

El uso de resonancia magnética en situaciones donde se tienen dudas para un diagnóstico preciso es de gran importancia para un manejo correcto, así mismo la realización de estudios que incluyan estos medios para enriquecer las bases del estudio de la placenta previa. En la práctica no siempre se cuenta con dichos medios pero su conocimiento es básico, así como saber identificar debilidades de la ecografía.

La sensibilidad y la especificidad de la ecografía en el diagnóstico de placenta ácreta es alrededor de 85 % Y 92 % respectivamente. La adición de Resonancia Magnética Nuclear incrementa la sensibilidad y especificidad cercana al 100 % para evaluar el grado de invasión, pero no para hacer el diagnóstico (Hernandez R, 2014). La ecografía tiene bastante porcentaje para realizar un diagnóstico de placenta previa con resonancia magnética se mejora este diagnóstico en casos de mayor complejidad; en las unidades a nivel nacional se tiene a disposición la ecografía, así como un equipo especializado y que tiene una constante actualización en dichos diagnósticos y para su correcto abordaje.

✓ **LOS CRITERIOS QUE INDICAN ACRETISMO PLACENTARIO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA SON:**

- Bandas intraplacentarios de baja intensidad en T2, cuyo volumen se corresponde con la invasión placentaria.
- Señal de intensidad heterogénea en la placenta.
- Engrosamiento uterino por efecto masa de la placenta. Interrupción focal de la pared miometrial.
- Adelgazamiento miometrial, con una anchura inferior a 1 mm en el lugar de implantación de la placenta. • Vejiga en tienda de campaña.
- Invasión de tejido placentario fuera del útero. Las bandas intraplacentarios o las lagunas venosas (en la ecografía) corresponden a zonas de infarto y hemorragia placentaria y se observan con frecuencia en la cara materna de la placenta.

2.2.5. COMPLICACIONES

Normalmente, la placenta se separa espontáneamente de su sitio de implantación en los minutos que siguen al parto. En algunos casos, ello no ocurre o lo hace mucho después del tiempo estimado, en ocasiones esto se debe a una anormal implantación de la placenta al útero, denominándose a este cuadro acretismo placentario. La placenta ácreta, es un trastorno adherencial de la placenta, que puede resultar, en un sustancial aumento de la morbilidad y mortalidad materna por la hemorragia obstétrica grave que produce. En el pasado y aun actualmente el diagnóstico primario se hace intraparto, reconociéndose por la firme adherencia de la placenta al útero. Este intento de separación de la placenta provoca una hemorragia profusa que amerita en ocasiones una histerectomía postparto de urgencia. (López Garrido M.C. y Vico Zúñiga. Noviembre 2021)

El acretismo placentario es una condición en la cual la placenta se adhiere anormalmente al útero, penetrando en la capa muscular del mismo. Esta condición puede presentarse de diferentes formas, como placenta acreta, increta o percreta, dependiendo del grado de penetración de la placenta en las capas del útero.

La confirmación definitiva del acretismo placentario se realiza durante la cirugía, como una cesárea o una histerectomía. Durante la cirugía, los médicos inspeccionan visualmente la placenta y el útero para determinar el grado de adherencia y la extensión de la invasión placentaria.

Este trastorno puede y debe ser sospechado en presencia de factores de riesgo definidos, como la placenta previa, cesáreas anteriores, legrados uterinos, reiterados, miomectomía, etc. En estos casos y ante la presencia de factores de riesgo se deben dirigir los métodos diagnósticos para confirmar o descartar esta situación. (López Garrido M.C. y Vico Zúñiga. Noviembre 2021)

Placenta acreta (15.25% de los pacientes), increta o percreta y prematuridad. Las placentas, tanto acreta como increta y más aún la percreta, dan lugar a un sin fin de complicaciones. (López Garrido M.C. y Vico Zúñiga. Noviembre 2021)

La placenta acreta, increta y percreta implica una evaluación detallada de la placenta y su invasión en las capas del útero.

La placenta acreta con frecuencia se asocia a placenta previa, lo que constituye una gran dificultad cuando se trata de resolver una placenta previa de primer o segundo grado (placenta baja) por vía vaginal, pudiendo dar graves hemorragias.

La placenta acreta es una complicación grave del embarazo en la que la placenta se adhiere anormalmente al útero, penetrando en la capa muscular del útero. Este trastorno puede causar graves complicaciones durante el parto, como hemorragia posparto y la necesidad de una histerectomía de emergencia.

Es importante tener en cuenta que la presencia de uno o más factores de riesgo no garantiza que una mujer desarrollará acretismo placentario, pero aumenta la probabilidad. La detección temprana y la atención prenatal adecuada son esenciales para identificar y manejar el acretismo placentario de manera efectiva y minimizar el riesgo de complicaciones durante el parto.

El diagnóstico prenatal de acretismo placentario y sus variantes, permite realizar una adecuada planificación quirúrgica y preparación de la paciente, disminuyendo las complicaciones. Este diagnóstico debe ser hecho entre las 30 o 34 semanas de embarazo. Es un término utilizado para describir una implantación placentaria en la que hay una adherencia anormal a la pared uterina de la gestante; incluye tres variantes; acreta, en la que las vellosidades placentarias están en contacto con el miometrio, increta en la cual las vellosidades invaden miometrio, percreta, en la cual atraviesan toda la capa miometrio llegando a la serosa y en ocasiones traspasándola e involucrando incluso órganos y tejidos vecinos. (Arizapana C, 2018)

Esta adherencia anormal, resulta de una ausencia de la decidua basal parcial o completa y el desarrollo incompleto de una capa de fibrina, la capa de Nitabuch, de forma que la línea de separación fisiológica entre la capa esponjosa de la decidua y el miometrio está ausente. A causa de esta alteración, la adherencia anormal puede afectar a uno o varios cotiledones o incluso a toda la placenta, constituyendo la placenta ácreta focal, parcial o total respectivamente.

Normalmente, la placenta se ubica en el área superior del útero, sin embargo, hay casos en que se implanta y desarrolla en la parte baja, cubriendo parcial o totalmente el orificio cervical interno, es decir, el agujero de salida del útero hacia el canal del parto.

La embarazada con placenta previa tiene mayor riesgo de hemorragia severa shock e incluso la muerte si no es manejada a tiempo. También aumenta el peligro de adherencias patológicas del tejido placentario a la pared uterina lo que se conoce como acretismo, lo que incrementa las probabilidades de parto prematuro y se asocia a mayor morbimortalidad perinatal.

2.2.6. COMPLICACIONES FETALES

Las causas más habituales de mortalidad fetal son la prematuridad (60- 80%), la anoxia, la anemia, los traumatismos obstétricos y las malformaciones. En cuanto a la morbilidad fetal hay que destacar que es más frecuente el retraso de crecimiento intrauterino, lo que implica un incremento de los recién nacidos de bajo peso. Incluso se ha descrito que a los 4 años los niños nacidos de madres con placenta previa tenían menor peso, talla y circunferencia cefálica que el promedio. (Arizapana C, 2018). Debido a la complejidad de las placentas previas no solo cursa con complicaciones maternas si no también fetales, lo principalmente afectado su peso y el poder llegar una gestación a término. En las unidades de salud es importante la valoración multidisciplinaria un equipo que incluya especialista en neonatología que valoren la atención para el recién nacido y se minimicen las consecuencias a corto y largo plazo.

2.3. MARCO LEGAL

La presente Norma se fundamenta en la Constitución Política de la República en su capítulo V, Arto 74, “Derechos de la familia”, la cual expresa que la mujer tendrá especial atención durante el embarazo.

La Ley General de Salud tal y como lo establece en el título I, Capítulo I, Arto 4: “Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar acciones de salud”, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en disposiciones legales especiales”.

En su Título II, Capítulo I, Arto7, Numeral 6: “Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las instituciones proveedoras de los servicios de salud de naturaleza pública”.

El Reglamento de la Ley General de Salud establece en su Título VII, Capítulo II, Sección I, Arto 50, “Para el cumplimiento del Paquete Básico de Servicios de Salud, el I Nivel de atención, se regirá conforme los programas, manuales y protocolos de atención, definidos por el Ministerio de Salud”.

En su Título VII, Capítulo II, Arto 75, “Los proveedores de servicios de salud con independencia de su naturaleza jurídica, cumplirán estrictamente los manuales y otras disposiciones sobre calidad, ética e información Epidemiológica y de Gestión establecida para ellos”, en su Arto 80, numeral 4 y 5 establece, “Los establecimientos proveedores de servicios de salud de carácter privados, tiene las obligaciones siguientes:

- ✓ Cumplirán con los manuales correspondientes.
- ✓ Cumplirán con los estándares de calidad”.
- ✓ En su capítulo VII, Sección 2, Funciones de los Hospitales, Arto 96, numeral 2, 4, 6 y 8:
- ✓ Brindar servicios de salud a la población, de acuerdo con su capacidad resolutive.
- ✓ Ejecutar protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de usuarios.
- ✓ Garantizar la seguridad de las y los usuarias/os velando porque las prácticas y tecnologías sean seguras y confiables.

En su Sección 3, Arto 108, “Para la elaboración y validación de protocolos de atención se conformarán grupos de expertos adscritos a la instancia que atiendan los servicios de salud”. En su Arto 109, “Ningún nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico puede ser introducido en el hospital si no es autorizado por las instancias correspondientes del Ministerio de Salud, y revisado técnicamente por el comité de evaluación de calidad del Hospital.

En su Título IX, “Sistema de Garantía de Calidad”, Capítulo I, Aspectos Generales, Arto 122, numeral 1 y 2, Para el cumplimiento de las funciones el Sistema de Garantía de Calidad, el MINSA deberá:

- ✓ Normar los aspectos técnico- administrativos para garantizar la calidad en la provisión de los servicios de salud, en los establecimientos públicos y privados que conforman el sector salud.
- ✓ Promover una cultura de calidad en los usuarios y proveedores de los servicios de salud. En su Capítulo V, " Del ejercicio profesional", Arto 165, "El MINSA, en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley y a través de la Dirección de Regulación de Profesionales de la salud, administrará el registro Nacional de profesionales y técnicos de la salud, con el objeto de promover el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, fortaleciendo el proceso de actualización y especialización profesional".

En su Arto 169, establece, "El profesional de salud, deberá agregar su firma al código referido en el artículo que precede para cualquier trámite de autenticación de documentos, como certificado de salud, recetas, subsidios, hoja de defunción, nacimiento, epicrisis, historia clínica, exámenes de laboratorio, entre otros".

En su Arto, No 170. Con el objeto de velar que se cumpla la función social del ejercicio profesional, el MINSA, deberá:

- Regular el cumplimiento de la prescripción de medicamentos, en donde los únicos autorizados son los profesionales de la salud con título de doctor en medicina y cirugía /especialidades /cirujano /dentista /especialidades.

En su Arto 174, establece, "El personal no profesional autorizado para la provisión de servicios en materia de obstetricia podrá atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso de ello al establecimiento de salud más cercano por medio de tercera persona, en un plazo máximo no mayor de siete días".

Compromisos de país a nivel internacional: La Conferencia mundial de población celebrada en Bucarest en 1974 declaró que: “Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos”. 1 En varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar.

- ✓ En diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- ✓ En 1984 en la Ciudad de México, en la Conferencia Internacional sobre Población en 1985, en Nairobi, en la Tercera Conferencia sobre la Mujer;
- ✓ En 1989 en Ámsterdam en el Foro Internacional sobre Población en el siglo XXI.
- ✓ En 1993, en Viena, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos.
- ✓ En 1994, La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, constituyó un espacio de reflexión de la Comunidad Internacional acerca de los Derechos de las Personas en relación a la reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano.

Por primera vez los Gobiernos reconocieron internacionalmente los Derechos Reproductivos contenidos en documentos internacionales sobre los derechos humanos. La Calidad de Vida y la Planificación Familiar fueron establecidos como Principios Fundamentales, así como se afirmó el Derecho Universal a la Salud Sexual y Reproductiva, la Opción Libre e Informada, el Respeto a la Integridad Física y el Derecho a no Sufrir Discriminación ni Coerción en todos los asuntos relacionados con la Vida Sexual y Reproductiva de las Personas.

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja e individuo de decidir, libre y responsablemente, la cantidad

de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductivo (párrafo 95, Beijing Platform for Action, 1995).

2.4. PREGUNTAS DIRECTRICES

- ✓ ¿Cuáles son las caracterizaciones demográficas de la población en estudio?
- ✓ ¿Qué factores son los que se asocian a placenta previa en las gestantes estudiadas?
- ✓ ¿Cuáles son los tipos de placenta previa más frecuentes de las gestantes estudiadas?
- ✓ ¿Cuáles sería los resultados maternos y fetales de la población estudiada?

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN

Ricoy (2006) indica que el “paradigma positivista se califica de cuantitativo, empírico-analítico, racionalista, sistemático gerencial y científico tecnológico”. Por tanto, el paradigma positivista sustentará a la investigación que tenga como objetivo comprobar una hipótesis por medios estadísticos o determinar los parámetros de una determinada variable mediante la expresión numérica. El tipo de investigación es positivista porque tiene como finalidad la obtención y recopilación de información para ir construyendo una base de conocimientos, que se va agregando a la información previa existente.

3.2. ENFOQUE

Blasco (2007) define que: La metodología mixta es un diseño de investigación en el que los investigadores recopilan, analizan y combinan (integran o conectan) datos cuantitativos y cualitativos en un solo estudio o programa de investigación multifásica. Por lo tanto, se considera que esta investigación tiene un enfoque mixto de corte transversal, como un tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población, en este caso de manera prospectiva según su tiempo de ocurrencia.

3.3. TIPO DE ESTUDIO

El diseño descriptivo busca caracterizar, exponer, describir, presentar o identificar aspectos propios de una determinada variable, por ejemplo, expresar en forma de porcentajes el número de participantes que presentan la característica de interés en el estudio (Arguedas, 2009). El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo; porque determina la situación y describe el comportamiento de las características clínicas y epidemiológicas de la patología seleccionada.

3.4. ÁREA DE ESTUDIO

Fue el Hospital Escuela Cesar Amador Molina (HECAM), es un centro hospitalario de referencia de la zona norte del país, este cuenta con todas las especialidades de atención en salud, pero específicamente el estudio se realizará en las salas de gineco-obstetricia, las cuales están divididas en sala de ARO, puerperio, ginecología y labor y parto.

3.5. UNIVERSO

Pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Escuela Cesar Amador Molina de Matagalpa, con diagnóstico de placenta previa en el periodo de estudio, siendo la población de 32 embarazadas.

3.6. MUESTRA

El tamaño de la muestra es de 32 embarazadas con diagnóstico de placenta previa ingresadas a la unidad de gineco-obstetricia del Hospital Escuela Cesar Amador Molina. Seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, a las cuales se les aplico criterios de inclusión y exclusión, cumpliendo los 32 sin excluir a ninguno.

3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LOS CASOS:

- ✓ Embarazadas ingresada en salas de ginecología del HECAM.
- ✓ Diagnosticadas con placenta previa.
- ✓ Que estén dentro del periodo de estudio.
- ✓ Con información de los expedientes completos

3.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA LOS CASOS:

- ✓ Gestantes que no sean diagnosticadas con placentas previas.

- ✓ Que no estén dentro del periodo de estudio.
- ✓ Historias clínicas con información incompleta.
- ✓ Historias clínicas con desprendimiento prematuro de placenta.
- ✓ gestantes con diagnóstico de acretismo placentario

3.8. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- ✓ Para obtener la información para el estudio se procederá a realizar las siguientes actividades:
- ✓ Selección del lugar donde se realizará el estudio.
- ✓ Coordinación con las autoridades responsables.
- ✓ Revisión y elaboración del instrumento (ficha de recolección de datos)
- ✓ Validación de instrumentos a ser utilizados.
- ✓ Recolección de información.

3.10 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Creación de base de datos.

- a) Codificación de instrumentos.
 - b) Control de calidad de la información recolectada.
 - c) Introducción de datos.
 - d) Análisis por frecuencia y porcentajes de los datos en el programa SPSS
- 23
- e) Resumen de resultados en cuadros.
 - f) Presentación de resultados en gráficos según variables.

3.11 ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

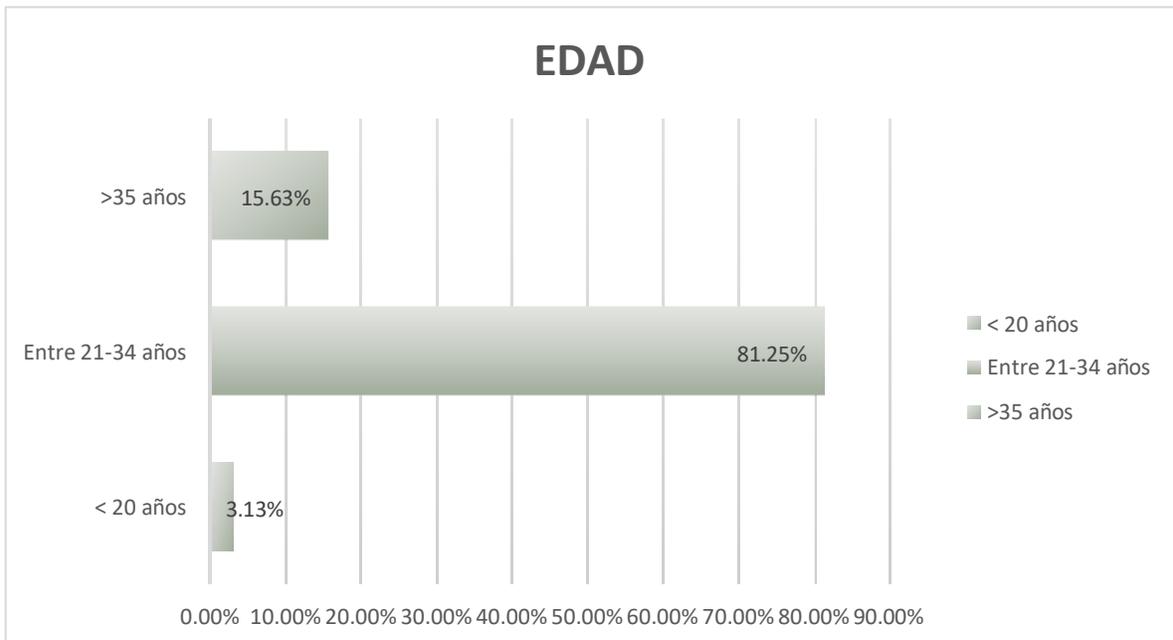
Se solicitó por escrito a las autoridades del Silais Matagalpa y HECAM, el permiso para realizar la investigación, garantizando los derechos de las pacientes y su expediente clínico que se involucran en el estudio, promoviendo la no

discriminación, por lo que no serán publicados los nombres de los investigados, ni otra información que comprometiera la identificación del mismo. Los investigadores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el análisis de los resultados de los 32 expedientes revisados en la investigación, para determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a la placenta previa en embarazadas atendidas en el Hospital Cesar Amador Molina, Matagalpa. Se encontró que, en relación a las características demográfica de la población en estudio, la edad materna que más predominó fue la de 21 a 34 años con un 81.25%, menores de 21 años 3.13% y mayores de 35 años un %. En relación a estudios de otro autores a nivel internacional no coinciden con los datos encontrados ya que según el grupo etario predominante de las gestantes el 77% eran mayor de 35 años, 4% menores de 15 años, y 19% entre 16 y 34 años.

Diagrama 1



Aunque otros estudios han demostrado que las mujeres mayores de o igual a 35 años de edad son tomadas como factor de riesgo para placenta previa ejemplo de eso (Pakistán 2014 realizó un trabajo de investigación: "Principales factores de riesgo asociados a placenta previa" Como resultados se observó que el número

máximo de mujeres se encontraba en el grupo de edad ≥ 35 años que representaba el 43.1% de las mujeres) el nuestro no demuestra este dato, ya que apenas el 18.% cumple con este punto. Sin embargo la literatura asocia factores como la multiparidad y la edad, incluso en estudios analíticos y comparativos relacionados a placenta previa, llegó a la conclusión de que la edad materna avanzada sí es un factor de riesgo para placenta previa, donde las gestantes añosas (mayores a 35 años) tienen hasta 4 veces más riesgo que las gestantes jóvenes. Morán J, (2018).

Sin embargo en nuestro país estos datos se relaciona con estudios realizados en la capital Managua donde las edades de las pacientes diagnosticadas con placenta previa tienen un dominio en mujeres de 20 a 34 años. La literatura médica es clara y señala que los riesgos para la salud aumentan cuando la madre es adolescente o tiene más de 35 años, debido a que las condiciones psicosociales repercuten en mayor cantidad y existe una mayor incidencia de complicaciones e intervenciones obstétricas, sin embargo, en nuestro estudio las edades menores de 19 o mayor de 35 años en las mujeres de nuestra muestra se relacionaba con poca incidencia de placenta previa.

Diagrama 2

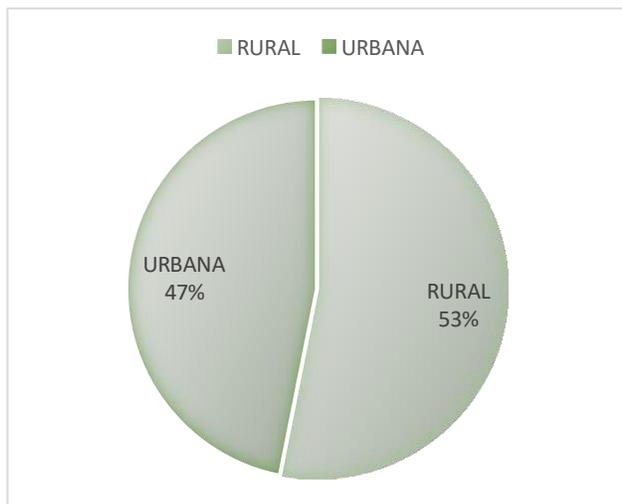
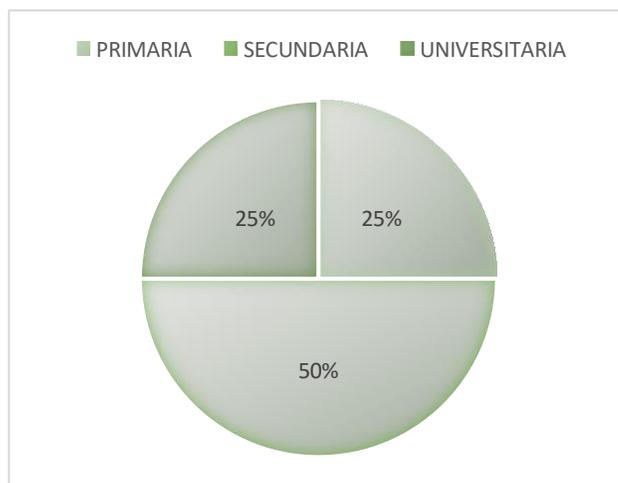


Diagrama 3



La zona de mayor valor fue la rural con un 53.13%, además el estudio muestra que el nivel educativo no es malo ya que los mejores porcentajes están en secundaria 50% y universitaria 25%. su procedencia prácticamente equitativa entre rural, urbana y su nivel educativo no tan bajo, no es considerado un mayor factor de riesgo. Además, en estudios anteriores este dato no ha representado significancia estadística y de riesgo para dicha patología. En relación a la ocupación se encontró que en su mayoría eran amas de casa.

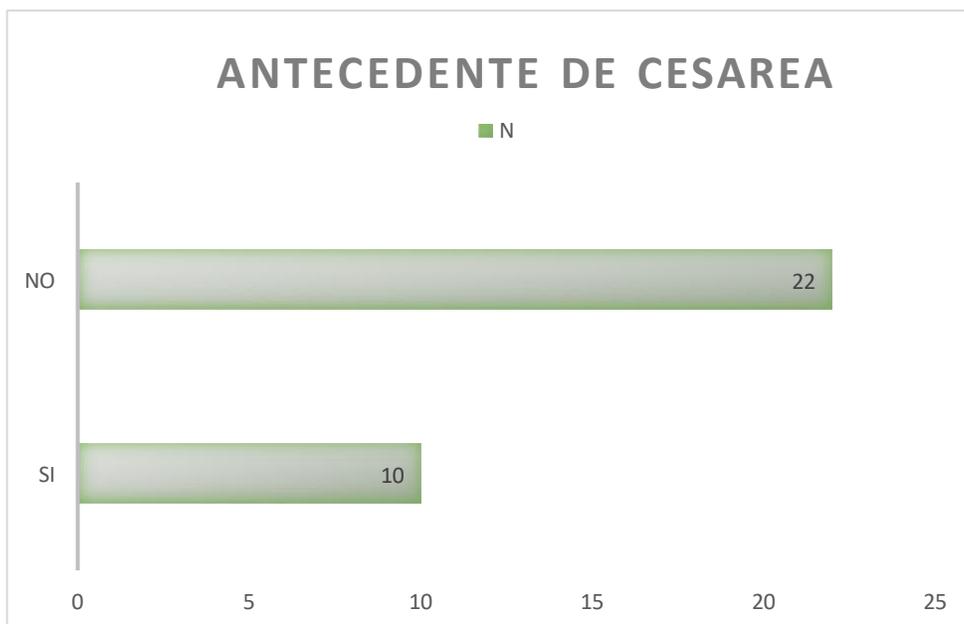
Diagrama 4



Dentro los factores que se asocian en la literatura revisada sobre placenta previa se encontró que el número de gestas de las pacientes estudiadas, estaban entre 2 a 4 gestas sumando entre ese rango un total del 81.25%, que un 68.75% fue parto vaginal, y las restantes ya han tenido por lo menos 31.26% (10) una cesárea previa a la gesta actual, un 12.50% (4) ya ha presentado abortos anteriores, también se encuentra que apenas 16 (50%) de las estudiadas al menos cumple con el número de controles reglamentados en las normas de salud del MINSA, también el rango de edad gestacional en que se presenta y se diagnostica la actual placenta

previa se cuenta en su mayoría entre (36 SG a 40 SG) con un periodo intergenésico menor de 36 meses (18.75%).

Diagrama 5



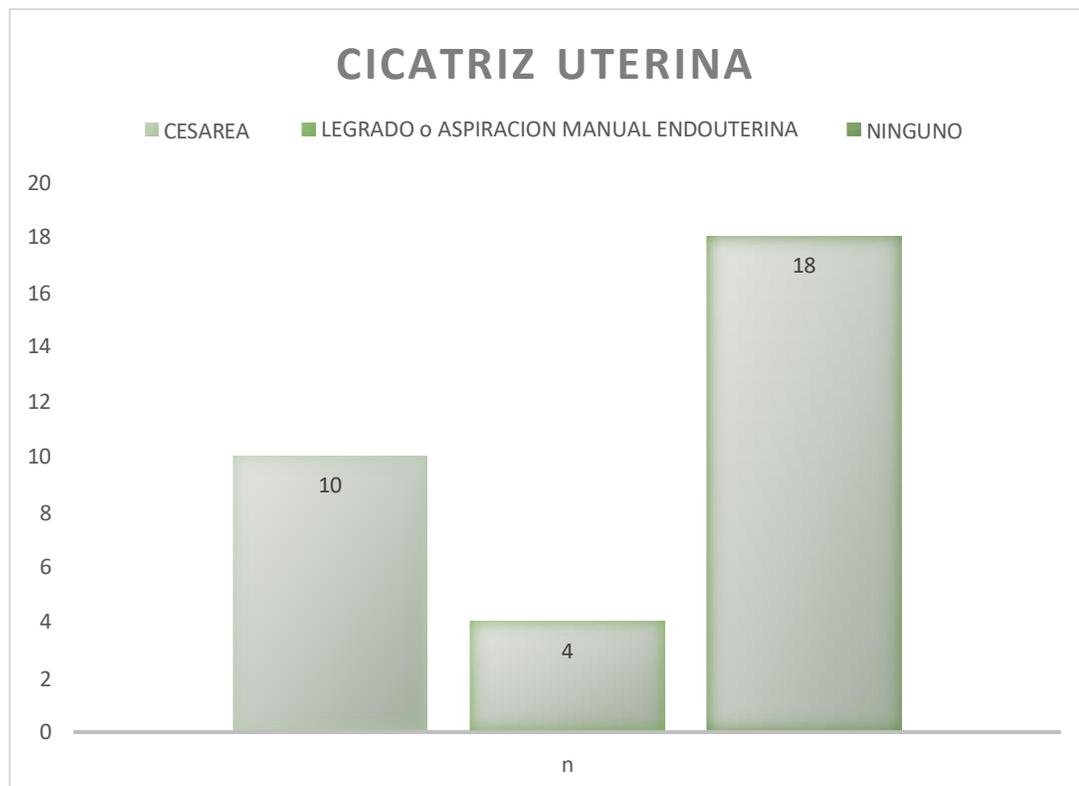
En cuanto a los antecedentes de cicatrices uterinas, entre los que se encuentran cesáreas, legrados o cirugías uterinas, por ejemplo nuestros autores refieren que "El antecedente de cesárea es un factor de riesgo para desarrollar anomalías de inserción placentaria (MINSA-Normativa 109, 2018)", donde evidencia que este riesgo aumenta con el mayor número de cesáreas. Si se compara con otros resultados son bastante similares ya que en este estudio el antecedente de cesárea en este grupo no fue tan significativo como en este de Juliaca, Perú Álvarez I, (2016) "en relación al antecedente de cesárea se concluyó que el 19% tuvo una cesárea, el 18% tuvo dos cesáreas, el 63% no tuvo ninguna cesárea.

Se considera que la probabilidad de presentar placenta previa es 4 veces mayor en las pacientes con antecedentes de cesárea. Esto se evidencia con nuestros resultados ya que 10 de nuestras mujeres tenían antecedentes de

cesáreas. Esto influye de manera negativa en el embarazo por el desarrollo de complicaciones como la estudiada en nuestro trabajo.

En investigaciones realizadas en Latino América 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 presentó una frecuencia baja en relación con la investigación citada anteriormente

Diagrama 6



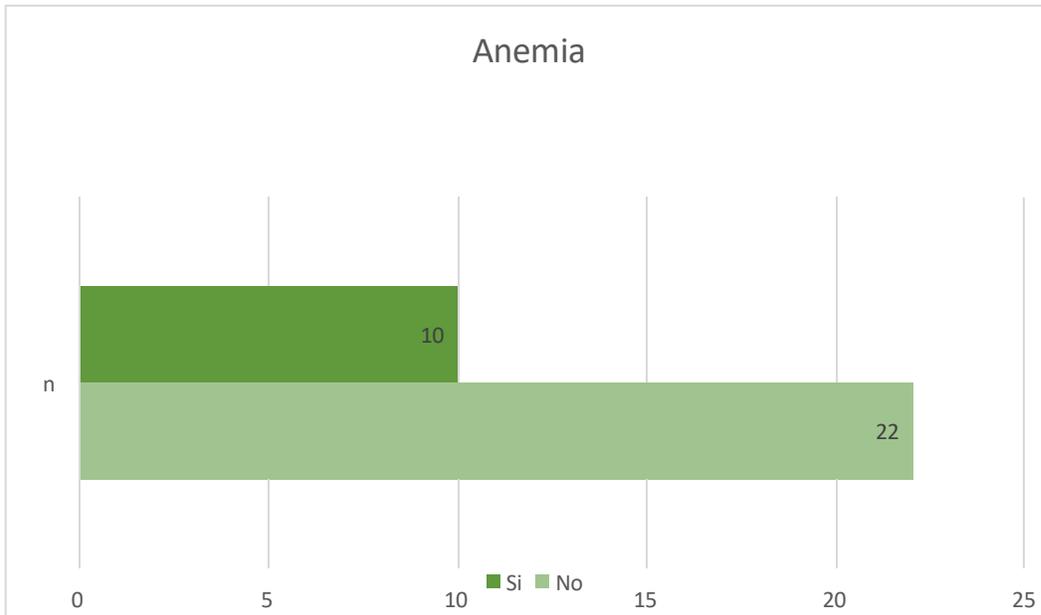
Las cicatrices uterinas, producidas por operaciones anteriores (miomectomía, cesáreas anteriores, operaciones plásticas por malformaciones uterinas), abortos de repetición o legrados uterinos enérgicos impiden la regeneración del endometrio

en zonas de cavidad uterina, factores de riesgo para desarrollar anomalías de inserción placentaria. (Doctor Enrique Guevara Rio, 2010)

La cicatriz uterina, especialmente cuando se debe a una cesárea previa, puede aumentar el riesgo de placenta previa en embarazos posteriores. Esto se debe a que la cicatriz puede interferir con el crecimiento y el desarrollo normal del útero, lo que puede afectar la ubicación y la implantación de la placenta en el útero.

Cuando una mujer ha tenido una cesárea previa, la placenta puede tener más probabilidades de implantarse cerca de la cicatriz uterina debido a la falta de tejido uterino sano en esa área. Esto puede aumentar el riesgo de placenta previa, donde la placenta se implanta en la parte inferior del útero, cubriendo parcial o completamente el cuello uterino.

Es importante que las mujeres que hayan tenido una cesárea previa sean conscientes de este riesgo durante embarazos posteriores y reciban una atención prenatal adecuada que incluya un monitoreo cuidadoso de la ubicación de la placenta a lo largo del embarazo. Esto puede ayudar a detectar y gestionar cualquier complicación relacionada con la placenta previa de manera oportuna para garantizar un embarazo seguro tanto para la madre como para el bebé.



En cuanto a los antecedentes patológicos de cada mujer observamos que ninguna de ellas padecía alguna enfermedad crónica, excepto la anemia presente en 9 de las estudiadas, factor que es considerado actualmente en las normativas obstétricas del MINSA, teniendo en cuenta así mismo la anemia dilucional fisiológica del embarazo por aumento de la demanda de hierro en el desarrollo fetal y placentario. Pero existen otros factores de riesgo según la literatura como el antecedente de cesárea anterior, abortos y la multiparidad; que en el caso del estudio actual solamente las cesáreas son las que superan el 30%, las múltiparas superan el 60% de las embarazadas estudiada con placenta previa y no así los abortos.

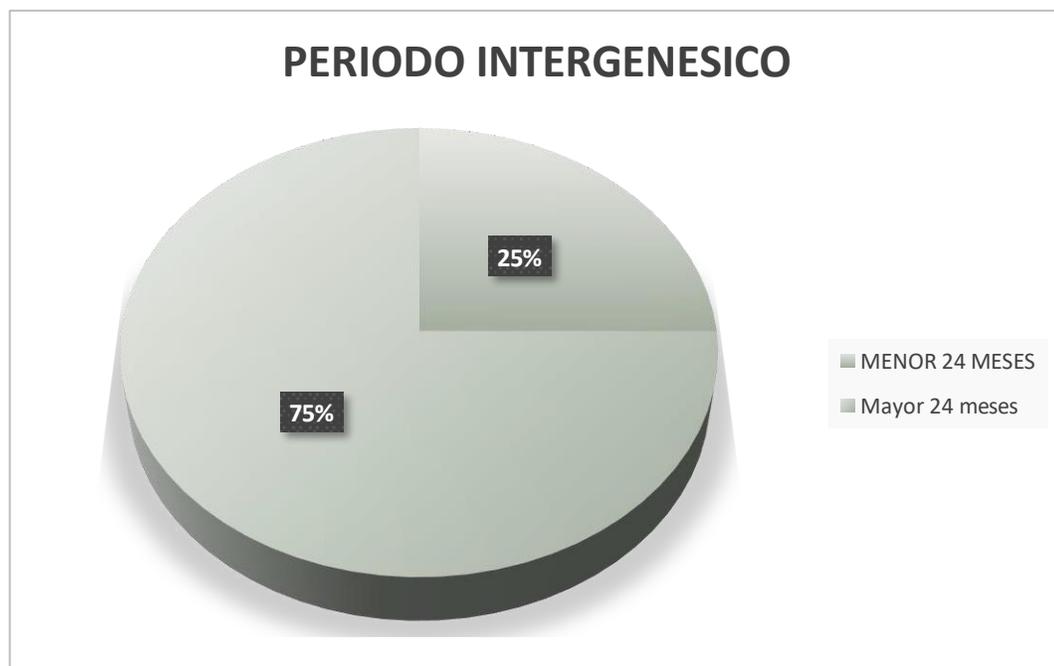
La anemia puede afectar la salud de la placenta y la función uterina de varias maneras, incluidas:

Flujo sanguíneo alterado: La anemia puede reducir la cantidad de oxígeno y nutrientes que llegan a la placenta, lo que puede interferir con su desarrollo adecuado y aumentar el riesgo de complicaciones

Mayor riesgo de hemorragia: Las mujeres con anemia pueden tener un mayor riesgo de hemorragias durante el embarazo, lo que puede aumentar las posibilidades de separación prematura de la placenta (desprendimiento placentario), una complicación que puede estar asociada con la placenta previa.

Menor capacidad de coagulación: La anemia puede estar asociada con trastornos de la coagulación sanguínea, lo que puede aumentar el riesgo de hemorragias durante el embarazo y el parto.

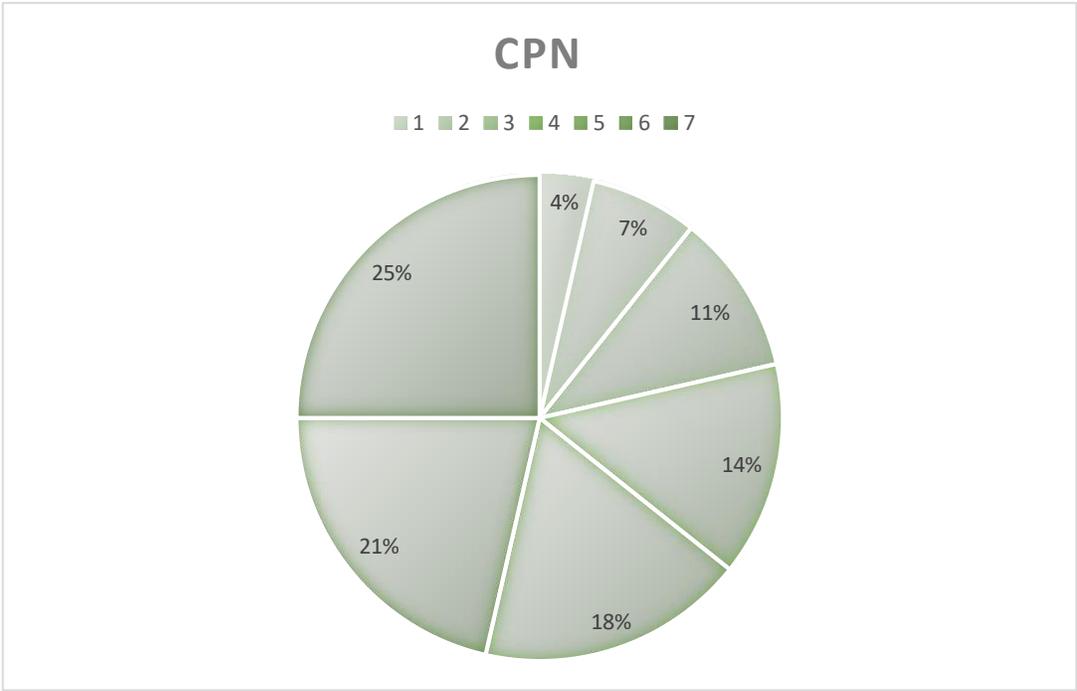
Diagrama 8



En mujeres gestantes se debe dar mayor importancia a los factores de riesgo por medio del interrogatorio, teniendo que la multiparidad, cesáreas anteriores son factores importantes para el desarrollo de complicaciones de igual manera el período intergenésico es de interés para la planificación de embarazos subsecuentes a partos, cesáreas y abortos. En dicho estudio se encontró en mayor porcentaje mujeres con un período intergenésico mayor de 24 meses con un 75%, en comparación con estudios a nivel nacional Hernández R. (2015) sobre placenta

previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón de enero a diciembre del 2014 tuvo como resultado que en su mayoría tenía periodo intergenésico de 1 a 2 años.

Diagrama 9



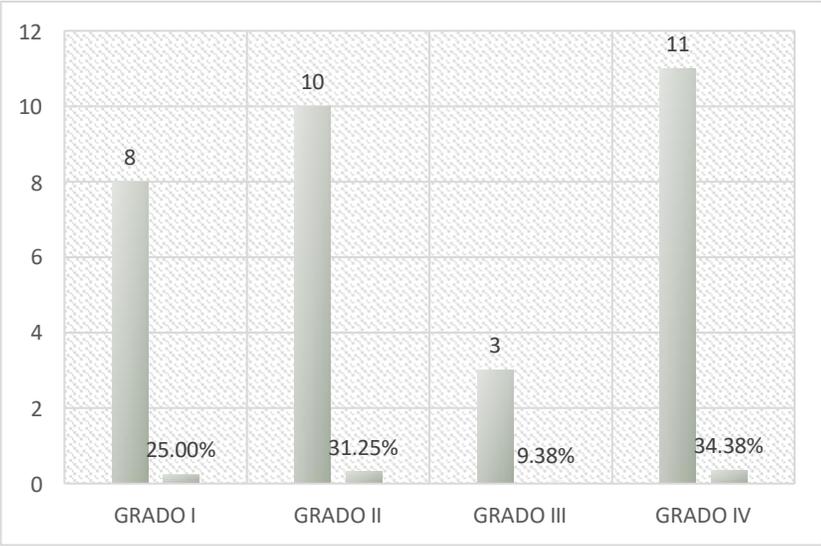
En cuanto a los controles prenatales la mayoría contaban estos, lo cual se relaciona a que la mayor parte eran del área urbana, así mismo esto no incidió en el desarrollo de complicaciones posteriores. Se encuentra que apenas 50% de las estudiadas al menos cumple con el número de controles reglamentados en las normas de salud del MINSA. Los controles regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, cabe mencionar que no se encontraron datos sobre estudios acerca del número de atenciones prenatales.

Diagrama 10



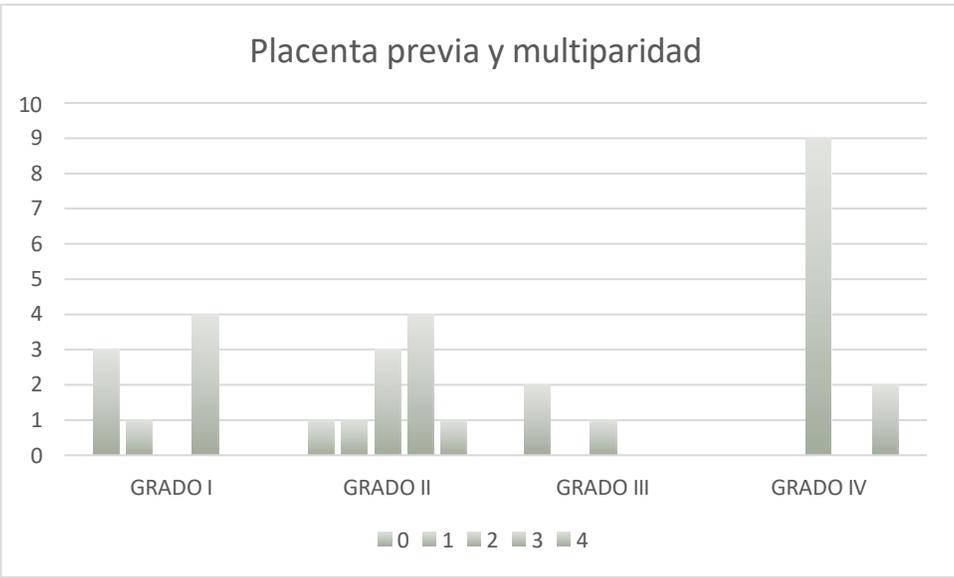
Con respecto a la finalización del embarazo se encontró un mayor porcentaje se realizó mediante cesáreas programadas, llegando a término la gestación a las 37sg. En menor porcentaje las cesáreas de emergencia por sangrado transvaginal activo y parto prematuro. En comparación con un estudio a nivel nacional acerca de "placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón de enero a diciembre del 2014" Se finalizó el embarazo en la semana 37 de gestación En donde a pesar del resultado perinatal más frecuente fue bajo peso y asfixia siendo esto no tan relevante ya que en su mayoría los embarazos llegaron a término para su finalización. Hernández R. (2015)

Diagrama 11



Según la literatura la más frecuente es la placenta previa total o completa (87%), dato que corrobora lo encontrado y que puede ser incluso comparado con un estudio de investigación realizada en Colombia (2011, Gretel) se encontró que el 77.19% de los casos eran de placenta previa grado IV, que es un poco mayor al reportado en esta investigación (34.34%).

Diagrama 12



Según la literatura la más frecuente es la placenta previa total o completa (87%), dato que corrobora lo encontrado y que puede ser incluso comparado con un estudio de investigación realizada en Colombia (2011, Gretel) se encontró que el 77.19% de los casos eran de placenta previa grado IV, que es un poco mayor al reportado en esta investigación (34.34%).

Dentro de las posible complicaciones encontradas; un elemento que llama la atención en las complicaciones de la madre es que el síntoma patognomónico de la placenta previa es el sangrado transvaginal; el Dr. HJ Figner en el 2010, reporto que el 80% de las pacientes estudiadas presentaron sangrado transvaginal, situación que no se comparte en esta investigación que se reporta el síntoma principal no fue el sangrado transvaginal, ya que este alcanzo un 28%, pero que está un poco relacionada a la literatura la cual establece que este síntoma se presentara entre el 10 al 20% de los casos. Y que en relación al bebe en un 90% su peso, tamaño y longitud era AEG.

En relación a las complicaciones maternas o fetales se encontró que de todas las posibles complicaciones solo tres estuvieron presente en este grupo de estudio, los cuales fueron atonía uterina 9.38%, hemorragias postparto 25% y shock hipovolémico 6.25%; en cambio en lo fetal solo presentaron prematuréz el 9.38% y asfixia el 3.13%.

Diagrama 13



El antecedente del número de partos y gestas previas son usados para establecer el riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos del recién nacido. Uno de los principales factores predisponentes para placenta previa, mencionados por diversos autores es la multiparidad y las múltiples gestaciones. En el estudio al igual que los realizados por otros autores tuvo mayor incidencia las mujeres multíparas los cuales representaron 81.25% (26), tan solo el 46% (40.625) de las pacientes eran bigesta y trigestas (25%) y a pesar de no desarrollar significativamente complicaciones se relaciona mucho con la mayor incidencia de casos en este grupo de pacientes; así mismo la multiparidad representó mayor significancia ya que la mayoría de las pacientes con placenta previa tenían este factor de riesgo. Factores de riesgo en los cuales se puede incidir como médicos mediante la educación constante a nuestra población sobre métodos de planificación familiar.

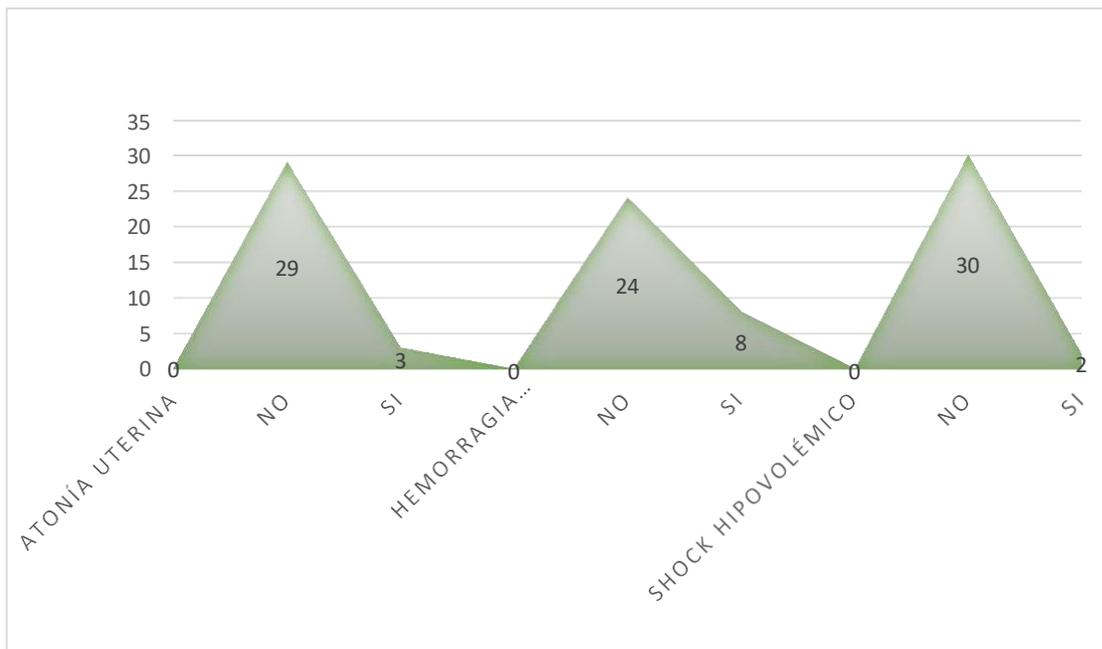
Diagrama 14



En este estudio se estableció que la edad gestacional a la finalización del embarazo el 71.875%(23) correspondían a embarazos a término y solo el 28.125%(9) eran embarazos pre términos, lo que tiene buena relación con buen resultado materno y menos riesgo de complicaciones fetales, según la literatura, “Las causas más habituales de mortalidad fetal son la prematuridad (60-80%)” Arizapana C, 2018. Así mismo relacionado con la posibilidad de migración de dicha placenta por ejemplo la literatura refiere, que “placentas previas que persisten en la semana 34ª difícilmente se corrijan en el momento del nacimiento”.

Así como el riesgo de hemorragias graves con el aumento de la edad gestacional relacionado con la literatura que refiere que “El sangrado se presenta en el 80% de las pacientes con placenta previa, con un primer episodio antes de la semana 36ª. La repetición del sangrado incrementa el riesgo de hemorragia grave, así el 60% de las pacientes entre 24ª y 36ª semanas de gestación presentan sangrado adicional. (Arizapana C, 2018)”.

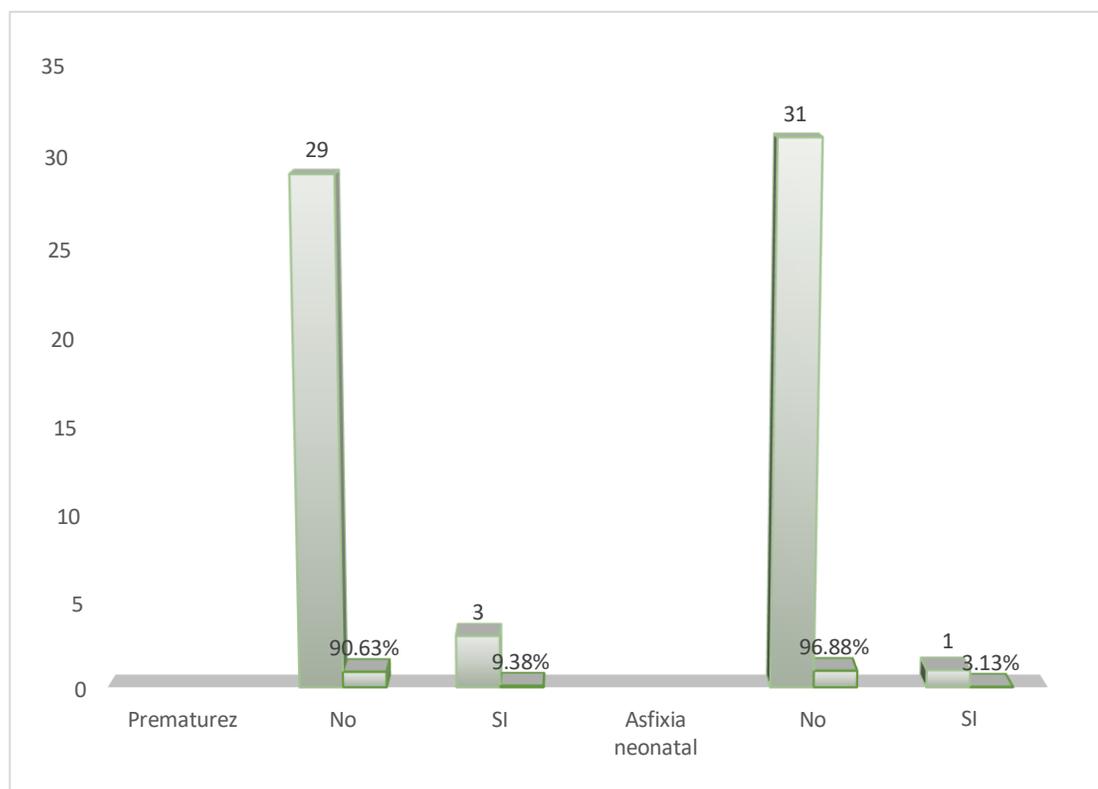
Diagrama 15



En relación con las complicaciones maternas o fetales se encontró que de todas las posibles complicaciones solo tres estuvieron presentes en este grupo de estudio, los cuales fueron atonía uterina 9.38%, hemorragias postparto 25% y shock hipovolémico 6.25%; en cambio en lo fetal solo presentaron prematura el 9.38% y asfixia el 3.13%.

Dentro de las posible complicaciones encontradas; un elemento que llama la atención en las complicaciones de la madre es que el síntoma patognomónico de la placenta previa es el sangrado transvaginal; el Dr. HJ Figner en el 2010, reporto que el 80% de las pacientes estudiadas presentaron sangrado transvaginal, situación que no se comparte en esta investigación que se reporta el síntoma principal no fue el sangrado transvaginal, ya que este alcanzo un 28%, pero que está un poco relacionada a la literatura la cual establece que este síntoma se presentara entre el 10 al 20% de los casos. Y que en relación con él bebe en un 90% su peso, tamaño y longitud era AEG.

Diagrama 16



La placenta previa puede aumentar el riesgo de diversas complicaciones neonatales debido a la posibilidad de hemorragias durante el parto y a la alteración del flujo sanguíneo uterino.

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

CAPITULO V

5.1. CONCLUSIONES

Al final de la investigación sobre los principales factores asociados a placenta previa se encontró que:

La característica sociodemográfica más significativa tomada como factor de riesgo es la edad y que aún hay un porcentaje significativo como son las mujeres en rango comprendido de 21 a 34 años de edad, en relación a las otras características, existió una equivalencia mayor entre la procedencia rural y urbana, sin embargo el nivel educativo es alto, siendo en su totalidad amas de casa.

Dentro de los factores encontrados que más se asociaron a la placenta previa fueron: el número de gestas que van de 2 hasta 8 hijos, la multiparidad; teniendo en cuenta que es un factor de riesgo modificable con ayuda de las estrategias comunitarias por medio de la planificación y consejería familiar; así como cicatrices uterinas como aspiraciones manuales y cesáreas; en menos porcentajes también se encontraron los abortos, anemias, embarazos múltiples.

Los tipos de placenta previa más frecuentes de las gestantes estudiadas fueron el oclusivo total o grado IV primer lugar y la marginal o grado II en segundo lugar.

Se encontraron tres complicaciones que pusieron en riesgo la vida de la madre y de los fetos como fueron las hemorragias postparto, atonía uterina y en menos porcentaje el shock hipovolémico en la embarazadas es notable señalar que al final las complicaciones resultaron en su totalidad en un embarazo satisfactorio para ambas partes, tanto materna como fetal, reafirmando el cambio en la morbimortalidad a lo largo de los años con las estrategias implementadas por el sistema de salud familiar y comunitaria.

5.2. RECOMENDACIONES

Al hospital Escuela Cesar Amador Molina:

Continuar implementando a través de su personal médico, estrategias que permitan y/o faciliten el desarrollo de un embarazo normal y Concientizar a las gestantes sobre la importancia del control prenatal

Promover la conformación de equipo o comité para decidir la realización del procedimiento de la operación cesárea en el caso que lo amerite, como cesárea programada.

Desarrollar o fortalecer medida para el mejoramiento de la capacidad del diagnóstico de placenta previa en nuestro centro con dotación de equipo ecográfico en la sala de alto riesgo obstétrico.

Al SILAIS Matagalpa:

Realizar revisión y acompañamiento médico a las distintas unidades primarias de atención médicas en los distintos barrios y distritos de nuestro país, para verificar el uso y aplicación de normas estrategias de salud (CPN) que beneficien el desarrollo de un parto normal.

Mejorar el proceso de formación de recursos, médicos y paramédicos en las área de APS, para que permita mejorar la detección y referencias de pacientes de placentas previas.

5.3. BIBLIOGRAFÍA

Abdul Ghani NA at el. (2014). *Abdul Ghani NA. Factors Associated with Placenta Praevia in Primigravidas and. The Scientific World Journal. 2014 septiembre; 2014(270120): p. 1-6.*

Arauz P. (2021). *Intervenciones de enfermería en pacientes dispensarizados que asisten al puesto de salud Palo alto, en el período II semestre. Matagalpa.*

Arizapana C. (2018). *Universidad Nacional del Altiplano - Puno facultad de medicina humana escuela profesional de medicina humana, tesis: factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia hosp carlos monge. Puno-Peru.*

CARVAJAL J. & BARRIGA M. (2022). *Manual de Obstetricia y Ginecología, facultad de medicina. Chile: XIII Edicion.*

CONGOTE L & SANTACRUZ D. (2011). . (marzo 2011). *Guía de atención placenta previa. Corporación Comfenalco Valle Universidad libre. Santiago de Cali.*

Diccionari -medico. (2022). <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/multipara>.

Doctor Enrique Guevara Rio, E. A. (2010). *Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal.*

Doctor Rafael Caballero, G. C. (2005.). *Guías Clínicas, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital clínico Universidad. chile.*

Economipedia. (2020). <https://economipedia.com/definiciones/demografia.html>.

Guerreros E. at el. (2014). *Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del norte del Perú, Rev. cuerpo méd. HNAAA. Peru .*

Hernandez R. (2014). *Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Managua, trabajo monografico para optar al titulo de especialista en ginecobstetricia. tema: "placenta previa asociado a cesarea anterior en el hospital berthta calderon de enero a diciembre del 2014". Managua-Nicaragua.*

INIDE. (2013). *Instituto Nacional de Información de Desarrollo. (2013) Sistema Estadístico Nacional (SEN) Anuario Estadístico. Disponible en: <https://www.inide.gob.ni/docs/biblio/Anuario2013.pdf>.*

López Garrido M.C. (2021). (noviembre 2021). *Acretismo placentario. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. file:///C:/Users/pc/Downloads/clase2021_acretismo_placentario.pdf.*

Martinez G. (2015). *Facultad de ciencias huamanas y ciencias de la salud tesis para optar título de segunda especialidad de obstetricia atencion obstetrica de la emergencia y cuidados criticos. . ICA.*

MINSA-Normativa 077. (Septiembre – 2011). “*Protocolo para el abordaje de las Patologías más frecuente del Alto Riesgo Obstétrico*”. Managua,.

MINSA-Normativa 109. (2018). *Protocolo para la atencion de las complicaciones obstetricas . Managua Nicaragua: Seguda edicion .*

Montalvan A at el. (2019). *Comportamiento clínico y epidemiológico de las pacientes embarazadas con diagnostico de placenta previa atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero-diciembre 2019.*

MSP. (2017). *Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. [Online]. Quito; . Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-ANOMALIAS-INSERCIÓN -PLACENTARIA-17-01-2017-1.pdf>.*

Naiknaware S. (2015). *Antepartum Haemorrhage: Causes & Its Effects on Mother and Child: An Evaluation. Obstetrics & Gynecology International Journal. .*

NORMATIVA 077. (2011). “*Protocolo para el abordaje de las Patologías más frecuente del Alto Riesgo Obstétrico*”. Managua - Septiembre: MINSA.

PROSEGO 2012. (s.f.). *Placenta Previa. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Disponible en: file:///C:/Users/pc/Downloads/S0304501313000812.pdf.*

Räisänen S. (2014). *the Risk of Delivering a Small-for-Gestational-Age Newborn. OBSTETRICS & GYNECOLOGY. 2014 agosto; 124(2): p. 285-291.*

Ramírez J et al. (2021). *Javiera Ramírez C. Daniel Martín Navarrete, Juan. Seminario 62: evaluación ecográfica de la placenta. CERPO. Centro de Referencia Perinatal Oriente. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Disponible en: fi.*

RCOG. (2019). *Antepartum Haemorrhage [Internet]. Guidelines Committee of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2011 Available from: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_63.pdf.*

Vandana RG et al. (2019). *Maternal outcome in placenta previa - A retrospective study. International Archives of Integrated Medicine . 6(3):143–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=-tru>.*

ANEXOS

Anexo N° 1:



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Centro Universitario Regional de Matagalpa, UNAN CUR Matagalpa

Ficha de recolección de datos

Factores de riesgo asociados a la placenta previa en embarazadas atendidas en el Hospital Cesar Amador Molina, Matagalpa, en el periodo de enero a diciembre del año 2022.

Número de Expediente: -----

1. DATOS DEMOGRÁFICA:

Edad materna: _____ años cumplidos

Procedencia: Rural _____ Urbana _____

Escolar: analfabeta _____ Primaria _____ Secundaria _____ Universitaria _____

Ocupación: Ama casa _____ Estudiante _____ Obrera _____ Técnico _____

Profesional _____

2. DATOS GINECO-OBSTETRICOS:

a- Gestas _____ Partos _____ Cesárea _____ Abortos _____ CPN _____ Edad gestacional _____ Periodo intergenésico _____ meses

3. FACTORES DE RIESGO

Edad \geq 35 años: si _____ no _____

Multiparidad: si _____ no _____

Embarazos múltiples: si _____ no _____

Anemia: si _____ no _____

Abortos: Si _____ No _____ (Si la respuesta es sí, cuantos abortos) _____

e)- Cicatriz uterina: Legrado aspiración manual uterina _____
cesárea _____ miomectomía _____

f)- Tabaquismo: si _____ no _____

g)- Antecedentes de placenta previa: Si _____ No _____

i)- Periodo intergenésico post cesárea < 12 meses: si _____ no _____

j)- Acretismo placentario: Si _____ No _____

4. TIPO DE PLACENTA PREVIA:

a) Grado I _____ b) Grado II _____ c) Grado III _____ d) Grado IV _____

5. COMPLICACIONES MATERNAS:

1. Atonía uterina () 2. hemorragia postparto () 3. Histerectomía () 4. Shock Hipovolemico () 5. Muerte (). 6. sin complicaciones (). 7. egreso estable ()

6. COPLICAIONES DEL NEONATO:

1. Prematurez () 2. Asfixia neonatal () 3. Sepsis neonatal () 4. Muerte neonatal ()
5. Ninguna () 6. sin complicaciones. 7. apgar () peso () egreso estable ()
)

ANEXO N2

RESULTADOS: TABLAS

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Instrumentos
Factores de riesgo relacionados a placenta previa	Factores relacionados con la aparición de placenta previa, la cual es aquella que por su inserción ocupa el segmento uterino inferior. (Doctor Enrique Guevara Rio, 2010)	Edad	Ficha de recolección de datos
		Procedencia	Ficha de recolección de datos
		Nivel de escolaridad	Ficha de recolección de datos
		Edad \geq 35 años	Ficha de recolección de datos
		Multiparidad	Ficha de recolección de datos
		Embarazo múltiple	Ficha de recolección de datos
		Antecedentes de cesárea anterior	Ficha de recolección de datos
		Aborto	Ficha de recolección de datos
		Anemia Cicatriz uterina previa	Ficha de recolección de datos
		Tabaquismo	Ficha de recolección de datos
Periodo intergenésico pos cesárea < 12 meses	Ficha de recolección de datos		

ANEXO N3

Tabla 1

**Datos demográficos – mujeres embarazadas con placenta previa
HECAM**

Datos	n	Porcentaje
Edad materna (21-34 años)	20	80%
Rural	17	53.13%
Secundaria	16	50.00%
Ama de casa	32	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla 2

Datos obstétricos – mujeres embarazadas con placenta previa HECAM

DATOS	N	PORCENTAJE
GESTA MÁS DE 1	26	81.75%
PARTOS	16	50%
CESÁREAS	10	31%
ABORTOS	4	12.50%
CPN	16	50%
EDAD GESTACIONAL	26	81.75%
PERIODO INTERGENÉSICO	21	63.50%

Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla 3**Factores de riesgo – mujeres embarazadas con placenta previa HECAM**

DATOS	N	PORCENTAJE	
EDAD MAYOR A 35 AÑOS	6	18.75%	
MULTIPARIDAD	20	62.50%	
EMBARAZOS MÚLTIPLES	1	3.13%	
ANEMIA	9	29.03%	
CICATRICES UTERINAS	Cesáreas	10	31.25%
	Legrados por aspiración	4	12.50%

Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla 4**Complicaciones maternas y fetales – mujeres embarazadas con placenta previa HECAM**

COMPLICACIONES MATERNAS		
COMPLICACIONES	n	Porcentaje
ATONIA UTERINA : SI	3	9.38%
HEMORRAGIA POSTPARTO : SI	8	25.00%
SHOCK HIPOVOLÉMICO : SI	2	6.25%
SIN COMPLICACIONES : SI	19	59.38%
EGRESO ESTABLE : SI	32	100.00%
COMPLICACIONES NONATALES		
COMPLICACIONES	n	Porcentaje
PREMATUREZ : SI	3	9.38%
ASFIXIA NEONATAL : SI	1	3.13%
SIN COMPLICACIONES : SI	29	90.63%
APGAR 8/9: SI	32	100.00%