

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Prevalencia de manejo quirúrgico en pacientes con placenta previa sintomática atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el período 2021-2023.

AUTORES

**Villacis Hidalgo, Yerlyn Narcisa
Hurtado Taiano, Genoveffa Maeba**

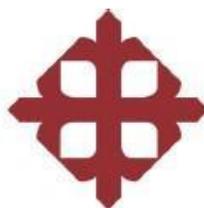
**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Briones Jiménez, Roberto Leonardo

Guayaquil, Ecuador

20 de septiembre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Villacis Hidalgo, Yerlyn Narcisa y Hurtado Taiano, Genoveffa Maeba** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

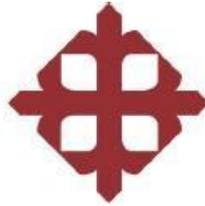


f. _____
Briones Jiménez, Roberto Leonardo

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 20 de septiembre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Villacis Hidalgo, Yerlyn Narcisa**
Hurtado Taiano, Genoveffa Maeba

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación **Prevalencia de manejo quirúrgico en pacientes con placenta previa sintomática atendidas en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el período 2021-2023**, previo a la obtención del título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 20 días del mes de septiembre del año 2024

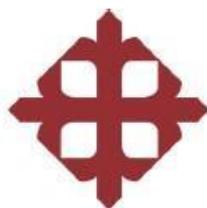
LAS AUTORAS:

f. 

Villacis Hidalgo, Yerlyn Narcisa

f. 

Hurtado Taiano, Genoveffa Maeba



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Villacis Hidalgo, Yerlyn Narcisa**
Hurtado Taiano, Genoveffa Maeba

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de manejo quirúrgico en pacientes con placenta previa sintomática atendidas en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el período 2021-2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de septiembre del año 2024

LAS AUTORAS:

f.

Villacis Hidalgo, Yerlyn Narcisa

f.

Hurtado Taiano, Genoveffa Maeba

COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

TITULACIÓN VILLACIS y HURTADO



Firmado electrónicamente por:
**ROBERTO LEONARDO
BRIONES JIMENEZ**

< 1%
Textos
sospechosos



< 1% Similitudes

< 1% similitudes entre comillas

0% entre las fuentes mencionadas

3% Idiomas no reconocidos (ignorado)

8% Textos potencialmente generados por la IA
(ignorado)

Nombre del documento: TITULACIÓN VILLACIS y HURTADO.docx
ID del documento: 84d819686a1c601a537b13dc2a68991b1aa3b757
Tamaño del documento original: 306,73 kB
Autores: []

Depositante: Roberto Leonardo Briones Jiménez
Fecha de depósito: 20/9/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 20/9/2024

Número de palabras: 8920
Número de caracteres: 59.587

Ubicación de las similitudes en el documento:



AGRADECIMIENTO

Al culminar esta tesis, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que han sido parte esencial de este importante logro en mi vida.

En primer lugar, agradecer a Dios y a mis padres, cuya inquebrantable fe en mí y su amor incondicional han sido mi mayor fuente de fortaleza. Gracias por sus sacrificios, su apoyo constante y por enseñarme el valor del esfuerzo y la dedicación. Sin ustedes, este sueño no habría sido posible.

A mi familia, por su paciencia, comprensión y por siempre estar ahí para animarme en los momentos de dificultad. Gracias por su apoyo emocional y por creer en mí, incluso cuando yo dudaba de mí mismo.

A mis amigos de la universidad, compañeros de muchas noches de estudio y jornadas interminables. Gracias por su camaradería, su ayuda y por hacer de esta experiencia un viaje inolvidable. Su amistad ha sido un pilar fundamental durante estos años.

Finalmente, a todos los profesores y mentores que me guiaron a lo largo de este camino. Su sabiduría, enseñanzas y orientación han sido cruciales para mi formación académica y profesional.

A todos ustedes, les debo este logro y les dedico con gratitud y aprecio esta tesis.

Villacis Hidalgo Yerlyn Narcisa

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme terminar esta hermosa aunque compleja carrera, a mis padres por su ayuda, aliento e impulso en todo momento que duro este largo proceso de mi carrera universitaria, a mi esposo por su paciencia, amor, tiempo, ayuda y aliento, a mis profesores que cuando vieron que cometía una equivocación me ayudaron a enmendarlo guiándome por un buen camino profesional, a mis compañeros y amigos que de una u otra manera hicieron que esta carrera sea una experiencia maravillosa llena de emociones y recuerdos únicos los cuales volvería a vivir sin dudarlo otra vez.

Agradezco a cada una de las personas que formaron parte de mi vida durante todo este largo camino que ha tenido subidas y bajadas; finalmente agradezco a quien este leyendo este apartado y mi tesis por incluir en su repertorio de información personal el conocimiento que aquí hemos obtenido.

Hurtado Taiano Genoveffa Maeba

DEDICATORIA

A mis queridos padres, cuya guía, apoyo y amor incondicional han sido la fuerza motriz detrás de cada uno de mis logros. Su sacrificio y ejemplo de trabajo duro me han inspirado a perseguir mis sueños con determinación y pasión. Gracias por estar siempre a mi lado, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia.

A mis abuelos, quienes han sido pilares fundamentales en mi vida. A mis abuelos fallecidos, Mami Georgina, Papi Segundo, Papi José cuyo recuerdo vive en mi corazón y cuya sabiduría y cariño me han guiado desde la distancia. Sus enseñanzas y el amor que me brindaron continúan siendo una fuente de inspiración y fortaleza en cada paso que doy.

A mi abuela Mami Esther, que aún me acompaña con su presencia y amor. Gracias por tus consejos, por tu ternura y por ser un faro de luz en mi vida. Tu apoyo constante y tus palabras de aliento han sido invaluableles en este camino.

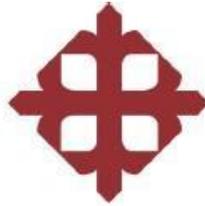
A todos ustedes, dedico este trabajo con profundo amor y gratitud. Esta tesis es un reflejo de todo lo que me han enseñado y de la fuerza que me han dado para alcanzar mis metas.

Villacis Hidalgo Yerlyn Narcisa

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios ya que sin él nada sería posible. A mis padres por apoyarme en cada paso y decisión que he tomado durante toda mi vida, siempre han estado a mi lado brindándome palabras de aliento y consuelo además de sus consejos de vida para hacer de mí una persona fuerte, independiente y con valores. A mi hija que es mi motor para cada día seguir mejorando y subiendo otro peldaño en cada ámbito de mi vida. A mi esposo quien me ha amado, aconsejado y alentado desde el primer día en que nos conocimos. A mi abuela por su amor y a mi abuelo Vincenzo que desde el cielo sé que siempre cuida de mi en cada paso que doy. A mis compañeros, amigos y todas las personas que directa o indirectamente me ayudaron e impulsaron a terminar esta maravillosa, aunque compleja carrera.

Hurtado Taiano Genoveffa Maeba



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. ETIOLOGÍA	7
2.2. FACTORES DE RIESGO	7
2.3. CLÍNICA.....	9
2.4. DIAGNÓSTICO.....	9
En su mayoría los diagnósticos de placenta previa se realizan durante los exámenes ecográficos rutinarios del embarazo. La identificación de tejido placentario que se extiende a 20 mm o menos del orificio cervical interno mediante	9
ecografía abdominal es indicativa de placenta previa. Posteriormente, las guías de práctica clínica recomiendan realizar una ecografía transvaginal para obtener una imagen más precisa de la ubicación de la placenta en relación con el segmento inferior del útero y el orificio cervical interno.15.....	10
2.5. MANEJO Y COMPLICACIONES	11
2.6. PRONÓSTICO Y SEGUIMIENTO	14
CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	19
VI. DISCUSIÓN.....	23
VII. CONCLUSIONES	26
VIII. RECOMENDACIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	28
.....	36
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Prevalencia de manejo terapéutico de gestantes con placenta previa sintomática. ..	19
Figura 2	Edades en embarazadas con diagnóstico de placenta previa sintomática.....	19
Figura 3	Tipos de placenta previa según su localización	20
Figura 4	Edad gestacional al momento de diagnóstico de placenta previa	21
Figura 5	Factores de riesgo asociados en embarazadas con placenta previa sintomática.....	21
Figura 6	Complicaciones en gestantes con placenta previa sintomática.....	22

RESUMEN

La placenta previa es una de las mayores causas de complicaciones obstétricas, así como morbimortalidad tanto para la madre como para el feto, por lo que su diagnóstico oportuno y el seguimiento adecuado es de vital importancia. El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia del manejo quirúrgico en gestantes con diagnóstico de placenta previa, así como caracterizando las principales variables asociadas a esta condición. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, mediante la recolección de información de historias clínicas de pacientes atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo y hayan finalizado ahí su embarazo con diagnóstico de placenta previa durante los años 2021 – 2023. **Resultados:** Se encontró que más del 80% de los embarazos en cuestión fueron manejados mediante cirugía, mientras que la minoría llevó seguimiento expectante que concluyó en parto vaginal. Los rangos de edades abarcan desde los 16 hasta los 47 años, con una media de 26. Más del 70% de las placentas previas estudiadas fueron reportadas como marginales, seguido de las parciales y siendo las totales la minoría. Además, el 70% de las gestantes culminaron su parto durante su tercer trimestre de embarazo. **Discusión:** Diversos autores concuerdan con que el parto por cesárea es el manejo adecuado en casos de placenta previa, sin embargo, gracias a nuevos estudios, se ha comprobado que el manejo expectante puede ser favorable en ciertos casos, se encontró que en aquellos estudios cuya población tenía mayor cantidad de factores de riesgo, el manejo quirúrgico fue el más utilizado, mientras que en aquellos cuyas pacientes llevaban controles y constaban de pocas comorbilidades, tenían mayor probabilidad de culminar su parto sin recurrir a cesáreas. En nuestro estudio predominó el manejo quirúrgico. **Conclusión:** El manejo de parto quirúrgico tuvo una gran prevalencia, corroborando con otras fuentes en ser el método de elección ante esta condición placentaria.

Palabras Claves: Placenta previa, ginecología, obstetricia, factores de riesgo, multiparidad

ABSTRACT

Placenta previa is one of the major causes of obstetric complications, as well as morbidity and mortality for both the mother and the fetus, so its timely diagnosis and proper follow-up is of vital importance. The objective of this research is to determine the prevalence of surgical management in pregnant women diagnosed with placenta previa, as well as to characterize the main variables associated with this condition. **Methodology:** An observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out, by collecting information from the medical records of patients treated at the Teodoro Maldonado Carbo Specialty Hospital and who had completed their pregnancy there with a diagnosis of placenta previa during the years 2021 – 2023. **Results:** It was found that more than 80% of the pregnancies in question were managed by surgery, while the minority had expectant follow-up that ended in vaginal delivery. The age ranges ranged from 16 to 47 years, with an average of 26. More than 70% of previous placentas studied were reported as marginal, followed by partial placentas and total placentas being the minority. In addition, 70% of pregnant women completed their delivery during their third trimester of pregnancy. **Discussion:** Various authors agree that cesarean delivery is the appropriate management in cases of placenta previa; however, thanks to new studies, it has been proven that expectant management can be favorable in certain cases; it was found that in those studies whose The population had a greater number of risk factors, surgical management was the most used, while those whose patients had controls and had few comorbidities, had a greater probability of completing their delivery without resorting to cesarean sections. In our study, surgical management predominated. **Conclusion:** The management of surgical delivery had a high prevalence, corroborating with other sources in being the method of choice for this placental condition.

Keywords: Placenta previa, gynecology, obstetrics, risk factors, multiparity

INTRODUCCIÓN

La placenta previa se define como la cobertura total o parcial del orificio interno del cuello uterino por la placenta. A nivel mundial, esta condición afecta entre el 0,3% y el 2% de los embarazos en el tercer trimestre y su prevalencia ha aumentado con el incremento de las tasas de cesáreas. Las mujeres que padecen placenta previa tienen un riesgo 10 veces mayor de presentar sangrado vaginal antes del parto. En América Latina, la hemorragia obstétrica es responsable de una de cada cinco muertes maternas y se sitúa como la segunda causa principal de mortalidad materna. Se estima que diariamente mueren alrededor de 16 mujeres debido a causas evitables relacionadas con el embarazo, siendo la hemorragia la principal causa de estos fallecimientos.¹¹

En Ecuador, la incidencia de partos por cesárea ha aumentado hasta un 60% en un período de 8 años, según datos del INEC. Dado que existe una conexión establecida entre el historial de cesáreas y la placenta previa, es fundamental intensificar el estudio de esta patología, la cual podría estar en aumento. A nivel nacional se dispone de una guía sobre anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales, actualizada por última vez en 2017. Esta guía proporciona recomendaciones para el diagnóstico y manejo de la placenta previa en diversos escenarios clínicos.¹¹

La placenta previa representa un factor de riesgo significativo para la hemorragia posparto, lo que puede llevar a una elevada morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el recién nacido. Esta condición impide la realización de un parto vaginal seguro, lo que obliga a que el nacimiento del bebé se lleve a cabo mediante una cesárea.¹²

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

La placenta previa es una condición obstétrica en la que la placenta se implanta en una posición anormalmente baja en el útero, cubriendo total o parcialmente el cuello uterino. Esta anomalía puede dar lugar a complicaciones graves durante el embarazo, como hemorragias vaginales, parto prematuro y riesgos significativos para la salud tanto de la madre como del feto. En particular, las pacientes con placenta previa sintomática presentan síntomas clínicos evidentes, incluyendo sangrado vaginal recurrente y dolor abdominal, que agravan el riesgo y complican la gestión del embarazo.¹

El manejo quirúrgico de estas pacientes, frecuentemente a través de una cesárea, plantea varios desafíos. Los riesgos asociados con la cirugía incluyen hemorragias intraoperatorias, complicaciones de la anestesia, y problemas postoperatorios como infecciones o trombosis. Además, la necesidad de realizar una cesárea programada o de emergencia y el momento óptimo para intervenir pueden variar considerablemente según la severidad de los síntomas, la localización de la placenta y el estado de salud general de la madre y el feto.¹

La ausencia de protocolos uniformes y la variabilidad en las prácticas clínicas entre diferentes instituciones obstétricas generan incertidumbre sobre la mejor estrategia quirúrgica para estas pacientes. Aunque se han propuesto diversas técnicas y enfoques para minimizar los riesgos y mejorar los resultados, la falta de consenso y de estudios exhaustivos que evalúen las distintas estrategias quirúrgicas limita la capacidad de los profesionales para tomar decisiones informadas.²

Este estudio se propone examinar en profundidad las prácticas quirúrgicas actuales en el manejo de la placenta previa sintomática, evaluar los resultados

asociados con diferentes enfoques quirúrgicos y desarrollar recomendaciones basadas en evidencia para optimizar la seguridad y los resultados maternos y fetales.²

La investigación abordará aspectos como el timing de la intervención quirúrgica, las técnicas quirúrgicas empleadas y los protocolos postoperatorios, con el objetivo de proporcionar una guía clara para la gestión efectiva de esta compleja condición.²

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Estimar la prevalencia del manejo quirúrgico en pacientes con placenta previa sintomática atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el período 2021 – 2023

Objetivos Específicos

- Caracterizar a las pacientes con placenta previa según su nivel de implantación.
- Identificar la edad gestacional al momento del parto de las pacientes con placenta previa sintomática.
- Conocer los factores de riesgo asociados a placenta previa sintomática.
- Enunciar las complicaciones maternas y fetales más frecuentes.

1.3. Justificación

El tema en cuestión es de gran relevancia y continuará siendo crucial, dado que permitirá identificar los factores predisponentes y de riesgo que afectan a las

pacientes con placenta previa. Este conocimiento es fundamental para que se puedan tener en cuenta estos factores y así evitar que la placenta previa se convierta en una causa determinante para clasificar un embarazo como de alto riesgo. Además, el estudio servirá para implementar medidas que mejoren la calidad de la atención prenatal y optimicen los sistemas de vigilancia, con el objetivo de reducir la incidencia de esta complicación.³

Las pacientes que se beneficien de un control prenatal adecuado serán aquellas que asistan a instituciones bien equipadas y cuenten con personal capacitado, lo que permitirá la identificación temprana de condiciones y factores de riesgo prevenibles, evitando así complicaciones graves. En nuestro país, una gran proporción de embarazadas son adolescentes y carecen de experiencia, y a menudo no comprenden la importancia de seguir un control prenatal mensual.⁴ Este seguimiento es crucial para detectar diversas patologías y complicaciones que pueden afectar el bienestar de la madre y el feto. Además, factores como la falta de educación, las barreras culturales y la pobreza contribuyen a que muchas mujeres recurran a parteras o médicos no capacitados, lo que puede llevar a una detección tardía de problemas durante el embarazo. Mejorar el acceso a un control prenatal adecuado y la calidad de los servicios puede reducir significativamente las tasas de morbilidad y mortalidad materno-perinatal.⁵

La incidencia de placenta previa varía entre 0,28% y 2%, con un promedio de aproximadamente 1 en 200 partos. Los estudios muestran una relación directa entre el número de cesáreas previas y el riesgo de desarrollar placenta previa. Con una cesárea anterior, el riesgo relativo (RR) es de 4,5 (IC 95% 3,6-5,5); con dos cesáreas previas, el RR aumenta a 7,4 (IC 95% 7,1-7,7); con tres cesáreas previas, el RR es de 6,5 (IC 95% 3,6-11,6); y con cuatro o más cesáreas, el RR

se eleva a 44,9 (IC 95% 13,5-149,5). El factor de riesgo más significativo para la placenta previa es haber tenido intervenciones uterinas anteriores, con una odds ratio (OR) de 49,6 (IC 95% 24,3-102,3), seguido por la presencia de placenta previa en embarazos anteriores, con una OR de 16,1 (IC 95% 4,7-24,3).⁹

En el Ecuador, la cantidad de partos por cesárea ha aumentado hasta un 60% en promedio durante un período de 8 años, según datos del INEC. Dado que se ha establecido una relación entre el historial de cesáreas y la placenta previa, es crucial enfocar la investigación en esta patología, que podría estar aumentando su incidencia. Actualmente, no existen estudios actualizados que reflejen la situación del país en relación con esta condición, la cual, como se ha mencionado anteriormente, presenta complicaciones significativas para la madre y puede afectar también al neonato.¹⁰

II: MARCO TEÓRICO

La placenta previa se define como la cobertura total o parcial del orificio interno del cuello uterino por la placenta. A nivel mundial, esta condición afecta entre el 0,3% y el 2% de los embarazos en el tercer trimestre y su prevalencia ha aumentado con el incremento de las tasas de cesáreas.

2.1. ETIOLOGÍA

La causa de la placenta previa aún no está completamente determinada, pero se sabe que los antecedentes de cirugías uterinas, incluidas las cesáreas, están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar esta condición. Las cicatrices en el útero pueden interferir con el crecimiento normal de la placenta, afectando su desarrollo en áreas con alta vascularización y provocando atrofia en zonas menos vascularizadas, como el segmento inferior del útero. Se ha sugerido que una migración placentaria inadecuada podría reducir la probabilidad de que la placenta previa se resuelva antes del trabajo de parto.¹³

2.2. FACTORES DE RIESGO

Diversos factores de riesgo están relacionados con la aparición de placenta previa, y un análisis detallado de estos factores podría ser clave para la prevención. Sin embargo, muchos de los factores asociados son difíciles de modificar. Entre los factores que suelen estar más asociados incluyen: ¹³

- Tener un historial de placenta previa constituye un factor de riesgo independiente para la recurrencia de esta condición. La placenta previa suele presentarse en embarazos futuros en un porcentaje que varía entre el 4% y el 8%.¹³
- Las cirugías que implican incisiones en el útero, como las cesáreas, miomectomías o legrados por aborto, aumentan el riesgo de placenta previa. Las cesáreas, en particular, elevan el riesgo en un 50% a 60% debido a las dificultades en la migración de la placenta durante los últimos trimestres del embarazo. Este riesgo

se incrementa con cada cesárea adicional. La combinación de antecedentes de placenta y cesáreas previas conlleva un riesgo mayor que cualquiera de estos factores considerados por separado.¹⁴

- La incidencia de placenta previa puede llegar hasta el 40% en embarazos gemelares, siendo más alta en gestaciones bicoriónicas en comparación con las monocoriónicas. Esto probablemente se debe a la necesidad de más espacio uterino para alojar dos placentas en las gestaciones bicoriónicas.¹³
- La nicotina y la cocaína inducen vasoconstricción en la circulación uterina, lo que puede causar hipoxia. En respuesta, la placenta tiende a expandirse más cerca del orificio cervical interno durante el embarazo en mujeres que usan estos tóxicos, aumentando el área de intercambio gaseoso y, potencialmente, cubriendo el orificio.¹³
- Anteriormente se pensaba que cualquier grado de endometriosis aumentaba el riesgo de placenta previa, pero estudios recientes sugieren que solo la endometriosis severa está realmente asociada con esta condición. La fisiopatología exacta aún no se comprende completamente, y la presencia de placenta previa en el contexto de la endometriosis se considera un factor de riesgo adicional para hemorragias postparto.¹³
- Las técnicas de reproducción asistida, asociadas con problemas de fertilidad materna, se han relacionado con una mayor prevalencia de placenta previa. No está claro si este riesgo es independiente o si está correlacionado con los factores maternos que llevaron a la necesidad de terapia de reproducción asistida.¹³

2.3 CLÍNICA

En muchos casos, la placenta previa permanece asintomática hasta el momento del parto, cuando puede manifestarse principalmente a través de una hemorragia como única señal clínica. En nuestro entorno, la placenta previa es de la causa más común de hemorragias en el tercer trimestre del embarazo, aunque menos de un tercio de las pacientes con placenta previa pueden no presentar sangrado durante todo el embarazo. Una hemorragia vaginal espontánea e indolora posterior a las 20 semanas de gestación debe hacer sospechar la presencia de placenta previa. La hemorragia generalmente ocurre cuando, al dilatarse el cuello uterino, la placenta adherida se desgarrar, causando sangrado. Los episodios hemorrágicos típicos se caracterizan por sangrado rojo brillante, sin contracciones uterinas ni dolor asociado. Aunque generalmente se considera que la placenta previa no está acompañada de contracciones uterinas durante el sangrado, un estudio de Stafford et al. encontró que un tercio de las pacientes presentaba el sangrado tras contracciones dolorosas en algún momento entre el día anterior y el episodio de hemorragia. Este mismo estudio reveló que un cuello uterino con longitud ≤ 3 mm tiene mayor probabilidad de presentar no solo un riesgo elevado de hemorragia, sino también mayor dolor debido a la actividad uterina. El riesgo de hemorragia vaginal también está asociado con características específicas de la placenta y el útero materno. Además, la edad materna avanzada y un historial previo de cesáreas se relacionan con un mayor riesgo de hemorragia severa, siendo estas más frecuentes en placentas localizadas en cicatrices uterinas anteriores o en la pared uterina anterior.¹⁴

2.4 DIAGNÓSTICO

En su mayoría los diagnósticos de placenta previa se realizan durante los exámenes ecográficos rutinarios del embarazo. La identificación de tejido placentario que se extiende a 20 mm o menos del orificio cervical interno mediante

ecografía abdominal es indicativa de placenta previa. Posteriormente, las guías de práctica clínica recomiendan realizar una ecografía transvaginal para obtener una imagen más precisa de la ubicación de la placenta en relación con el segmento inferior del útero y el orificio cervical interno.¹⁵

La incidencia de placenta previa detectada en la ecografía abdominal durante el segundo trimestre varía entre el 5% y el 20%, mientras que la ecografía transvaginal estima una incidencia de entre el 1% y el 4%, ofreciendo mayor precisión en el diagnóstico. La relación entre la placenta y el orificio cervical interno no necesariamente permanece constante a lo largo del embarazo. La placenta tiende a desplazarse hacia áreas del útero con mejor irrigación, principalmente el fondo uterino, alejándose del orificio cervical interno.¹⁶

Este proceso puede llevar a la regresión y atrofia de la parte de la placenta que se encuentra a menos de 2 cm del orificio cervical interno. Un diagnóstico de placenta previa alrededor de la semana 20 del embarazo se mantendrá hasta el final de la gestación en un 10% a 20% de los casos. Las placentas previas no oclusivas diagnosticadas en la semana 20 suelen corregirse antes del final del embarazo en aproximadamente el 90% de los casos, mientras que las placentas previas oclusivas continúan siendo un problema en aproximadamente el 70% de los casos.¹⁷

Para las gestantes diagnosticadas con placenta previa en la ecografía del segundo trimestre, se recomienda realizar una ecografía abdominal en el tercer trimestre, además de una ecografía transvaginal. Aquellas pacientes que sigan presentando placenta previa en la ecografía del tercer trimestre deben someterse a una ecografía transvaginal alrededor de la semana 36 para determinar la mejor vía para el parto.¹⁸

2.5 MANEJO Y COMPLICACIONES

La única opción de parto segura y adecuada para las mujeres con placenta previa es la cesárea. En ausencia de acretismo placentario, se realiza una incisión en el segmento inferior del útero. Es importante que el especialista que lleve a cabo el procedimiento actúe con rapidez, pero también con gran cuidado para evitar cortar la placenta y provocar una hemorragia excesiva. Si se corta la placenta por error, se debe colocar un clamp en el cordón umbilical de inmediato después del parto para minimizar la pérdida de sangre. En casos donde se desee evitar la placenta, como en pacientes con paridad completa o en embarazos prematuros, se puede optar por una incisión vertical alta.¹⁹

El riesgo de hemorragia posparto es elevado en pacientes con placenta previa, incluso en ausencia de acretismo, debido al sangrado difuso en el sitio de inserción placentaria en el segmento inferior del útero. Para controlar el sangrado, se pueden usar medidas como la administración de medicamentos uterotónicos, el taponamiento con balón intrauterino y las suturas compresivas como la sutura de B-Lynch.²⁰

Las cesáreas en pacientes con placenta previa se pueden realizar de manera segura con anestesia regional. La anestesia general se reserva para situaciones especiales, como en pacientes inestables, cuando se requiere una histerectomía posterior, o por otras indicaciones no obstétricas. El uso de anestesia general ha demostrado aumentar la pérdida de sangre y no ofrece ventajas en términos de seguridad para los casos de placenta previa. Aunque se considera que la cesárea es el procedimiento óptimo para la placenta previa, si la placenta se encuentra a 2 cm o más del orificio cervical interno, se puede considerar el parto vaginal, aceptando el riesgo asociado de sangrado.²⁰

El manejo de los pacientes con placenta previa debe ser personalizado, evaluando cuidadosamente los beneficios de realizar un parto programado en condiciones óptimas, antes del inicio del trabajo de parto o el sangrado, frente a los riesgos asociados con la prematuridad. Mientras avanza la edad gestacional, el riesgo de sangrado y de trabajo de parto aumenta significativamente, mientras

que el riesgo de morbilidad por prematuridad disminuye con una mayor edad gestacional. Algunos estudios sugieren que las mujeres con placenta previa sin complicaciones deberían programar una cesárea electiva entre las semanas 36 y 37 de gestación. Para los casos que presentan sangrado vaginal severo, trabajo de parto, o comorbilidades como obesidad o antecedentes de cesárea, se recomienda un parto más temprano.²⁰

En el cuidado prenatal se prioriza el manejo expectante. La mayoría de las pacientes con placenta previa que no muestran síntomas como sangrado o contracciones se manejan de manera ambulatoria, de lo contrario generalmente se requiere hospitalización. Se recomienda la hospitalización en casos de múltiples episodios de sangrado o si la paciente reside en áreas alejadas de un centro médico adecuado. La maduración pulmonar fetal debe ser llevada a cabo en todos los casos de placenta previa antes de las 34 semanas de gestación. Otras medidas, como el uso de tocolíticos, tienen beneficios inciertos, al igual que las estrategias de descanso y reducción de la actividad física de la paciente.^{19,20}

La placenta previa es una de las principales causas de sangrado durante el parto. Cuando la placenta se encuentra adherida a la pared anterior del útero, puede producirse hemorragia debido a la ubicación de la incisión uterina. Si la placenta está incrustada en esta área, evitar el sangrado durante una cesárea puede ser complicado. Empujar el tejido placentario o perforar la placenta durante el parto puede causar una cantidad significativa de sangrado en poco tiempo. La destrucción de las fibras musculares uterinas tras la incisión también puede resultar en contracciones débiles, lo que aumenta la hemorragia.²¹

Para minimizar el riesgo de que la placenta atraviese la cavidad uterina en pacientes con placenta previa anterior, se puede realizar la incisión de la cesárea cerca del fondo uterino. El incremento en el sangrado puede estar asociado con un mayor grosor del tejido uterino en la región de la incisión.

Además, la placentación anterior suele llevar a una mayor densidad de vasos sanguíneos cerca de la incisión, y la lesión intraoperatoria de estos vasos puede provocar sangrado severo.²¹

El riesgo de sangrado, trabajo de parto, o la necesidad de un parto de emergencia debido a sangrado aumenta con el avance de la edad gestacional. A medida que la gestación progresa, los riesgos asociados con la prematuridad disminuyen.²¹

En casos de hemorragia materna, el tratamiento conservador con tocólisis es viable si el sangrado es moderado y transitorio. Sin embargo, en situaciones más graves, se debe realizar una cesárea de emergencia. La tocólisis antes de las 34 semanas puede ayudar a reducir el sangrado inducido por contracciones uterinas y minimizar el riesgo de prematuridad sin incrementar la mortalidad y morbilidad neonatal. El manejo ambulatorio es adecuado para pacientes estables, siempre que se mantenga una restricción significativa de la actividad, proximidad a un hospital, y un acceso fácil para el transporte en caso de ser necesario.²¹

Se recomienda programar una cesárea entre las 38 y 38 semanas y 6 días en casos de placenta previa asintomática, debido al riesgo de hemorragia masiva durante el trabajo de parto espontáneo. Para una placenta previa asintomática que no cubre el orificio cervical interno (OCI), los datos retrospectivos sugieren que realizar la cesárea entre las 38 y 38 semanas y 6 días representa el mejor equilibrio entre evitar la prematuridad y reducir el riesgo de hemorragia materna. Aunque el parto vaginal es una opción, la proximidad de la placenta al OCI aumenta la tasa de cesáreas. En casos excepcionales, se puede realizar una cesárea urgente ante un sangrado masivo al ingreso, sangrado persistente 12 horas después del ingreso que no responde al tratamiento tocótico, o si se detectan ritmos cardíacos fetales anormales.²⁰

En ausencia de acretismo placentario, es posible realizar una incisión a través de la placenta, siempre y cuando se tome el cuidado de pinzar el cordón umbilical lo más pronto posible para prevenir una hemorragia masiva. En caso de sangrado

severo, se pueden emplear varias estrategias para controlar el sangrado, como el uso de medicamentos uterotónicos, la ligadura de arterias, la aplicación de suturas compresivas tipo B-Lynch, el taponamiento con un balón intrauterino, y en casos extremos, puede ser necesaria una histerectomía.²¹

2.6. PRONÓSTICO Y SEGUIMIENTO

La presencia de placenta previa tiene un impacto considerable en los resultados del embarazo. Cuando la placenta está ubicada en la parte anterior del útero, se asocia con una edad gestacional más baja, un peso al nacer reducido, puntuaciones de APGAR inferiores, una mayor incidencia de hemorragias preparto y posparto, así como un aumento en el tiempo de hospitalización y la necesidad de transfusiones sanguíneas y histerectomías, en comparación con la placenta localizada en la parte posterior del útero.²³

Los resultados neonatales en casos de placenta previa están estrechamente vinculados con la cantidad de sangrado experimentado. El sangrado vaginal durante el embarazo puede llevar a un suministro insuficiente de sangre al feto, lo que provoca retraso en el crecimiento fetal. En situaciones de hemorragia anteparto grave en pacientes con placenta previa, puede ser necesario inducir el parto prematuramente para proteger la vida de la madre y del feto. La hemorragia anteparto compromete el riego sanguíneo placentario, aumentando el riesgo de hipoxia fetal intrauterina. Los recién nacidos con placentas situadas en la pared anterior del útero presentan una mayor incidencia de síndrome de dificultad respiratoria y puntuaciones de APGAR más bajas, por lo que se requiere una atención especial. En casos de placenta previa con inserción anterior, es crucial prolongar la gestación, inhibir las contracciones uterinas, tratar y controlar adecuadamente la hemorragia preparto, fomentar la madurez fetal y planificar el parto en el momento oportuno para asegurar la seguridad perinatal tanto de la madre como del bebé.²²

Cuando se diagnostica una placenta previa durante el segundo trimestre del

embarazo, es poco probable que esta condición persista hasta el final del embarazo. Aunque entre el 1% y el 6% de las pacientes pueden ser diagnosticadas con placenta previa en el segundo trimestre, su incidencia disminuye a menos del 0,14%-0,3% al momento del parto. Se sugiere que el crecimiento y la elongación del segmento inferior del útero son responsables de la migración de la placenta hacia el fondo uterino, que está mejor irrigado en comparación con el tejido cicatricial en el segmento inferior del útero.^{22,23}

La distancia de la placenta con respecto al orificio cervical interno (OCI) durante el segundo trimestre es crucial para evaluar la probabilidad de que una placenta previa persista hasta el término del embarazo. Las placentas ubicadas a una distancia de 0 a 1 cm del OCI tienen una mayor probabilidad de persistir hasta el final del embarazo en comparación con aquellas situadas entre 1,1 y 2 cm del OCI. En el caso de que el borde de la placenta llega al OCI, pero no lo cubra, la probabilidad de que persista la placenta previa es prácticamente inexistente. Por otro lado, si la placenta cubre más de 2,5 cm del OCI, las probabilidades de que la placenta previa persista hasta el término del embarazo varían entre el 40% y el 100%.²³

Las características modificables de la cirugía, como el tipo de sutura y el método de cierre durante los partos por cesárea, pueden influir en la aparición de placenta previa en embarazos posteriores. Además, el trabajo de parto puede ser un factor de riesgo adicional que afecta la aparición de placenta previa en pacientes con antecedentes de cesárea, ya que las condiciones del parto pueden influir en la reparación uterina después de una cesárea.²⁴

Aproximadamente entre el 10% y el 20% de las placentas previas diagnosticadas a las 20 semanas de gestación continúan siendo diagnosticadas al final del tercer trimestre. Este fenómeno se atribuye al proceso de "trofotropismo", durante el cual la placenta crece hacia el área con mejor irrigación, que es el fondo uterino. Como resultado, la porción de la placenta cercana al cérvix tiende a atrofiarse. Por ello, solo una pequeña proporción de las placentas previas diagnosticadas a las 20 semanas persistirán hasta el final del embarazo. Cuanto más temprano se

diagnostique la placenta previa, mayor es la probabilidad de que se resuelva antes del tercer trimestre.²⁴

No se dispone de evidencia que defina con precisión el momento óptimo para realizar imágenes de seguimiento en embarazos con sospecha de placenta previa. En pacientes estables, se considera razonable llevar a cabo estudios de seguimiento alrededor de las 32 semanas de gestación, lo cual permite que las placentas de inserción baja puedan corregirse y evita la realización de estudios innecesarios. Es igualmente importante realizar una evaluación adicional alrededor de las 36 semanas de gestación si la placenta previa persiste, con el fin de determinar la mejor vía de parto y el momento adecuado para la entrega.²⁴

Varios factores pueden influir en la probabilidad de que una placenta previa persista hasta el momento del parto, tales como antecedentes de cesárea, la distancia entre el borde de la placenta y el orificio cervical interno, y el grosor del borde placentario. Además, las pacientes con antecedentes de cesárea presentan un mayor riesgo de acretismo placentario.²⁴

CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Metodología de la investigación

Estudio de prevalencia, observacional transversal y de tipo retrospectivo. La población escogida para el estudio estuvo conformada por todas las mujeres embarazadas con diagnóstico de placenta previa cuyo embarazo haya concluido en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el período 2021- 2023.

3.2. Población y muestra

Se estudió una población de 150 gestantes atendidas en el área materno- infantil del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2021 - 2023.

3.3. Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de placenta previa sintomática.
- Pacientes con al menos una ecografía reportada.

3.4. Criterios de exclusión:

- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes cuyo embarazo no finalizó en el hospital.

3.5. Técnicas de investigación

Utilización de datos secundarios en la investigación, por medio de la revisión de historias clínicas digitales, proporcionadas por el servicio de estadística posterior a los respectivos permisos y autorizaciones.

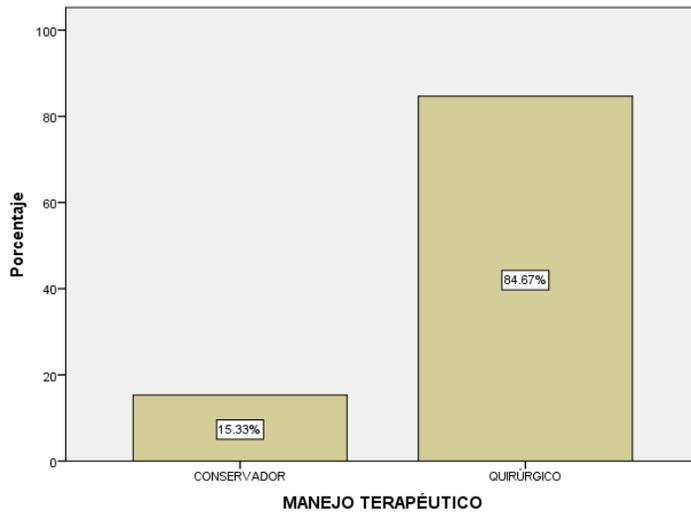
3.6. Operacionalización de las variables

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	RESULTADO
Manejo terapéutico	Proceder médico ante la patología	Categórica nominal dicotómica	Conservador Quirúrgico
Características placentarias	Características de placenta según su implantación	Categórica nominal politómica	Placenta previa marginal Placenta previa parcial Placenta previa completa
Edad gestacional	Semanas de gestación	Categórica nominal politómica	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre
Factores de riesgo	Condiciones de susceptibilidad	Categórica nominal politómica	Multiparidad Cesáreas previas Procedimientos uterinos previos Embarazo múltiple Anomalías uterinas Edad avanzada
Complicaciones	Efectos no deseados causados por la patología	Categórica nominal politómica	Sangrado Nacimiento prematuro Acretismo placentario Atonía uterina Muerte materna Muerte fetal

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Figura 1

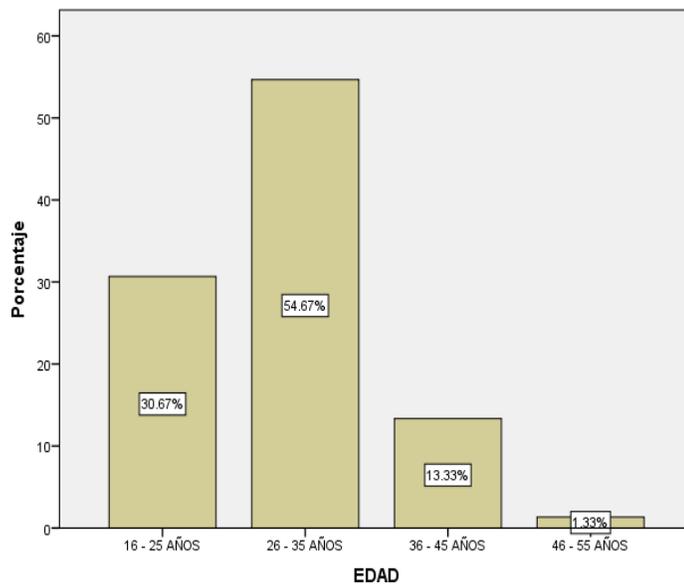
Prevalencia de manejo terapéutico de gestantes con placenta previa sintomática.



Resultados: El 15.33% de las pacientes con diagnóstico de placenta previa se manejaron con conducta conservadora y expectante, mientras que el 84.67% tuvieron un manejo quirúrgico (Tabla 1).

Figura 2

Edades en embarazadas con diagnóstico de placenta previa sintomática

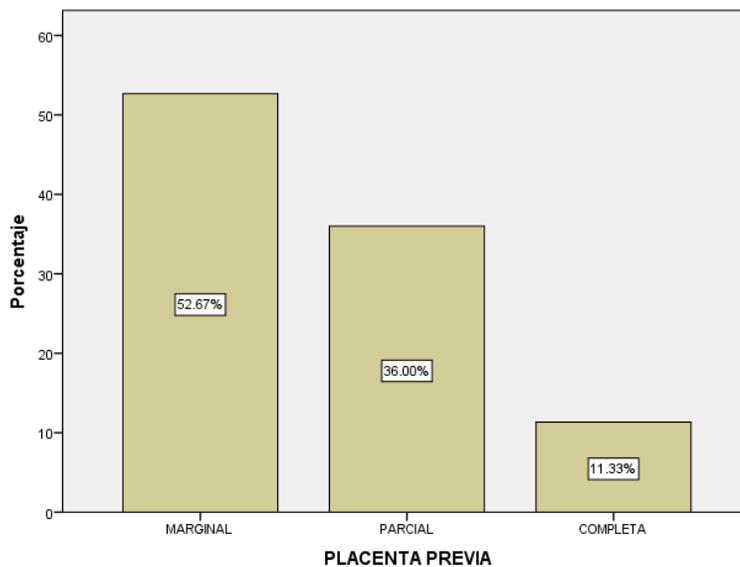


Resultados: El 30.67% de las gestantes se encontraron en el rango etario entre 16 y 25 años, el 54.67% entre 26 y 35 años, el 13.33% entre 36 y 45 años y el 1.33% entre 46 y 55 años (Tabla 2).

Más de la mitad de embarazadas en nuestro estudio tenían entre 26 y 35 años, mientras que la minoría fueron mujeres mayores de 46 años.

Figura 3

Tipos de placenta previa según su localización

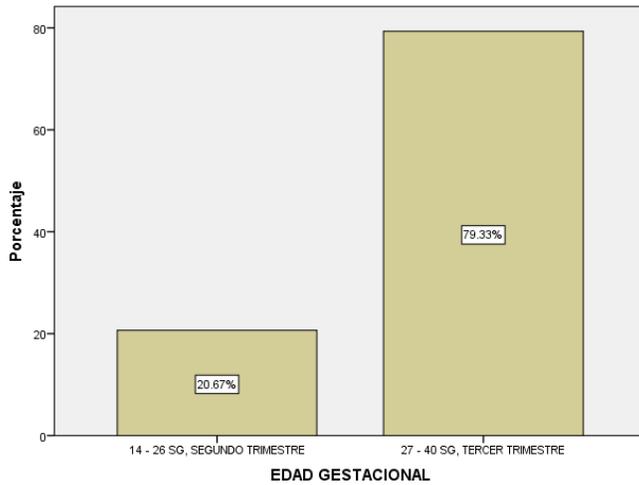


Resultados: El 52.67% de las gestantes presentó placenta marginal, el 36% placenta previa parcial y el 11.33% placenta previa completa (Tabla 3).

La mayoría de las pacientes presentó placenta previa de carácter marginal al momento del diagnóstico, mientras que en menos de la cuarta parte se diagnosticó placenta previa completa.

Figura 4

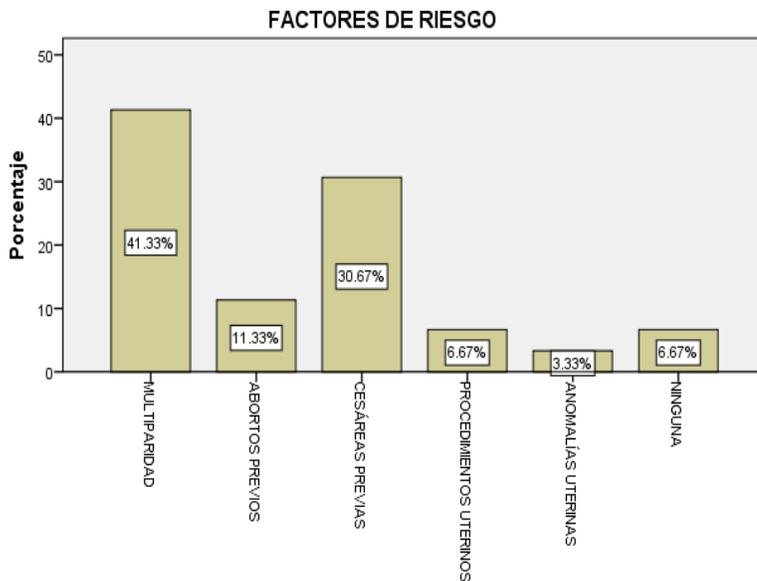
Edad gestacional al momento de diagnóstico de placenta previa



Resultados: El 79.33% de las pacientes se encontraban en el tercer trimestre de gestación, mientras que el 20.67% se encontraban en su segundo trimestre (Tabla 4). Ninguna paciente se reportó con embarazo menor a 14 semanas al momento del parto.

Figura 5

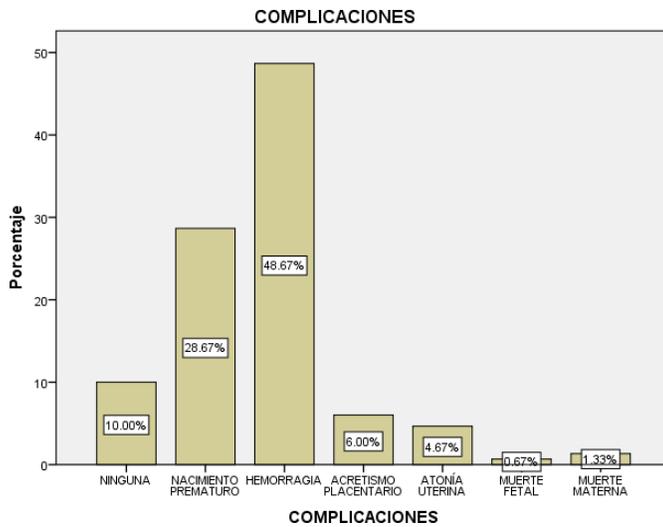
Factores de riesgo asociados en embarazadas con placenta previa sintomática.



Resultados: El 41.33% de las pacientes estudiadas presentaron antecedentes de multiparidad, 11.33% de abortos previos, 30.67% de cesáreas previas, 6.67% fueron sometidas a procedimientos uterinos previos, en 3,33% se reportó algún tipo de anomalía uterina, y el 6,67% no presentó ningún factor de riesgo para presentar placenta previa (Tabla 5).

Figura 6

Complicaciones en gestantes con placenta previa sintomática.



Resultados: En el 10.00% de las gestantes de nuestro estudio no se reportaron complicaciones, el 28.67% de las gestas culminó en parto prematuro, el 48.67% reportaron hemorragias moderadas a severas, 6.00% reportaron acretismo placentario, 4.67% atonía uterina, el 0.67% de las gestas culminó en muerte fetal, y el 1.33% en muerte materna (Tabla 6).

VI. DISCUSIÓN

Debido a los riesgos y complicaciones, tanto fetales como maternas, es generalmente aceptado que la cesárea sea el método de elección de parto. En nuestro estudio, el abordaje quirúrgico se llevó a cabo en el 84.7% de las pacientes, mientras que el 15.3% de ellas llevó seguimiento conservador hasta el parto. En un estudio realizado por Torres-Berra et al., el 72.7% de las gestantes con placenta previa estudiadas finalizaron sus partos por cesárea, mientras que el 27.2% fueron parto vaginal, la mayoría sin complicaciones. Publicaciones anteriores sugieren mayores porcentajes de parto quirúrgico, de hasta 100%, posiblemente debido a la actual introducción del manejo expectante.²⁵

El 54.67% de las gestantes estudiadas, es decir la mayoría, tenía entre 26 y 35 años al momento de la investigación, con una mediana que se situó en 30 años. Rodríguez M, en su investigación doctoral analizó gestantes con diagnóstico de placenta previa, cuya mediana de edad fue 28 años, un valor cercano al de nuestro estudio. Las edades máximas y mínimas reportadas en su caso fueron de 38 y 18 años, mientras que en nuestra población fueron 47 y 16 respectivamente, teniendo rangos similares.²⁶

En cuanto a las características de la placenta previa, encontramos que el 52.7% de nuestras pacientes reportaron ser marginales, 36.0% previa parcial y el 11.3% restante previa total. Quispelayo R, encontró que en su estudio de gestantes con placenta previa el 55.0% eran de inserción baja o marginales, el 35.0% previa parcial y el 10.0% previa total. Estos valores concuerdan bastante con los obtenidos en nuestra investigación, sin embargo los valores difieren con otros autores con mayor población de estudio en donde la placenta previa total abarca la mayoría de casos.²⁷

Con respecto a la edad gestacional al momento del parto, encontramos que el 79.33% de las pacientes se encontraban entre las 27 y 40 semanas, el 20.67% entre las semanas 14 a 26, y ninguna con menos de 14 semanas de gestación, con una media de 37.5 semanas. Saez V. et al, realizó un estudio

en el que se analizó el manejo expectante en pacientes con placenta previa, al término del embarazo todas tenían más de 35.2 semanas de gestación, con una media de 37.3 semanas, valor que se asemeja a nuestros resultados.²⁸

Los factores de riesgo asociados a la placenta previa son varios, sin embargo, la literatura destaca los más comunes. En nuestras pacientes, el 41.33% presentaron antecedentes de multiparidad, siendo este uno de los principales riesgos obstétricos descritos. Torres K et al, describe en su investigación un 64.7% de multiparidad previa en sus pacientes, valor que no dista exponencialmente de nuestros resultados²⁵. Encontramos entre nuestras gestantes que el 11.33% tenía antecedentes de aborto y el 30.67% más de una cesárea previa. Sáez V. et al., describió 78.55% de gestantes con antecedentes de aborto y 42.85% de cesáreas previas. Este segundo valor es cercano a nuestro resultado, sin embargo, la prevalencia los abortos difiere bastante. Los resultados con varios estudios son igualmente dispares

29.

6.67% de las participantes en nuestro estudio fueron sometidas a procedimientos uterinos previos, 3.33% reportó anomalías uterinas, y el 6.67% de ellas no presentó ningún factor de riesgo conocido. Torres K. et al, describió antecedentes de diversos procedimientos uterinos previos en el 23.52% de su población, anomalías uterinas en el 17.64%, y ninguna gestante sin factores de riesgo asociados. De manera general, esta última población contaba con mayor cantidad de riesgos obstétricos que la nuestra, razón por la que ciertos porcentajes son más elevados que nuestros resultados²⁵.

Finalmente, se describieron las complicaciones que se produjeron durante o después del parto. Se encontró que el 28.67% de los partos fueron prematuros, 48.67% registraron hemorragias de moderadas a severas, 6.00% acretismo placentario, 4.67% atonía uterina. Se reportó además 1 muerte fetal y 2 muertes maternas. El 10.00% no presentó ninguna

complicación. Bayona R. en su estudio de gestantes con placenta previa encontró pretérmino en más de la mitad de ellas con el 64%, además reportó una muerte materna ³⁰. Sáez V, et al, registró en su estudio un 20% de pacientes con hemorragias de gran cuantía durante el parto, valor menor a los hallados en nuestro estudio; así mismo, reporta 44.44% de pacientes con diagnóstico de acretismo placentario, valor muy alejado al nuestro, posiblemente debido a la variación en tamaño de población y enfoques del estudio, pues ellos procuraron abarcar varias pacientes con este espectro de placenta ²⁹. Sierra V, et al., reportó entre sus gestantes de estudio atonía uterina en el 10.3% de las mismas, no se informaron de fallecimientos neonatales ³¹.

VII. CONCLUSIONES

Tras obtener los valores de cada variable estudiada, podemos concluir que de nuestra población de gestantes con placenta previa:

- Más del 80% de los embarazos en cuestión fueron manejados mediante cirugía, mientras que la minoría llevó seguimiento expectante que concluyó en parto vaginal.
- Los rangos de edades abarcaron desde los 16 hasta los 47 años, con una media de 26.
- Más del 70% de placentas previas estudiadas fueron reportadas como marginales, seguido de las parciales y siendo las totales la minoría.
- Más del 70% de las gestantes culminaron su parto durante las semanas 27 a 40.
- Los principales factores de riesgo asociados a placenta previa fueron la multiparidad y cesáreas previas.
- La mayor complicación fueron las hemorragias, seguidas por los nacimientos prematuros.

VIII. RECOMENDACIONES

Fortalezas: Al utilizar métodos de documentación mediante historias clínicas certificadas, se garantiza que la información utilizada es fidedigna y disminuye la posibilidad de contar con diagnósticos erróneos en el estudio.

Debilidades: La población utilizada para este estudio no fue tan voluminosa como en otras investigaciones, lo que podría llevar a resultados poco conclusos.

Recomendamos la realización de más investigaciones sobre este tema en períodos de tiempo más prolongados y de metodologías prospectivas, que ayuden a evaluar y dar seguimiento a las conductas expectantes en estos casos específicos. Además, es necesario que las historias clínicas ginecológicas y obstétricas cuenten con toda la información necesaria para categorizar correctamente ciertas variables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silver RM, Branch DW. Placenta Accreta Spectrum. New England Journal of Medicine [Internet]. 378(16): 1529–36.
2. Dueñas G O, Rico O H, Rodríguez B M. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2007
Disponble en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Einerson BD, Gilner JB, Zuckerwise LC. Placenta Accreta Spectrum. Obstetrics and gynecology. 142(1):31–50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37290094/>
4. Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. 2017
Disponble en: www.salud.msp.gob.ec
5. Jauniaux E, Bhide A, Kennedy A, Woodward P, Hubinont C, Collins S, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. el 1 de marzo de 2018;140(3):274–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29405319/>
6. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Duncombe G, Klaritsch P, Chantraine F, Kingdom J, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Introduction,. International Journal of Gynecology & Obstetrics [Internet]. 1 de marzo de

- 2018;140(3):261–4. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12406>
7. Watcharasin P, Pranpanus S, Suwannanon R, Rajaborirug S. Effective training program for antenatal diagnosis of placenta accreta spectrum disorder. International Journal of Gynecology & Obstetrics [Internet]. 2023; Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.14806>
8. Placenta accreta spectrum: Management - UpToDate [Internet]. Disponible en:
https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/placentaaccreta-spectrum-management?search=placenta-accreta&source=search_result&selectedTitle=2~61&usage_type=default&display_rank=2
9. Sentilhes L, Kayem G, Chandraharan E, Palacios-Jaraquemada J, Jauniaux E, Duncombe G, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management,. International Journal of Gynecology & Obstetrics [Internet]. el 1 de marzo de 2018;140(3):291–8. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12410>
10. Allen L, Jauniaux E, Hobson S, Papillon-Smith J, Belfort MA, Duncombe G, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Nonconservative surgical management. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2018;140(3):281– 90.

11. Sentilhes L, Kayem G, Chandraharan E, Palacios-Jaraquemada J, Jauniaux E, Duncombe G, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management,. International Journal of Gynecology & Obstetrics [Internet]. el 1 de marzo de 2018;140(3):291–8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12410>
12. Wilches-Llanos A, Palazuelos-Jiménez G, Trujillo-Calderón S, RomeroEnciso J. Diagnóstico prenatal de acretismo placentario: hallazgos y utilidad del ultrasonido y la resonancia magnética. Reporte de casos en el Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá (Colombia). Rev Colomb Obstet Ginecol. 2014 Dec 15;65(4):346.
13. Villagómez-Mendoza EA, Reyes-López C, Orozco-Gutiérrez I, Martínez M. Tratamiento de pacientes con placenta anormalmente adherida, con hemorragia. Revisión sistemática. Ginecología y Obstetricia de México. :13.
14. Placenta previa. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2013 Jun;56(6):334–47.
15. Fan D, Xia Q, Liu L, Wu S, Tian G, Wang W, et al. The Incidence of Postpartum Hemorrhage in Pregnant Women with Placenta Previa: A Systematic Review and Meta-Analysis. Spracklen CN, editor. PLoS ONE. 2017 Jan 20;12(1):e0170194.

16. Jing L, Wei G, Mengfan S, Yanyan H. Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa. Weintraub A, editor. PLoS ONE. 2018 Jul 17;13(7):e0200252.
17. Kato S Tanabe A Kanki K et al. Local injection of vasopressin reduces the blood loss during cesarean section in placenta previa. J Obstet Gynaecol Res. 2014; 40(5): 1249–1256
18. Yoon S-Y You J-Y Choi S-J Oh S-Y Kim J-H Roh C-R. A combined ultrasound and clinical scoring model for the prediction of peripartum complications in pregnancies complicated by placenta previa. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Bio-logy. 2014; 180: 111–115
19. Lal AK, Hibbard JU. Placenta previa: an outcome-based cohort study in a contemporary obstetric population. Arch Gynecol Obstet. 2015 Aug;292(2):299–305.
20. MacGibbon A, Ius YM. Conservative management of abnormally invasive placenta previa after midtrimester foetal demise. Case Rep Obstet Gynecol. 2018;2018:7478437.
21. Fan D, Xia Q, Liu L, Wu S, Tian G, Wang W, et al. The incidence of postpartum hemorrhage in pregnant women with placenta previa: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12:e0170194.
22. Jing L, Wei G, Mengfan S, Yanyan H. Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa. Weintraub A, editor. PLoS ONE. 2018 Jul 17;13(7):e0200252.

23. Jauniaux E, Dimitrova I, Kenyon N, Mhallem M, Kametas NA, Zosmer N, et al. Impact of placenta previa with placenta accreta spectrum disorder on fetal growth. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019 Nov;54(5):643–9.
25. Balayla J, Desilets J, Shrem G. Placenta previa and the risk of intrauterine growth restriction (IUGR): a systematic review and meta-analysis. *J Perinat Med.* 27 de agosto de 2019;47(6):577-84
24. Li X, Feng Y. Complete placenta previa in the second trimester: clinical and sonographic factors associated with its resolution. *Ginekol Pol.* 2019;90(9):539-43.
25. Torres-Berra KC, et al. Placenta previa: risk factors and impact on maternal and neonatal morbidity and mortality in Bogotá, Colombia. *Rev. Fac. Med.* 2022;70(3):e91936. English. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.91936>
26. Rodríguez M. Prevalencia de placenta previa en un hospital de tercer nivel y sus complicaciones (2021) (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
27. Quispelayo Ramos, Cristhian Esequiel. "Incidencia y factores de riesgos asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Hipolito Unanue, El Agustino. año 2018." (2020).
28. Viviana de la Caridad, Saez Cantero, Arroyo Díaz Mario Joel, and Pompa Montes de Oca Luis Enrique. "Manejo expectante de los

trastornos del espectro de placenta acreta en un centro designado."

Ginecobs2023. 2023.

29. Cantero, Viviana de la Caridad Sáez, et al. "Resultados de la aplicación de una estrategia para el manejo de los trastornos del espectro de placenta acreta." Convención Internacional de Salud, Cuba Salud. (2022)
30. Bayona Calle, Renzo Renato. "Parto por cesárea debido a placenta previa como factor de riesgo para acretismo placentario." Tesis para optar el título profesional". (2023).
31. Alfonso, Victor Manuel Sierra. "Caracterización de las complicaciones quirúrgicas de la puérpera cesareada y su tratamiento." Medimay 30.2 (2023): 190-197.

TABLAS

MANEJO TERAPÉUTICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CONSERVADOR	23	15.3	15.3	15.3
	QUIRÚRGICO	127	84.7	84.7	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	16 - 25 AÑOS	46	30.7	30.7	30.7
	26 - 35 AÑOS	82	54.7	54.7	85.3
	36 - 45 AÑOS	20	13.3	13.3	98.7
	46 - 55 AÑOS	2	1.3	1.3	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

EDAD GESTACIONAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	14 - 26 SG, SEGUNDO TRIMESTRE	31	20.7	20.7	20.7
	27 - 40 SG, TERCER TRIMESTRE	119	79.3	79.3	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

N	Válido	150
	Perdidos	0
Media		29.69
Mediana		30.00
Mínimo		16
Máximo		47

PLACENTA PREVIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MARGINAL	79	52.7	52.7	52.7
	PARCIAL	54	36.0	36.0	88.7
	COMPLETA	17	11.3	11.3	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

FACTORES DE RIESGO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MULTIPARIDAD	62	41.3	41.3	41.3
	ABORTOS PREVIOS	17	11.3	11.3	52.7
	CESÁREAS PREVIAS	46	30.7	30.7	83.3
	PROCEDIMIENTOS UTERINOS PREVIOS	10	6.7	6.7	90.0
	ANOMALÍAS UTERINAS	5	3.3	3.3	93.3
	NINGUNA	10	6.7	6.7	100.0
	Total		150	100.0	100.0

COMPLICACIONES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NINGUNA	15	10.0	10.0	10.0
	NACIMIENTO PREMATURO	43	28.7	28.7	38.7
	HEMORRAGIA	73	48.7	48.7	87.3
	ACRETISMO PLACENTARIO	9	6.0	6.0	93.3
	ATONÍA UTERINA	7	4.7	4.7	98.0
	MUERTE FETAL	1	.7	.7	98.7
	MUERTE MATERNA	2	1.3	1.3	100.0
	Total		150	100.0	100.0



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Villacis Hidalgo, Yerlyn Narcisa**, con C.C: #0927045849, y **Hurtado Taiano, Genoveffa Maeba**, con C.C: #0952177634, autoras del trabajo de titulación: **Prevalencia de manejo quirúrgico en pacientes con placenta previa sintomática atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el período 2021-2023** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de septiembre de 2024

f. 

Villacis Hidalgo, Yerlyn Narcisa

C.C: 0927045849

f. 

Hurtado Taiano, Genoveffa Maeba

C.C: 0952177624



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de manejo quirúrgico en pacientes con placenta previa sintomática atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el período 2021-2023.		
AUTOR(ES)	Villacis Hidalgo, Yerlyn Narcisa Hurtado Taiano, Genoveffa Maeba		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Briones Jiménez, Roberto Leonardo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de septiembre de 2024	No. DE PÁGINAS:	34 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Técnicas de Diagnóstico Obstétrico y Ginecológico, Mujeres Embarazadas, Ginecología, Obstetricia.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Placenta previa, ginecología, obstetricia, factores de riesgo, multiparidad.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La placenta previa es una de las mayores causas de complicaciones obstétricas, así como morbimortalidad tanto para la madre como para el feto, por lo que su diagnóstico oportuno y el seguimiento adecuado es de vital importancia. El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia del manejo quirúrgico en gestantes con diagnóstico de placenta previa, así como caracterizando las principales variables asociadas a esta condición. Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, mediante la recolección de información de historias clínicas de pacientes atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo y hayan finalizado ahí su embarazo con diagnóstico de placenta previa durante los años 2021 – 2023. Resultados: Se encontró que más del 80% de los embarazos en cuestión fueron manejados mediante cirugía, mientras que la minoría llevó seguimiento expectante que concluyó en parto vaginal. Los rangos de edades abarcaron desde los 16 hasta los 47 años, con una media de 26. Más del 70% de placentas previas estudiadas fueron reportadas como marginales, seguido de las parciales y siendo las totales la minoría. Además, el 70% de las gestantes culminaron su parto durante su tercer trimestre de embarazo. Conclusión: El manejo de parto quirúrgico tuvo una gran prevalencia, corroborando con otras fuentes en ser el método de elección ante esta condición placentaria.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 098 659 2936 098 194 8901	genoveffa.hurtado@cu.ucsg.edu.ec yerlyn.villacis@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			