



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
CON PLACENTA PREVIA A NIVEL MUNDIAL”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**

AUTORES: CEDILLO FIGUEROA CARLOS ALBERTO

UNDA CANDO JESSICA PAOLA

DIRECTOR: LCDO. RODRIGO SALVADOR PUMA QUITO, MGS.

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
CON PLACENTA PREVIA A NIVEL MUNDIAL”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**

AUTORES: CEDILLO FIGUEROA CARLOS ALBERTO

UNDA CANDO JESSICA PAOLA

DIRECTOR: LCDO. RODRIGO SALVADOR PUMA QUITO, MGS

CUENCA – ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Jessica Paola Unda Cando portadora de la cédula de ciudadanía N° **0106057847** y **Carlos Alberto Cedillo Figueroa** portador de la cédula de ciudadanía N° **0106624265**. Declaramos ser los autores de la obra: **“Intervenciones de enfermería en pacientes con placenta previa a nivel mundial”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **20 de marzo de 2024**

Jessica Paola Unda Cando

C.I. 01006057847

Carlos Alberto Cedillo Figueroa

C.I. 0106624265

CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, **Rodrigo Salvador Puma Quito**, con cedula de identidad N° **010546033-1** en calidad de director del trabajo de titulación con el tema: **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON PLACENTA PREVIA A NIVEL MUNDIAL”**, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Jessica Paola Unda Cando con cedula de identidad N° 010605784-7 y Carlos Alberto Cedillo Figueroa con cedula de identidad N° 010662426-5, bajo mi supervisión.



RODRIGO SALVADOR
PUMA QUITO

Lcdo. Rodrigo Salvador Puma Quito
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Agradecimiento

Agradecemos a Dios nuestro padre por darnos la fuerza para poder superar los desafíos y alcanzar nuestras metas, su guía y su protección han sido fundamentales en este camino; gracias por poner personas extraordinarias en el camino que han sido un apoyo y compañía durante todo este proceso de formación profesional y cumplir el sueño de ser licenciados de enfermería.

A la Universidad Católica de Cuenca, docentes y personal administrativo quienes nos abrieron las puertas de la institución y poder formarnos en ella, a su vez reiteramos el agradecimiento infinito a cada uno de nuestros profesores quienes nos impartieron sus conocimientos en esta etapa de formación.

A mi director de titulación Lcdo. Rodrigo Salvador Puma Quito, Mgs. sin usted y sus virtudes, su paciencia y constancia este trabajo no lo hubiésemos logrado tan fácil. Sus consejos fueron siempre útiles; formó parte importante de esta historia con sus aportes profesionales que lo caracterizan; una vez más, un millón de gracias por sus palabras de aliento en nuestros momentos de debilidad y obstáculos presentes.

A todas las personas que nos estuvieron motivando y apoyando siempre se les agradece desde el fondo de nuestro corazón, que Dios les colme de bendiciones y les cuide siempre para que sigan siendo excelentes seres humanos como lo han sido hasta el día de hoy.

Carlos Alberto Cedillo Figueroa

Jessica Paola Unda Cando

Dedicatoria

La presente tesis está dedicada a mi Dios padre todo poderoso por permitirme llegar hasta el final de mi carrera.

A mi mami Ligia Cando por su amor inmenso el ser toda la vida padre y madre y estar siempre en las buenas y malas que se nos presentaba en el camino; por haber confiado una vez más en mí y que esta vez si iba a terminar con éxito la meta que me propuse y que se sienta orgullosa de todo su esfuerzo dado.

A mis hermosas hijas Camila, Emily y Martina por su comprensión y paciencia dándome palabras de aliento, sacándome sonrisas y compartiendo siempre mis triunfos.

A cada una de mis tías Rosario Cando, Dora Cando, Piedad Cando ustedes tías con su apoyo incondicional sus consejos, regaños pilar fundamental en este proceso.

A mi prima Silvana Ochoa con sus jalones de oreja, sus sabios consejos su apoyo total siempre festejando mis logros.

A mi hermana Karen Unda que llego a mi vida hace poco, pero parece que nos conociéramos de toda una vida gracias por estar presente guiarme y quererme como tu hermanita pequeña.

A todos y cada uno de mis familiares que me brindaron su apoyo y me alentaban a seguir gracias.

A mis amigas y amigos que encontré en la Universidad y ahora son amigos de vida Sandra Lojano, Verónica Pérez, Alexander Puma, Kevin Sánchez gracias por ser excelentes seres humanos.

Jessica Paola Unda Cando

Dedicatoria

Lleno de orgullo quiero dedicar esta tesis principalmente a Dios quien guio y me brindó fuerza durante todo este viaje académico.

Agradezco sinceramente a mi madre Sandra cuyo amor incondicional y apoyo constante han sido mi soporte en los momentos más difíciles, te debo mucho porque sin tu esfuerzo nada de esto hubiera sido posible te amo mama

A mi padre Mario que a pesar de la distancia siempre me hizo sentir su presencia con sus mensajes de aliento que contribuyeron a mi desarrollo personal y profesional.

También quiero reconocer a mis abuelitos José y Zoila por forjarme con valores y reglas para ser la persona que soy en la actualidad y con su gran cariño me motivaron día a día para alcanzar cada uno de mis sueños.

A mi querida hermana, gracias por siempre estar ahí cuando te necesitaba, por ser mi gran amiga. ha sido una fuente constante de alegría y motivación en este camino.

También quiero agradecer a una persona muy especial que con su presencia, apoyo y motivación me dio la fuerza para no rendirme.

A todos ustedes, les debo mi más profundo agradecimiento. Sin su amor, apoyo y aliento, este logro no habría sido posible.

Y, por último, pero no menos importante, deseo reconocer el duro esfuerzo que he puesto en este trabajo. Ha sido un camino lleno de desafíos y sacrificios que solo yo sé y soy consciente lo que me costó llegar aquí, pero cada obstáculo ha sido una oportunidad para crecer y aprender.

Carlos Alberto Cedillo Figueroa

Índice

Resumen.....	4
Abstrac.....	5
Introducción	6
Metodología	9
Resultados.....	10
Prevalencia de la PP a nivel mundial.....	11
Factores asociados de la PP.....	13
Complicaciones de la PP.....	14
Tratamiento de la PP.....	15
Intervenciones de enfermería en la PP.....	17
Conclusiones.....	21
Referencias bibliográficas	23

Resumen

La placenta previa representa un riesgo significativo de hemorragia antes o después del parto, lo cual, puede resultar en un incremento de los índices de complicaciones y fallecimientos tanto en mujeres gestantes y neonatales. **Objetivo:** Analizar a través de una revisión bibliográfica la placenta previa nivel mundial. **Metodología:** Se utilizaron múltiples bases de datos y ecuaciones de búsqueda, tanto en inglés como en español para realizar un análisis inicial de 1.038 artículos. De estos, se realizó una evaluación exhaustiva de 400 artículos. A través de un proceso de selección, se identificó 150 documentos que eran relevantes para nuestra investigación. De estos, 63 documentos cumplieron perfectamente con los criterios de selección, incluidos 64 artículos científicos y 1 informe estadístico del INEC de Ecuador. **Resultados:** La investigación revela una variedad de tasas de placenta previa a nivel mundial, que van del 2,3% al 12,2%; estas tasas pueden variar según factores como el origen étnico y las condiciones obstétricas. Se destacan factores de riesgo como la edad materna avanzada y procedimientos quirúrgicos específicos. Con frecuencia se encuentran complicaciones graves, como sangrado durante el parto. Explorar el potencial de tratamientos y fármacos menos invasivos, como los corticosteroides y el ácido tranexámico es importante para el tratamiento de la placenta previa. **Conclusión:** Se destaca el papel crucial de las enfermeras en la educación, la prestación de atención integral y el apoyo emocional a las mujeres afectadas por placenta previa y sus familias.

Palabras clave: Placenta previa, prevalencia, complicaciones, mujeres, intervenciones de enfermería.

Abstrac

Placenta previa represents a significant risk of bleeding before or after childbirth, which can result in increased rates of complications and fatalities in pregnant women and newborns. **Objective:** To analyze, through a literature review, the worldwide prevalence of placenta previa. **Methodology:** Multiple databases and search equations were used in English and Spanish to analyze 1,038 articles. Of these, a comprehensive evaluation of 400 articles was conducted. Through a screening process, 150 papers relevant to the research were identified. Sixty-three documents met the selection criteria, including 64 scientific articles and one statistical report from the National Statistics and Census Institute (INEC by its Spanish acronym). **Results:** The research reveals a range of placenta previa rates worldwide, varying from 2.3% to 12.2%; these rates may fluctuate depending on factors including ethnic origin and obstetric conditions; risk factors like advanced maternal age and specific surgical procedures are highlighted. Severe complications, such as bleeding during childbirth, are frequently encountered. Exploring the potential of conventional treatments and less invasive drugs, such as, corticosteroids and tranexamic acid, is essential for managing placenta. **Conclusion:** The crucial role of nurses in educating, providing comprehensive care, and offering emotional support to women affected by placenta previa and their families is emphasized.

Keywords: Placenta previa, prevalence, complications, women, nursing interventions.

Introducción

La Placenta Previa (PP) emerge durante el embarazo cuando la placenta bloquea parcial o completamente el cuello uterino; este órgano vital se desarrolla dentro del útero durante la gestación, proporcionando oxígeno, nutrientes y eliminando los desechos del feto en desarrollo, normalmente, se adhiere a la parte superior o lateral del útero, conectándose al bebé mediante el cordón umbilical; no obstante, en casos de PP, la placenta se implanta en la parte inferior del útero, cubriendo parcialmente la entrada, este escenario puede desencadenar hemorragias durante el embarazo o el parto; a lo largo del embarazo, las transformaciones en el útero y la placenta pueden solucionar este problema naturalmente si no ocurre así, el parto se llevará a cabo por cesárea (1).

La presencia de PP representa un riesgo significativo de hemorragia antes o después del parto, lo cual puede resultar en un incremento de los índices de complicaciones y fallecimientos tanto en mujeres gestantes y neonatales; una mujer embarazada con PP necesita someterse a la interrupción a mitad del embarazo debido a una malformación fetal grave, la muerte fetal, los riesgos de hemorragia masiva, coagulación intravascular diseminada (CID), histerectomía y otros resultados adversos pueden ser altos; los factores de riesgo presentes antes el embarazo puede estar relacionado con las características individuales y las condiciones sociodemográficas desfavorables, los antecedentes reproductivos historial o condiciones clínicas preexistentes (2,3).

El sangrado durante el embarazo puede ser especialmente peligroso para mujeres que tienen PP en el segundo trimestre, en estos casos, se recurre a procedimientos como la cesárea o la histerectomía para detener la hemorragia, pero estos representan riesgos quirúrgicos obstétricos importantes; estas intervenciones se asocian con un mayor riesgo de hemorragia durante y después de la operación, lo que a su vez aumenta la necesidad de transfusiones sanguíneas y otros procedimientos quirúrgicos; para abordar la hemorragia posparto y otras complicaciones relacionadas con la placenta, se ha utilizado ampliamente la embolización de la arteria uterina (EAU), incluso en casos de embarazos con cicatrices de cesárea, aun que algunos investigadores han explorado la opción de utilizar la EAU de manera preventiva para evitar la hemorragia, surge un problema: un uso excesivo de la embolización de la arteria uterina puede ocasionar complicaciones adicionales, como dolor intenso después de la intervención, insuficiencia ovárica, menstruación irregular o afectación de la fertilidad (4,5).

La prevalencia de la PP en la actualidad, se estima entre tres a cinco por cada 1.000 partos, este problema obstétrico está relacionado con graves complicaciones maternas y resultados fetales/neonatales adversos; para controlar la hemorragia masiva pueden ser necesarios medicamentos uterotónicos, taponamiento con balón intrauterino, intervenciones quirúrgicas graves (suturas de compresión uterina, ligadura de la arteria uterina/hipogástrica, etc) e histerectomía (6). La morbilidad y la mortalidad maternas aumentan en las mujeres con PP, con mayor frecuencia debido a la hemorragia masiva y a las complicaciones quirúrgicas (7,8).

La interrupción del embarazo en el segundo trimestre, especialmente en pacientes con PP, plantea desafíos clínicos significativos; se ha abordado esta complejidad mediante técnicas como la oclusión con balón y la embolización de la arteria uterina, que no solo mejoran la función de coagulación en mujeres con PP de alto riesgo durante la cesárea, sino que también reducen la pérdida de sangre y la necesidad de inyecciones de plasma; estas intervenciones no solo tienen beneficios hemorrágicos, sino que también contribuyen a acortar la duración de la estancia hospitalaria tanto para la madre como para el hijo, ofreciendo una perspectiva más integral en el manejo de esta compleja situación clínica (9,10).

La PP y las complicaciones fetomaternas que la acompañan aumentan, debido al aumento mundial de las tasas de partos por cesárea, las tendencias de las técnicas de reproducción asistida y el retraso de los embarazos a edades más avanzadas la PP es un contribuyente importante a los partos prematuros iatrogénicos y en su mayoría emergentes, que se suman al aumento de la morbilidad y mortalidad neonatal (11,12).

Se identifica que la cesárea es el método de parto seguro y adecuado para los embarazos que presentan PP, pues se considera una complicación grave del embarazo, esta afección se asocia con partos por cesárea previos, gestaciones múltiples y aumento de la edad materna; las vellosidades placentarias pueden adherirse, invadir o penetrar anormalmente el miometrio causando accreta, increta o percreta, respectivamente, el estándar de oro para el diagnóstico de PP es la ecografía transvaginal (13–15).

El uso de antibióticos y un enfoque conservador en casos de ruptura prematura de membranas antes del término ayuda a prolongar el embarazo y reduce el riesgo de infecciones tanto para la madre como para el recién nacido, así como la morbilidad asociada con la edad gestacional (16). En casos de PP si no hay presencia de hemorragia,

no se detecta acretismo por ultrasonido, la distancia entre el borde placentario y el orificio cervical interno es mayor a 20 mm, y no hay contraindicaciones para el parto vaginal, existe la posibilidad razonable de un parto vaginal, en caso contrario, se optará por una cesárea por recomendación obstétrica (17).

El modelo de enfermería de control de la alimentación llena las lagunas y los defectos existentes en la enfermería especializada de rutina, y propone medidas prácticas para mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes; este modelo refleja varias ideas, las combina con la condición específica del embarazo, y evalúa las posibles condiciones adversas, que pueden aparecer durante el tratamiento expectante (6).

Esta investigación nace por la necesidad de determinar la prevalencia, factores asociados, diagnóstico, causas, tratamiento e intervenciones de enfermería en pacientes con PP, con la finalidad de dar a conocer la prevalencia y complicaciones que provoca, también busca concientizar a la población sobre los daños colaterales y los factores de riesgo a los que están expuestas las personas de grupos vulnerables y no vulnerables. La PP conduce a un suministro insuficiente de sangre a la placenta, lo que induce la adhesión o implantación de la placenta, dificultando su separación de la madre durante el parto. Aumenta el riesgo de hemorragia posparto y pone en peligro la vida de la madre y el niño. La muerte materna debida a una hemorragia masiva durante parto por cesárea es una complicación que pone en peligro la vida de las gestantes con PP que rechazan las transfusiones de sangre por motivos religiosos. Para minimizar este problema, la terapia multidisciplinar, las cuales incluyen la inserción de catéteres de balón en la arteria la arteria ílica común/interna, la ligadura/embolización de la arteria uterina arteria uterina, ANH, IBS y la administración de productos biológicos, se recomienda en esta patología.

Con base en las consideraciones previamente expuestas, el propósito principal de esta investigación es explorar de manera teórica las intervenciones de enfermería en pacientes con PP a nivel global. En vista de las incertidumbres que se encuentran en torno a la etiología precisa de la PP, se abordarán varios aspectos clave que guiarán este estudio. Se buscará determinar la prevalencia de PP en gestantes, identificar los factores asociados a esta condición en mujeres embarazadas, examinar las complicaciones que pueden surgir en casos de PP, analizar el abordaje terapéutico recomendado en esta situación y evaluar las diversas intervenciones de enfermería destinadas a brindar el mejor cuidado posible a las pacientes afectadas por esta condición.

Metodología

Tipo de investigación

El presente trabajo corresponde a una investigación de carácter de revisión bibliográfica con alcance descriptivo en la que se realizó una búsqueda de documentos relacionados con las intervenciones de enfermería en pacientes con PP a nivel mundial. Las bases de datos que se utilizaron en el presente trabajo incluyen Science Direct, Scopus, Taylor & Francis, ProQuest, Pubmed, Redalyc, Researchgate, Scielo e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Para la identificación de documentos se utilizó ecuaciones de búsqueda mediante el uso de operador booleano “AND” empleando con una combinación de palabras clave en idioma español e inglés como: “Prevalence” and “Previa placenta” and “Placenta Previa”, “Risk factors” and “womens” and “Placenta Previa”, “Women” and “Treatment” and “Placenta Previa”.

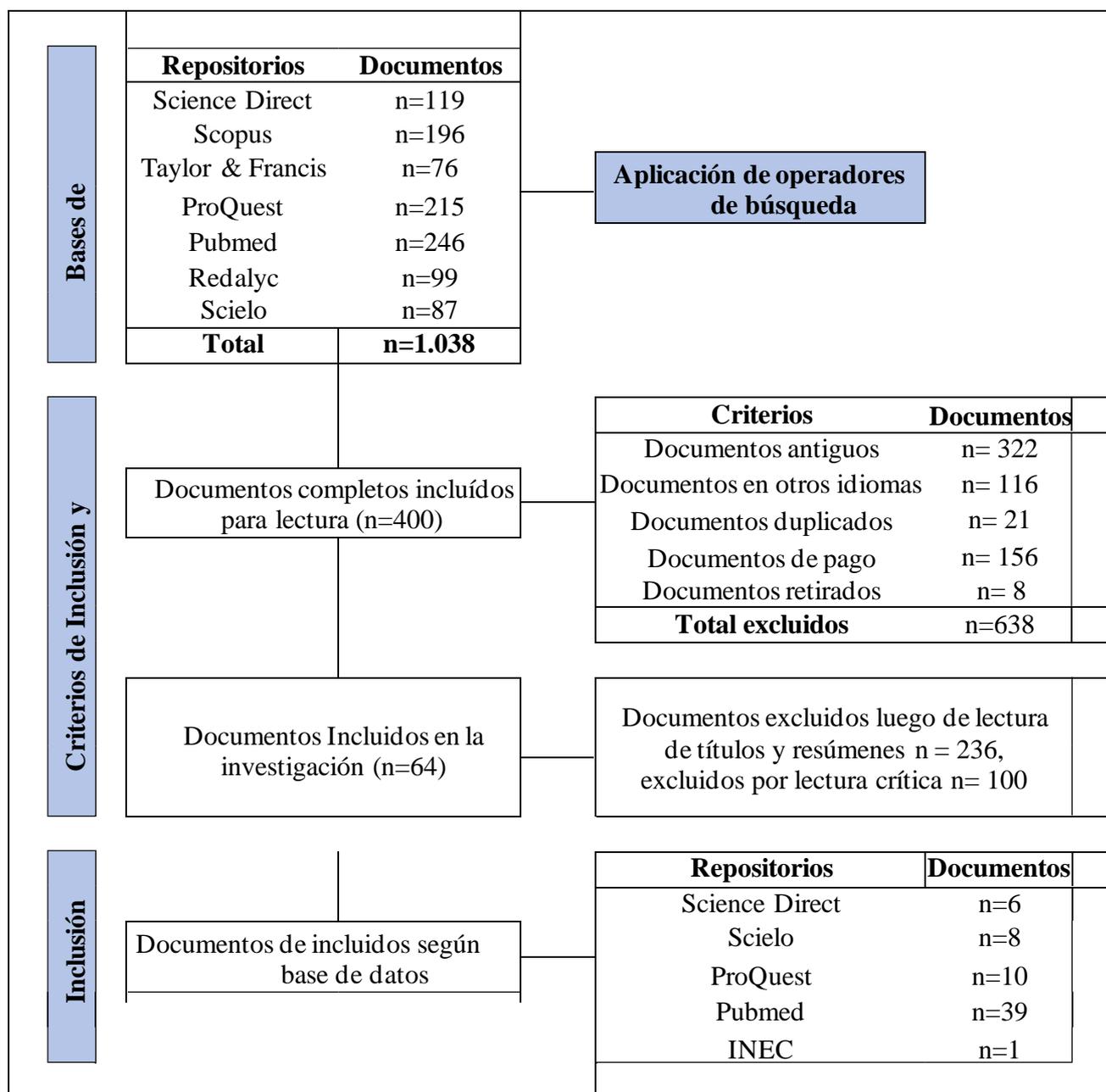
Los criterios de inclusión fueron aquellos documentos que se encuentren dentro de los años de elegibilidad (2018-2023); en lo que se refiere al idioma se utilizó inglés y español; para posteriormente ser traducidos al español para mayor comprensión y desarrollo. Con referencia a los criterios de exclusión, se concluyó no emplear todos aquellos documentos que no aportaban significativamente a la investigación, así como, aquellos que no se encontraban dentro de los años de elegibilidad, documentos duplicados, documentos incompletos o de pago e investigaciones retiradas.

En la búsqueda inicial se obtuvo un total de 1.038 artículos pre seleccionados; estos fueron clasificados por título, fecha de publicación y resultados. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión a los documentos pre seleccionados se obtuvo únicamente 400 que cumplieron con los requisitos mínimos para ser analizados. Posteriormente, a través, de una lectura de títulos y resúmenes obtuvieron se pudo notar que un gran número de investigaciones, pese a tener las palabras clave utilizadas dentro su argumento, el enfoque fue distinto al que se requiere en este documento, por lo cual, luego de esta lectura, se obtuvo únicamente 150 documentos potenciales. De la cantidad mencionada anteriormente, se descartaron un total de 86 documentos por no aportar información directa al tema de investigación luego de realizar una lectura crítica, pues no respondían a las preguntas de investigación planteadas en este documento; es así que como productos finales se obtuvo 64 artículos de los cuales 63 son artículos científicos,

mientras que 1 documento corresponde a una estadística presentada por la INEC de Ecuador.

Figura 2

Proceso de selección de documentos.



Fuente: Elaborado por autores

Resultados

Luego de haber concluido con la identificación de la información pertinente para esta investigación, se procede con el análisis de documentos obtenidos, se utilizaron un

total de 64 artículos de índole científico; de los cuales, 17 investigaciones se usaron para la redacción de la introducción y 47 documentos se utilizaron para responder las interrogantes de la investigación siendo estos: los factores asociados, complicaciones, tratamiento e intervenciones de enfermería toda esta temática basada en la placenta previa.

Prevalencia de la PP a nivel mundial

Sandoval G. et al. (18), en su estudio que fue efectuado en México, utilizó una muestra de 200 casos que diagnosticados por ultrasonido y que se encontraron dentro de los antecedentes del centro médico nacional La Raza, se obtuvo que el mayor número de los casos es decir el 52,5% involucraban placenta central total; la placenta con inserción baja representó el 19,5% de los casos, mientras que la placenta marginal y la placenta con inserción parcial representaron el 18,5% y el 9,5% de los casos, respectivamente; la cesárea se realizó en todas las pacientes, siendo el 77% cirugías planificadas y el 23% cirugías de emergencia; no se registraron casos de muertes maternas, sin embargo; el síndrome de dificultad respiratoria 18,5% y la taquipnea transitoria del recién nacido 5% fueron las complicaciones más comunes observadas en los recién nacidos.

Kim L. et al. (19), observaron la prevalencia de PP entre cinco grupos raciales y étnicos principales en los Estados Unidos de América del Norte; de los 394.083 embarazos de la cohorte, 1.580 (0,40%) se complicaron con PP; las tasas de PP variaron entre los diferentes grupos étnicos: los asiáticos tuvieron la prevalencia más alta con un 0,64 %, seguidos por los nativos americanos con un 0,60 %; los afroamericanos tenían una prevalencia del 0,44%, mientras que los caucásicos tenían una tasa más baja del 0,36%; los hispanos tuvieron una prevalencia del 0,34% y mientras que las personas de etnia desconocida fue del 0,31% ($P < 0,001$).

Mientras tanto, Cresswell J. et al. (20), adoptaron un enfoque integral y realizaron un análisis sistemático sobre la prevalencia de PP en todo el mundo, sus resultados muestran que la prevalencia global de la PP fue del 5,2 por cada 1.000 embarazos intervalo de confianza del 95%: 4,5-5,9; no obstante, observaron diferencias significativas por regiones ($P < 0,001$) descubrieron una mayor prevalencia en estudios asiáticos 12,2 por cada 1.000 embarazos; intervalo de confianza del 95%: 9,5-15,2 y una menor en estudios realizados en Europa 3,6 por cada 1.000 embarazos; intervalo de confianza del 95%: 2,8-4,6, América del Norte 2,9 por cada 1.000 embarazos; intervalo

de confianza del 95%: 2,3-3,5, y África subsahariana 2,7 por cada 1.000 embarazos; intervalo de confianza del 95%: 0,3-11,0; además, identificaron una prevalencia de PP mayor de 4,3 por cada 1.000 embarazos intervalo de confianza del 95%: 3,3-5,4.

Las variaciones en la prevalencia de la PP a nivel global continúan siendo objeto de investigación para comprender sus directrices fundamentales, estos variados patrones podrían vincularse con múltiples factores como la edad materna con mayor prevalencia en mujeres entre mayores de 30 años (85,71%), la diversidad étnica con mayor prevalencia en asiáticos 1,2%, una mala atención prenatal dada por las instituciones de salud 53,8%, la indisponibilidad de atención médica 46,1% y en cuanto a la resolución de la PP se identifica que tiene una tendencia creciente de las tasas de casos de cesáreas entre el 23% y 33,3%; a sí mismo se subrayan los desafíos en la atención médica, incluyendo retrasos vinculados a pacientes, instituciones y proveedores, resaltando la urgencia de mejorar la detección prenatal y la calidad de la atención, especialmente en contextos con recursos limitados (21–23).

En Ecuador, en el último registro presentado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y de acuerdo a su información en relación al número de camas y egresos existe un total de 2145 casos de PP a nivel nacional es decir una tasa de 4 por cada 10.000 mujeres, de los cuales, en Azuay se reportan 109 mujeres con diagnóstico de PP, teniendo una complicación de desprendimiento prematuro de placenta y por lo tanto una hemorragia obstétrica; de igual manera, a escala nacional se presenta una tasa de letalidad hospitalaria del 0,14 por cada 100 egresos (24).

La prevalencia de PP presenta una marcada variabilidad a nivel global, con tasas que oscilan entre el 2.3% y el 12.2% por cada 1,000 nacimientos. En el contexto específico de Ecuador, se evidencia una tasa de 4 casos por cada 10,000 mujeres, siendo el Azuay la provincia que registra 109 casos. Estos datos subrayan la necesidad de abordar de manera integral tanto las disparidades a nivel mundial como los factores locales para gestionar eficazmente la PP en esta región. A nivel global, se destaca el impacto de diversos elementos, como la diversidad étnica, la edad materna avanzada y las experiencias obstétricas previas, en las disparidades en la incidencia de esta afección y en el acceso a la atención médica.

Factores asociados de la PP

Los factores de riesgo relacionados con la PP abarcan una amplia gama de variables que aumentan la probabilidad de sufrir esta condición obstétrica; la edad avanzada mayor a 30 y 35 años de la mujer gestante es una de las causas más mencionadas que conlleva un mayor riesgo de desarrollo de PP y sus complicaciones; así mismo, hábitos preconceptionales como el uso de drogas como la cocaína y el tabaquismo han sido atribuidos como el origen de la aparición de esta patología, destacando la importancia de buenos hábitos de vida en la prevención del desarrollo de complicaciones gestacionales; además, estudios sugieren que el procedimiento de la fecundación in vitro y la multiparidad aumenta el número de casos de PP (3,25–30).

Varios estudios han encontrado una posible conexión entre cirugías uterinas previas y una mayor probabilidad de desarrollar PP durante el embarazo; además, las mujeres que han tenido abortos previos (más de 2) pueden ser más propensas a experimentar cambios estructurales que pueden afectar la implantación y el desarrollo de la placenta; la historia clínica obstétrica se convierte en un elemento vital para evaluar y clasificar embarazos de alto riesgo (13,31,32).

Matsuzaki S. et al. (5) y Miura M. et al. (33), investigan diferentes factores de riesgo no tradicionales y su correlación con la PP, enfatizando un vínculo significativo con la endometriosis; puede haber una relación entre estas dos afecciones ginecológicas, particularmente en mujeres que se han sometido a una cirugía de endometriosis, ya que parecen tener un mayor riesgo de desarrollar PP; esto puede estar relacionado con la forma más grave de endometriosis que a menudo se observa en este grupo particular de paciente; es importante que los médicos estén atentos a esta posible conexión para poder brindar la atención adecuada a estos pacientes.

La presencia de PP puede estar relacionada con la existencia previa de una cicatriz de cesárea, lo que sugiere que intervenciones quirúrgicas anteriores pueden influir tanto en el riesgo de complicaciones durante la cirugía como en la ubicación de la placenta. Además, se destaca que el riesgo de placenta previa aumenta con cada cesárea adicional. Es crucial destacar que la placenta previa complicada se asocia con un mayor riesgo de placenta adherida, una condición que puede tener repercusiones significativas en la gestión del parto en futuros embarazos (34–38).

La etiología de la PP es multifactorial e intrincada; se ha reconocido que factores como la edad materna avanzada, el consumo de drogas, el tabaquismo y la fertilización in vitro contribuyen a elevar el riesgo de esta afección. La cirugía uterina previa, tener varios hijos, abortos previos y embarazos múltiples también se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar PP. Además, hay conexiones entre la endometriosis y la influencia de una cicatriz de cesárea previa en la unión de la placenta y la probabilidad de acretismo placentario. Estos hallazgos nos hacen concientizar la importancia del control prenatal durante el embarazo para identificar y buscar soluciones antes de que se complique.

Complicaciones de la PP

El sangrado vaginal es una de las complicaciones más prevalentes de la PP, que puede poner en riesgo la vida de la madre y el feto, requiriendo en muchos casos una cesárea de emergencia para preservar la salud y la seguridad del binomio; durante el parto, particularmente cuando el cuello uterino se dilata y se produce la contracción uterina el cuadro de la PP empeora en determinados casos, el proceso de dilatación durante el parto puede provocar complicaciones como la separación prematura o el desprendimiento parcial de las membranas, esto puede provocar un sangrado importante que pone en riesgo tanto para la madre como para el feto; además, las condiciones médicas preexistentes, como trastornos de la coagulación y PP, pueden aumentar aún más las posibilidades de hemorragia obstétrica; la respuesta oportuna, la calidad de la atención obstétrica y el acceso a recursos médicos adecuados son vitales para prevenir y manejar eficazmente esta complicación (4,25,36,38–40).

El nacimiento prematuro, que a menudo está relacionado con la PP, representa una amenaza considerable para el crecimiento y la salud del bebé; la interrupción prematura de un embarazo puede provocar un desarrollo fetal inadecuado y una mayor probabilidad de restricción del crecimiento intrauterino, lo que provoca una serie de complicaciones durante el embarazo y después del parto; la prematuridad se observa a menudo en estas situaciones, lo que puede aumentar las posibilidades de que los bebés nazcan con bajo peso; esto puede tener efectos a largo plazo en su salud, pues esta condición tiene un impacto significativo en la oxigenación y nutrición del feto, representando una amenaza para su bienestar durante el embarazo y el parto; garantizar

un desarrollo óptimo y una recuperación adecuada del recién nacido puede requerir atención neonatal especializada para abordar estas complicaciones (41–46).

El acretismo placentario, un fenómeno grave asociado con la PP, implica la anormal adherencia de la placenta al útero, este trastorno obstétrico representa un desafío obstétrico debido a su diagnóstico complejo y a las implicaciones potencialmente mortales para la madre y el niño; el diagnóstico preciso y temprano de esta condición es crucial para planificar estrategias de manejo obstétrico adecuadas; los avances en técnicas de imagen, especialmente mediante ecografías especializadas, han mejorado la capacidad para identificar este trastorno de manera más efectiva, permitiendo una intervención oportuna y reduciendo así los riesgos asociados con la hemorragia grave durante el parto (2,47–49).

La PP puede provocar diversas complicaciones graves que pueden poner en peligro el bienestar tanto de la madre como del feto. Estas complicaciones tienen el potencial de afectar el desarrollo del feto y requerir atención médica intensiva para salvaguardar el bienestar del recién nacido. Reconocer los síntomas temprano y recibir atención médica especializada es crucial para controlar estas complicaciones y minimizar su impacto potencial lidiar con el sangrado vaginal, la hemorragia posparto, el parto prematuro y el acretismo placentario puede ser todo un desafío.

Tratamiento de la PP

La cesárea es considerada la primera opción para el tratamiento de carácter quirúrgico para los casos de PP tanto planificada como de emergencia con la finalidad de prevenir hemorragias durante la etapa de gestación y posparto que son potencialmente fatales tanto para la madre como para el feto; sin embargo en pacientes con PP de alto riesgo durante una cesárea la combinación de la oclusión con balón y la embolización de la arteria uterina sobre la función de coagulación también es una de las estrategias quirúrgicas más efectivas; en situaciones de PP completa e increta, la histerotomía es una opción de tratamiento importante; el enfoque conocido como estrategia conservadora o cirugía de un solo paso tiene como objetivo resolver la placenta invasiva anormal mediante una intervención directa; en algunos casos, es posible que sea necesario extirpar quirúrgicamente la placenta si se requiere extracción manual (11,18,50–54).

Se debe agregar que existen diversos fármacos para controlar y detener la hemorragia que es una de las principales complicaciones, entre ellos, se destaca el uso

de uterotónicos como la oxitocina, que estimula las contracciones uterinas y ayuda a reducir el sangrado o también el uso de carbetocina que reduce la necesidad de uterotónicos; además, la administración de agentes hemostáticos como el ácido tranexámico ha demostrado ser efectiva para prevenir y controlar las hemorragias obstétricas al promover la coagulación sanguínea; en casos graves, la prostaglandina F2 alfa puede ser empleada para inducir la contracción uterina y detener el sangrado; cuando la pérdida de sangre es significativa durante el parto o en el periodo posparto, la transfusión sanguínea se convierte en una intervención vital para restaurar el volumen, garantizando una adecuada oxigenación de los tejidos y promoviendo una pronta recuperación (55–59)

El manejo de la PP requiere un enfoque integral, con especial énfasis en el uso de medicamentos específicos; en este contexto, el uso de corticosteroides (Betametasona, Dexametasona) se convierte en una intervención vital para acelerar la maduración de los pulmones fetales, particularmente en los casos en los que se espera un parto prematuro; la literatura científica ha resaltado la importancia de esta terapia para mejorar la salud respiratoria neonatal y reducir las complicaciones relacionadas con la prematuridad relacionados con la PP; los tratamientos farmacológicos se han mostrado prometedores a la hora de influir en la maduración pulmonar y reducir las complicaciones asociadas con el parto prematuro sin embargo, es recomendable evitar una dependencia excesiva de las medidas individuales para las decisiones sobre el parto después de la administración de corticosteroides (60–63).

En resumen, las opciones de tratamiento para la PP pueden variar desde procedimientos quirúrgicos complejos hasta enfoques más conservadores y específicos según la gravedad de la afección. La cesárea a menudo se recomienda como tratamiento primario para prevenir hemorragias prenatales y posparto potencialmente fatales, particularmente en casos de PP completa e increta. Sin embargo, actualmente existen estrategias más conservadoras y medicamentos específicos que se han convertido en herramientas esenciales en el manejo de esta patología. Estos incluyen la administración de corticosteroides y ácido tranexámico. Se ha descubierto que el uso de corticosteroides es una intervención crucial para promover la maduración de los pulmones fetales, mientras que el ácido tranexámico muestra un gran potencial para reducir el riesgo de parto prematuro y sus complicaciones asociadas. Estos tratamientos farmacológicos

suponen un gran avance para mitigar las complicaciones relacionadas con el parto prematuro en casos de PP.

Intervenciones de enfermería en la PP

El personal de enfermería tiene un papel crucial en educar a los pacientes sobre los signos y síntomas de la PP, así como en colaborar con otros profesionales de la salud en un enfoque multidisciplinario para brindar una atención integral; ejecutando la administración de medicamentos, monitoreando de cerca los signos vitales, los latidos materno fetales y preparándose para posibles cesáreas; de manera similar, el personal de enfermería desempeña un papel activo en la mejora de la calidad de la atención obstétrica, pues identifican diligentemente los síntomas e incidentes hemorrágicos, abordan las infecciones posoperatorias, realizan evaluaciones continuas, asignan recursos, gestionan el personal de atención y ayudan directamente a los pacientes con PP durante su estancia en la institución de salud (6,7,64).

Asimismo, Zhu Y. et al. (7), detallan las intervenciones específicas que los profesionales de enfermería llevan a cabo en casos de PP; estas incluyen la realización de exámenes físicos, el monitoreo y registro cuidadoso del sangrado vaginal, el apoyo en consultas psicológicas, y la administración minuciosa de medicamentos; además, destacan la importancia de promover la circulación sanguínea placentaria mediante el reposo en cama, brindando intervenciones de enfermería sobre la posición lateral izquierda para evitar compresiones vasculares, así como la aplicación de técnicas de inhalación intermitente de oxígeno para mejorar el suministro tanto para la madre como para el bebé; también revelan la importancia de evitar cualquier examen anal o vaginal que pueda aumentar el riesgo de sangrado, subrayando así la amplitud de responsabilidades y cuidados que los profesionales de enfermería asumen en el manejo integral de las pacientes con esta condición obstétrica.

La integración del personal de enfermería en el tratamiento de las mujeres con PP es valiosa y contribuye significativamente a la gestión adecuada de la enfermedad; la atención de enfermería extensiva después de la cirugía es crucial, abarcando la administración de medicamentos, la monitorización de signos vitales, la evaluación de la hemorragia vaginal y la asistencia en la movilización y el cuidado personal; asimismo, es importante una atención de enfermería coordinada y continua a lo largo del proceso de tratamiento de la PP, desde el diagnóstico hasta la recuperación postoperatoria (6).

El personal de enfermería, a través de la educación del paciente sobre los síntomas, el seguimiento adecuado y la importancia de buscar atención médica inmediata, desempeñan un papel crucial en la detección y el manejo de esta complicación. Su participación en equipos multidisciplinarios garantiza una atención exhaustiva, incluida la administración de medicamentos, el seguimiento de los signos vitales y la preparación para las cesáreas. Además, desempeñan un papel crucial en la evaluación del nivel de atención, supervisando factores como la proporción de enfermeras y pacientes, la identificación de los pacientes, la hemorragia posparto y la infección posoperatoria. Varias funciones de enfermería implican intervenciones específicas, como controlar el sangrado y administrar oxígeno. Su función primaria en la atención posquirúrgica y su apoyo integral durante todo el proceso, desde el diagnóstico hasta la recuperación, resaltan su papel crucial en la prestación de atención integral a las mujeres con PP.

Tabla 1

“Intervenciones de enfermería en pacientes con PP a nivel mundial”

NANDA	NOC	NIC
<p>Manejo del dolor (1605)</p> <p>Dominio 4: conocimiento/ conducta de la salud.</p> <p>Clase Q: Conducta de la salud</p> <p>R/C: Agentes lesivos físicos</p> <p>M/P: excreción fácil del dolor</p> <p>Necesidad 9: Evitar peligros/seguridad</p>	<p>Control del dolor (1605)</p> <p>Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase Q: Conducta de Salud</p> <p>Indicadores: [160509] Reconoce los síntomas asociados del dolor.</p> <p>[160527] Realiza técnicas efectivas de relajación</p>	<p>Manejo del dolor: Agudo (1410)</p> <p>Campo 01:</p> <p>Clase E: Fomento de la comodidad física</p> <p>Actividades: (140001) Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>(140007) Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).</p> <p>(140008) Explorar con el paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor.</p> <p>(140011) Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.</p> <p>(140016) Disminuir o eliminar los factores que precipitan o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimiento)</p>

Fuente: Libros NANDA, NOC, NIC actualizaciones 2018-2020

Tabla 2

NANDA	NOC	NIC
<p>Riesgo de Shock (00205)</p> <p>Dominio 11: Seguridad/protección</p> <p>Clase 2: Lesión Física</p> <p>R/C: hipovolemia</p>	<p>Severidad de shock hipovolémico (0419) salud</p> <p>Dominio 06: Fisiológica</p> <p>Clase E: Cardiopulmonar</p> <p>Patrón 01: Percepción-manejo de la salud.</p> <p>Indicadores: [41904] Disminución de la presión arterial diastólica.</p> <p>[41901] Disminución de la presión del pulso.</p> <p>[41910] Aumento de la frecuencia respiratoria</p>	<p>Manejo de la hipovolemia</p> <p>Campo 01: Fisiológico: básico</p> <p>Clase N: Control de la perfusión tisular</p> <p>Actividades: Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo la frecuencia cardíaca, PA, PAM, PVC, PAP, PECP, GC e IC, según disponibilidad.</p> <p>Vigilar las fuentes de pérdida de líquido (p. ej., hemorragia, vómitos, diarrea, diaforesis, y taquipnea).</p> <p>Monitorizar las entradas y salidas.</p> <p>Fomentar la ingesta de líquidos por vía oral (es decir, distribuir los líquidos durante 24 horas y administrar líquidos con las comidas), salvo contraindicación.</p> <p>Mantener un acceso i.v. permeable.</p> <p>Administrar soluciones isotónicas i.v. prescritas (p. ej., suero salino fisiológico o solución de Ringer lactato) para la rehidratación extracelular a un flujo apropiado, según corresponda.</p>

Fuente: Libros NANDA, NOC, NIC actualizaciones 2018-2020

Conclusiones

La prevalencia a nivel mundial de PP oscila entre el 2.3% y 12,2% por cada 1.000 nacimientos, en este sentido la situación en cada región y país está determinada por sus características demográficas, siendo así que en Asia se tiene la tasa más alta con un 0,64 %, seguido por los nativos americanos con un 0,60 %; los afroamericanos con una prevalencia del 0,44%; y en la comunidad hispana con un porcentaje del 0,34%; se evidencia que la realidad a nivel de Ecuador se encuentra dentro del rango mundial, pues se han registrado 4 casos por cada 10.000, aunque tan solo en la provincia del Azuay se han observado un número de casos considerable; la prevalencia está relacionada a varios factores, sin embargo, el acceso a los servicios de salud llama la atención y compromete al personal de enfermería en contribuir a mejorar la atención de salud.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a la placenta previa durante el embarazo se han identificado diversos agentes que predisponen a aparecer en las mujeres durante su etapa gestacional; la edad materna avanzada se destaca como un elemento común que contribuye a la susceptibilidad a padecer placenta previa; además, hábitos como el tabaquismo y el consumo de drogas se han identificado como factores de riesgo significativos, por otra parte antecedentes de embarazos múltiples, abortos previos y gestaciones múltiples; la endometriosis y las cicatrices de cesáreas anteriores agrega un componente adicional a la complejidad de los factores de riesgo, finalmente el someterse a tratamientos de fertilización in vitro, aumentan la probabilidad de desarrollar esta patología; esta interconexión subraya la necesidad de un enfoque integral y personalizado en la atención prenatal para abordar eficazmente estos factores.

Las complicaciones de la PP pueden tener un impacto en la mujer como en el feto entre ellos está el riesgo de hemorragia del tercer trimestre, el parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación ya que la proximidad de la placenta al cuello uterino puede provocar contracciones antes de tiempo, esta afección suele ir acompañada de prematuridad, lo que puede provocar posibles problemas de crecimiento y peso al nacer y en última instancia afectar la salud del bebé a largo plazo. En casos más severos, la placenta previa puede dar lugar a un desprendimiento prematuro de la placenta, una emergencia médica que puede comprometer la oxigenación del feto; el manejo de la placenta previa implica a menudo un monitoreo cuidadoso reposo y en algunos casos intervenciones médicas como la cesárea para garantizar la seguridad tanto de la madre como del bebé; la PP es una complicación importante que requiere un diagnóstico rápido

y planificar eficazmente el tratamiento obstétrico y minimizar la posibilidad de hemorragia grave.

El tratamiento tiene como objetivo disminuir la gravedad y las posibles complicaciones de la placenta previa, se pueden considerar dos tipos de tratamiento, por una parte el quirúrgico y por otra el farmacológico; la elección de la cesárea en casos de placenta previa se fundamenta en la necesidad de minimizar el riesgo de hemorragias graves, que podrían poner en peligro tanto la vida de la madre como la del feto; aunque la cesárea implica una intervención quirúrgica y sus riesgos que conlleva, su implementación en el contexto de la placenta previa representa una medida preventiva esencial para asegurar un parto seguro y exitoso; el tratamiento farmacológico es una opción menos invasiva el uso de medicamentos para ayudar a controlar el sangrado y mantener la estabilidad hemodinámica de la paciente se incluyen agentes hemostáticos y uterotónicos, que buscan frenar la pérdida de sangre y promover la contracción uterina; además, se pueden administrar corticosteroides para acelerar la maduración pulmonar del feto en caso de que sea necesario finalizar el embarazo.

El personal de enfermería desempeña un papel vital en el manejo multidisciplinario de pacientes con PP, es imperativo que el profesional de enfermería ejecute sus intervenciones basado en el PAE tomando en cuenta sus diferentes etapas; de esta forma se brinda los cuidados pertinentes y así estabilizar a los pacientes; las intervenciones van desde la recepción de la gestante, preparación para una posible intervención quirúrgica, manejo de fármacos, hasta el alta de la paciente y su hijo; en situaciones de emergencia, la enfermera está preparada para coordinar eficazmente con el equipo médico, contribuyendo a la toma de decisiones rápidas y asegurando una respuesta inmediata ante cualquier complicación; la enfermera desempeña un papel vital al brindar un cuidado personalizado a las pacientes con placenta previa, contribuyendo significativamente al manejo efectivo de esta condición obstétrica.

Referencias bibliográficas

1. Vergara O, Pulido G, Montenegro J, Ortiz Y. El lenguaje estandarizado enfermero: conocimiento y perspectiva para el cuidado materno-perinatal. 2019 [citado 27 de septiembre de 2023];21(1). Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/21-1%20\(2019-I\)/145257605004/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/21-1%20(2019-I)/145257605004/)
2. Chang WP, Yang ST, Wang PH. Diagnosis of placenta accreta spectrum before delivery. Taiwan J Obstet Gynecol. marzo de 2022;61(2):199-200. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35361376/>
3. Fan D, Xia Q, Liu L, Wu S, Guo T, Wang W, et al. The Incidence of Postpartum Hemorrhage in Pregnant Women with PP: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2017 [citado 27 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/1860295647>
4. Orgul G, Ayhan SG, Saracoglu GC, Yucel A. Is it Possible to Predict Massive Bleeding in Nulliparous Women with PP? Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 8 de marzo de 2021 [citado 27 de septiembre de 2023];43:9-13. Disponible en: <https://www.scielo.br/rbgo/a/RBBwYRmkVttRJcncLGT4FND/?lang=en>
5. Matsuzaki S, Nagase Y, Ueda Y, Kakuda M, Maeda M, Matsuzaki S, et al. PP Complicated with Endometriosis: Contemporary Clinical Management, Molecular Mechanisms, and Future Research Opportunities. Biomedicines. 26 de octubre de 2021;9(11):1536. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8614896/>
6. Hamed karima A, Darwish AM, Mustafa MF. Assessment nursing role of care provided to woman with PP and their satisfaction in woman's Health Hospital. Assiut Scientific Nursing Journal [Internet]. 1 de junio de 2021 [citado 29 de septiembre de 2023];9(25.0):155-65. Disponible en: https://asnj.journals.ekb.eg/article_186747.html
7. Zhu Y, Zhang S, Shan W, Hu M. Feed-forward Control Nursing Model in Expectant Treatment of PP. Iran J Public Health. febrero de 2017;46(2):186-91. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5402776/>
8. Han X, Guo Z, Yang X, Yang H, Ma J. Association of PP With Severe Maternal Morbidity Among Patients With Placenta Accreta Spectrum Disorder. JAMA Netw Open. 1 de agosto de 2022;5(8):e2228002. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9396360/>
9. Syed W, Liaqat N, Naseeb G, Khattak SM. Relationship of placental edge thickness and cervical length to gestational age at delivery in patients with PP. Pak J Med Sci. 2022;38(5):1349-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9247772/>
10. Suarez S, Conde-Agudelo A, Borovac-Pinheiro A, Suarez-Rebling D, Eckardt M, Theron G, et al. Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. abril de 2020;222(4): 293.e1-293.e52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31917139/>

11. Xu X, Zhu X. Combined Efficacy of Balloon Occlusion and Uterine Artery Embolization on Coagulation Function in Patients with High-Risk PP during Cesarean Section. *Int J Clin Pract* [Internet]. 4 de abril de 2022 [citado 27 de septiembre de 2023];2022:7750598. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9159222/>
12. Martinelli KG, Garcia ÉM, Santos Neto ET dos, Gama SGN da. Advanced maternal age and its association with placenta praevia and placental abruption: a meta-analysis. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 19 de febrero de 2018 [citado 27 de septiembre de 2023];34:e00206116. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mpK6jXh9Q9pJmqkSWKFKc5y/?lang=en>
13. Hu Q, Li C, Luo L, Li J, Zhang X, Chen S, et al. Clinical analysis of second-trimester pregnancy termination after previous caesarean delivery in 51 patients with PP and placenta accreta spectrum: a retrospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 18 de agosto de 2021 [citado 27 de septiembre de 2023];21(1):568. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04017-8>
14. Alhubaishi F, Mahmood N. Prevalence and Fetomaternal Outcome of PP at Salmaniya Medical Complex, Bahrain. *Cureus*. agosto de 2022;14(8):e27873. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9463607/>
15. Sumigama S, Kotani T, Hayakawa H. Stepwise Treatment for Abnormally Invasive Placenta with PP. *Surg J (N Y)*. diciembre de 2021;7(Suppl 1):S20-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9463607/>
16. Fernández-Lara JA, Mendoza-Huerta M, De La Maza-Labastida S, Peña-Zepeda C, Esparza-Valencia DM, Ling-García JP, et al. PP total acreta complicada con ruptura prematura de membranas pretérmino: reporte de un caso. *Ginecología y obstetricia de México* [Internet]. 2018 [citado 27 de septiembre de 2023];86(2):151-7. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412018000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. di Pasquo E, Ghi T, Calì G, D'Antonio F, Fratelli N, Forlani F, et al. Intracervical lakes as sonographic marker of placenta accreta spectrum disorder in patients with PP or low-lying placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol*. abril de 2020;55(4):460-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31503353/>
18. Sandoval-García-Travesí FA, Reyes-Hernández MU, Sandoval-Barajas D, Morales-Hernández S, Tovar-Galván V, Hinojosa-Cruz JC, et al. PP: resultados perinatales en la experiencia de una unidad médica de tercer nivel. *Cirugía y cirujanos* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 27 de septiembre de 2023];87(6):667-73. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2444-054X2019000600667&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Kim LH, Caughey AB, Laguardia JC, Escobar GJ. Racial and ethnic differences in the prevalence of PP. *J Perinatol*. 2019;32(4):260-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21720307/>

20. Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*. 2019;18(6):712-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23551357/>
21. Alsammani MA, Nasralla K. Fetal and Maternal Outcomes in Women With Major PP Among Sudanese Women: A Prospective Cross-Sectional Study. *Cureus* [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2023];13(4):e14467. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8118616/>
22. Chattopadhyay S, Majumder S, Patra KK, Kamal AHM. Perinatal mortality of PP: a 1-year retrospective study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2019 [citado 16 de noviembre de 2023];8(1):31-4. Disponible en: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/5884>
23. Nieto-Calvache AJ, Palacios-Jaraquemada JM, Vergara-Galliadi LM, Matera L, Sanín-Blair JE, Rivera EP, et al. All maternal deaths related to placenta accreta spectrum are preventable: a difficult-to-tell reality. *AJOG Global Reports* [Internet]. 1 de agosto de 2021 [citado 16 de noviembre de 2023];1(3):100012. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666577821000101>
24. INEC IN de E y C. Ecuador - Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2012 [Internet]. 2023 [citado 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/609/related_materials
25. Salim NA, Satti I. Risk factors of PP with maternal and neonatal outcome at Dongola/Sudan. *J Family Med Prim Care* [Internet]. marzo de 2021 [citado 6 de diciembre de 2023];10(3):1215-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8140250/>
26. Adere A, Mulu A, Temesgen F. Neonatal and Maternal Complications of Placenta Praevia and Its Risk Factors in Tikur Anbessa Specialized and Gandhi Memorial Hospitals: Unmatched Case-Control Study. *J Pregnancy*. 2020;2020:5630296. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32395343/>
27. Zhou C, Zhao Y, Li Y. Clinical Analysis of Factors Influencing the Development of Placenta Praevia and Perinatal Outcomes in First-Time Pregnant Patients. *Front Surg* [Internet]. 22 de marzo de 2022 [citado 6 de diciembre de 2023];9:862655. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8980226/>
28. Jenabi E, Salimi Z, Bashirian S, Khazaei S, Ayubi E. The risk factors associated with PP: An umbrella review. *Placenta*. enero de 2022;117:21-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34768164/>
29. Barber E, Ganer Herman H, Kovo M, Tairy D, Schreiber L, Horowitz E, et al. PP in in vitro fertilization and unassisted pregnancies-is there a difference in perinatal outcomes and placental histology? *J Matern Fetal Neonatal Med*. diciembre de 2023;36(1):2221763. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37286205/>
30. Ramadhan BR. Plasenta Previa : Mekanisme dan Faktor Risiko. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada* [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 6 de diciembre de 2023];13(1):1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.24127/jikh.v13i1.12345>

- 2023];11(1):208-19. Disponible en: <https://akper-sandikarsa.e-journal.id/JIKSH/article/view/735>
31. Ogawa K, Jwa SC, Morisaki N, Sago H. Risk factors and clinical outcomes for placenta accreta spectrum with or without PP. *Arch Gynecol Obstet*. marzo de 2022;305(3):607-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34448037/>
 32. Manosalvas L, Hernandez V, Peña P, Tapia L, Camilo Reynoso A, Díaz Rodríguez A. Factores de riesgo de PP en mujeres embarazadas en un hospital de República Dominicana. *Ciencia y Salud [Internet]*. 2020 [citado 6 de diciembre de 2023];4(3):105-13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7692703>
 33. Miura M, Ushida T, Imai K, Wang J, Moriyama Y, Nakano-Kobayashi T, et al. Adverse effects of endometriosis on pregnancy: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]*. 22 de octubre de 2019 [citado 6 de diciembre de 2023];19(1):373. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2514-1>
 34. Hussein AM, Elbarmelgy RA, Elbarmelgy RM, Thabet MM, Jauniaux E. Prospective evaluation of impact of post-Cesarean section uterine scarring in perinatal diagnosis of placenta accreta spectrum disorder. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology [Internet]*. 2022 [citado 6 de diciembre de 2023];59(4):474-82. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/uog.23732>
 35. King LJ, Dhanya Mackeen A, Nordberg C, Paglia MJ. Maternal risk factors associated with persistent PP. *Placenta [Internet]*. 15 de septiembre de 2020 [citado 6 de diciembre de 2023];99:189-92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0143400420302575>
 36. Zhang L, Bi S, Du L, Gong J, Chen J, Sun W, et al. Effect of previous PP on outcome of next pregnancy: a 10-year retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 15 de abril de 2020;20(1):212. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32293318/>
 37. Li P, Tang Y, Jiang Y, Li D. Analysis of clinical features of 231 cases with pernicious PP. *Medicine (Baltimore) [Internet]*. 19 de marzo de 2021 [citado 6 de diciembre de 2023];100(11):e25023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7982193/>
 38. Tjokropawiro BA, Akbar MIA. Cesarean scar pregnancy with devastating profuse vaginal bleeding. *J Surg Case Rep [Internet]*. 15 de enero de 2022 [citado 6 de diciembre de 2023];2022(1):rjab566. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8760852/>
 39. Park HS, Cho HS. Management of massive hemorrhage in pregnant women with PP. *Anesth Pain Med (Seoul) [Internet]*. 30 de octubre de 2020 [citado 6 de diciembre de 2023];15(4):409-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7724116/>
 40. Kanigalpula SPR, Murali A, Raveendranath A, Vadivelu P, Maurya DK, Keepanasseril A. Risk factors associated with unplanned caesarean section in women

with PP: a cohort study. *J Obstet Gynaecol.* julio de 2022;42(5):1163-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35152827/>

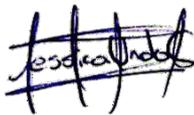
41. Jansen CHJR, van Dijk CE, Kleinrouweler CE, Holzscherer JJ, Smits AC, Limpens JCEJM, et al. Risk of preterm birth for PP or low-lying placenta and possible preventive interventions: A systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2022;13:921220. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9478860/>
42. Balayla J, Desilets J, Shrem G. PP 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. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31301678/>
43. Han Q, Zheng L, Liu Z, Luo J, Chen R, Yan J. Expression of β -catenin in human trophoblast and its role in placenta accreta and PP. *J Int Med Res.* enero de 2019;47(1):206-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30465458/>
44. Ahn KH, Lee EH, Cho GJ, Hong SC, Oh MJ, Kim HJ. Anterior PP in the mid-trimester of pregnancy as a risk factor for neonatal respiratory distress syndrome. *PLoS One.* 2018;13(11):e0207061. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30388184/>
45. Jaiman S, Romero R, Bhatti G, Jung E, Gotsch F, Suksai M, et al. The role of the placenta in spontaneous preterm labor and delivery with intact membranes. *J Perinat Med [Internet].* 27 de junio de 2022 [citado 6 de diciembre de 2023];50(5):553-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9189066/>
46. Klinger G, Bromiker R, Zaslavsky-Paltiel I, Sokolover N, Lerner-Geva L, Yogev Y, et al. Antepartum Hemorrhage and Outcome of Very Low Birth Weight, Very Preterm Infants: A Population-Based Study. *Am J Perinatol.* septiembre de 2021;38(11):1134-41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32446258/>
47. Tsankova M, Kirkova M, Geshev N. Placenta accreta spectrum: ultrasound diagnosis and clinical correlation. *Biotechnology & Biotechnological Equipment [Internet].* 25 de noviembre de 2023 [citado 6 de diciembre de 2023];37(1):2287238. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13102818.2023.2287238>
48. Nieto-Calvache AJ, Palacios-Jaraquemada JM, Osanan G, Cortes-Charry R, Aryananda RA, Bangal VB, et al. Lack of experience is a main cause of maternal death in placenta accreta spectrum patients. *Acta Obstet Gynecol Scand.* agosto de 2021;100(8):1445-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33896009/>
49. Jauniaux E, Grønbeck L, Bunce C, Langhoff-Roos J, Collins SL. Epidemiology of PP accreta: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open [Internet].* 12 de noviembre de 2019 [citado 27 de septiembre de 2023];9(11):e031193. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6858111/>
50. Nagase Y, Matsuzaki S, Endo M, Hara T, Okada A, Mimura K, et al. PP with posterior extrauterine adhesion: clinical features and management practice. *BMC Surgery [Internet].* 6 de enero de 2021 [citado 27 de septiembre de 2023];21(1):10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12893-020-01027-9>

51. Long Q, Wu S, Du S, Li R, Zhao Y, Tang F. The method for termination of mid-trimester pregnancy with PP: A case study. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 5 de agosto de 2022 [citado 27 de septiembre de 2023];101(31):e29908. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9351937/>
52. Kingdom JC, Hobson SR, Murji A, Allen L, Windrim RC, Lockhart E, et al. Minimizing surgical blood loss at cesarean hysterectomy for PP with evidence of placenta increta or placenta percreta: the state of play in 2020. *Am J Obstet Gynecol*. septiembre de 2020;223(3):322-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32007492/>
53. Peng Y, Jiang L, Peng C, Wu D, Chen L. The application of prophylactic balloon occlusion of the internal iliac artery for the treatment of placenta accreta spectrum with PP: a retrospective case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 8 de junio de 2020 [citado 29 de septiembre de 2023];20(1):349. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03041-4>
54. Tachi S, Yoneda N, Yoneda S, Saito S. Successful treatment of total PP by multidisciplinary therapy in a Jehovah's Witness patient who refused blood transfusions. *BMJ Case Rep*. 8 de noviembre de 2018;2018:bcr2018226486, bcr-2018-226486. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30413456/>
55. Kumar N, Jahanfar S, Haas DM, Weeks AD. Umbilical vein injection for management of retained placenta. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 11 de marzo de 2021 [citado 6 de diciembre de 2023];2021(3):CD001337. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8094279/>
56. Tse K, Florrie N, Leung K. HKMJ. 2020 [citado 6 de diciembre de 2023]. Comparison of carbetocin and oxytocin infusions in reducing the requirement for additional uterotonics or procedures in women at increased risk of postpartum haemorrhage after Caesarean section. Disponible en: <https://www.hkmj.org/abstracts/v26n5/382.htm>
57. Seguin N, Visintini S, Muldoon KA, Walker M. Use of tranexamic acid (TXA) to reduce preterm birth and other adverse obstetrical outcomes among pregnant individuals with PP: a systematic review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 7 de marzo de 2023 [citado 6 de diciembre de 2023];13(3):e068892. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10008160/>
58. Shalaby MA, Maged AM, Al-Asmar A, El Mahy M, Al-Mohamady M, Rund NMA. Safety and efficacy of preoperative tranexamic acid in reducing intraoperative and postoperative blood loss in high-risk women undergoing cesarean delivery: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 14 de marzo de 2022 [citado 6 de diciembre de 2023];22:201. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8919531/>
59. Rueda-Monsalbe A, Sanabria-Castelblanco JE, Montañez-Aldana MÁ. Manejo de la hemorragia posparto en una paciente con útero bicorne con la sutura B-Lynch. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 30 de junio de 2023 [citado 6 de diciembre de 2023];74(2):153-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10419877/>

60. McGoldrick E, Stewart F, Parker R, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 25 de diciembre de 2020 [citado 6 de diciembre de 2023];2020(12):CD004454. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8094626/>
61. Henry A, Mahajan A, Crowther CA, Lainchbury A, Roberts L, Shand AW, et al. Short-Term Effects of Dexamethasone versus Betamethasone on Ultrasonic Measures of Fetal Well-Being: Cohort from a Blinded, Randomized Trial. *Fetal Diagn Ther* [Internet]. septiembre de 2021 [citado 6 de diciembre de 2023];48(7):526-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8491495/>
62. Insunza-Figueroa Á, Novoa-Pizarro J, Carrillo-Termini J, Latorre-Riquelme R, Rubio-Jara T, Paiva-Wiff E, et al. Betametasona Fosfato para la prevención de Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) del recién nacido de pretérmino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. febrero de 2019 [citado 6 de diciembre de 2023];84(1):41-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262019000100041&lng=es&nrm=iso&tlng=es
63. Williams MJ, Ramson JA, Brownfoot FC. Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for babies at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2022 [citado 6 de diciembre de 2023];(8). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006764.pub4/full/es>
64. Zhang M, Chen W, Liu C, Sui J, Wang D, Wang Y, et al. Nursing-sensitive quality indicators for pernicious PP in obstetrics: A Delphi study based across Chinese institutions. *Nurs Open*. noviembre de 2021;8(6):3461-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8510706/>

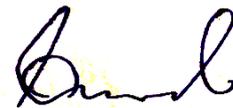
Jessica Paola Unda Cando portadora de la cédula de ciudadanía N° **0106057847** y **Carlos Alberto Cedillo Figueroa** portador de la cédula de ciudadanía N° **0106624265**. En calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Intervenciones de enfermería en pacientes con placenta previa a nivel mundial”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconocemos a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **20 de marzo de 2024**



Jessica Paola Unda Cando

C.I. 0106057847



Carlos Alberto Cedillo Figueroa

C.I. 0106624265