

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, OBSTETRICOS Y
QUIRURGICOS ASOCIADOS A PLACENTA PREVIA EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL
HOSPITAL NACIONAL "SERGIO E. BERNALES" DE ENERO DEL 2017
A DICIEMBRE DEL 2018 – LIMA.

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

HUANGAL BRAÑES YELINA SAOMI

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA- PERU

2021

ASESOR:

Dr. VALLENAS PEDEMONTE FRANCISCO

AGRADECIMIENTO

A Dios porque me otorgó fe para finalizar con éxito mi propósito. A mi madre por su apoyo incondicional y a todos los que me dieron fortaleza, perseverancia para así poder salir adelante y nunca rendirme.

DEDICATORIA

A mis padres por el esfuerzo y apoyo incondicional durante el proceso de mi formación profesional.

A Luciana por ser mi fortaleza, motivación e inspiración para superarme cada día más y por su comprensión constante, cariño y amor.

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar los factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional "Sergio E. Bernales" de Enero del 2017 a Diciembre del 2018.

METODOLOGÍA: Es un estudio observacional, analítico de caso-control. La muestra estuvo conformada por 216 gestantes, distribuidos en 72 casos (gestantes con placenta previa) y 144 controles (gestantes sin placenta previa) cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS: En la población estudiada se encontró que la edad materna (OR= 0,529) es un factor protector. El tabaquismo (OR= 3,718), el embarazo múltiple (OR= 2,080), el periodo intergenésico corto (OR= 1,815) y las cesáreas previas (OR= 2,429) son factores de riesgo para placenta previa.

CONCLUSIONES: Según el estudio, el tabaquismo, embarazo múltiple, periodo intergenésico corto y los antecedentes de cesárea son factores de riesgos asociados a placenta previa. La edad materna es un factor protector para placenta previa.

Palabras Claves: Placenta previa, factor de riesgo, cesáreas previas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the sociodemographic, obstetric and surgical factors as risks associated with placenta previa in pregnant women treated in the Gynecology-Obstetrics service at the National Hospital "Sergio E. Bernales" from January 2017 to December 2018.

METHODOLOGY: It is an observational, analytical case-control study. The sample consisted of 216 pregnant women, distributed in 72 cases (pregnant women with placenta previa) and 144 controls (pregnant women without placenta previa) meeting the inclusion and exclusion criteria.

RESULTS: In the study population, maternal age (OR = 0.529) was found to be a protective factor. Smoking (OR = 3,718), multiple pregnancy (OR = 2,080), short intergenetic period (OR = 1,815) and previous caesarean sections (OR = 2,429) are risk factors for placenta previa.

CONCLUSIONS: According to the study, smoking, multiple pregnancy, short intergenetic period and a history of caesarean section are risk factors associated with placenta previa. Maternal age is a protective factor for placenta previa.

Keywords: Prior placenta, risk factor, previous caesarean sections.

INTRODUCCION

Se denomina placenta previa a la fijación de la placenta en la parte inferior del útero de manera parcial o total. Se considera una complicación durante la gestación, poniendo así en riesgo de muerte a la gestante; así mismo es considerado un problema de salud a nivel global. Son múltiples las causas responsables de su aparición, entre ellas: Edad materna avanzada, tabaquismo, paridad, embarazo múltiple, miomas, antecedentes de aborto, cesáreas previas, malformaciones uterinas, placentas macrosómicas, lesiones uterinas, entre otras. En el Perú existen pocos estudios que intenten buscar los riesgos asociados a esta patología. Es por ello que surge el motivo de investigación, en el que se pretende analizar los riesgos asociados a placenta previa en las pacientes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales" de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.

El presente trabajo de tesis consta de la siguiente estructura:

En el capítulo I: Se presenta la problemática de salud que conlleva la placenta previa, dando un enfoque primero a nivel mundial, luego continental y por último los casos que se presentaron en nuestro país, mostrando datos estadísticos actuales sobre placenta previa, asimismo se da a conocer el problema y los objetivos de estudio.

En el capítulo II: Se narran los antecedentes bibliográficos, estudios realizados anteriormente comprendidos entre los años 2015-2019, además se describe las bases teóricas permitiendo de esta manera conocer la anatomo-fisiopatología, la presentación clínica y los factores de riesgos más resaltantes en placenta previa, de igual manera se da a conocer las hipótesis y variables de estudio.

En el capítulo III: Se describe la metodología de estudio utilizada, detallando la población y muestra de estudio considerando los criterios de inclusión y

exclusión, cabe mencionar también que se detallan las técnicas, instrumentos y procesamiento de los datos.

En el capítulo IV: Se proporciona los respectivos resultados a través de tablas de acuerdo a las dimensiones con que consta el estudio, asimismo se describe la discusión de los resultados detallando si existe similitud o difiere con el estudio realizado.

En el capítulo V: Se menciona las conclusiones de acuerdo a cada dimensión estudiada, de igual manera se da a conocer las recomendaciones que permitan no solo a la comunidad, sino también al personal de salud poder disminuir la incidencia de placenta previa.

A la culminación de la tesis se presentan las fuentes bibliográficas revisadas para la realización del estudio, asimismo se da a conocer los anexos.

INDICE

CARATULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCION	VII
INDICE	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE ANEXOS	XII
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	2
1.2.1 Problema General.....	2
1.2.2 Problema Especifico.....	2
1.3 Justificación	2
1.4 Delimitaciones del área de estudio	3
1.5 Limitaciones de la investigación	3
1.6 Objetivos	3
1.6.1 Objetico General.....	3
1.6.2 Objetivos Específicos.....	3
1.7 Propósito.....	4
CAPITULO II: MARCO TEORICO	5
2.1 Antecedentes bibliográficos.....	5

2.2 Base teórica.....	12
2.3 Marco conceptual.....	22
2.4 Hipótesis.....	23
2.4.1 Hipótesis general.....	23
2.4.2 Hipótesis específica.....	23
2.5 Variables.....	24
2.6 Definición operacional de términos.....	25
CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	26
3.1 Diseño metodológico.....	26
3.1.1 Tipo de investigación.....	26
3.1.2 Nivel de investigación.....	26
3.2 Población y muestra.....	26
3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos.....	29
3.4 Diseño de recolección de datos.....	29
3.5 Procesamiento y análisis de datos.....	30
3.6 Aspectos éticos.....	30
CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	31
4.1 Resultados.....	31
4.2 Discusión	37
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
5.1 Conclusiones.....	39
5.2 Recomendaciones.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	41

LISTAS DE TABLAS

TABLA N°1: Resumen de los riesgos asociados a placenta previa en pacientes del servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018.....	31
TABLA N° 2: Asociación entre los factores sociodemográficos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018.....	33
TABLA N° 3: Asociación entre los factores obstétricos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018.....	34
TABLA N° 4: Asociación entre los factores quirúrgicos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018.....	36

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 01: Operacionalización de variables.....	47
ANEXO 02: Instrumento de recolección de datos.....	49
ANEXO 03: Validación de instrumento por experto.....	51
ANEXO 04: Matriz de consistencia.....	54
ANEXO 05: Informe de grado de similitud.....	60

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Placenta previa es una posición anómala de la placenta previa propia del segundo y tercer trimestre de gestación. Es aquella placenta que va a recubrir de forma parcial o total el orificio cervical interno. Es una de las principales causas de sangrado en el último trimestre de gestación y su diagnóstico es después de las 22 semanas de embarazo.⁴

La incidencia es de 1 por cada 200 gestaciones con un tiempo mayor a 20 semanas, pero existen variaciones a nivel mundial. Un 20 % de la tasa de mortalidad es por complicaciones de pérdidas sanguíneas en gran cantidad durante el momento del parto o después del parto.⁵

En América según la OMS, la tasa de mortalidad materna equivale a un 62 % correspondiendo a 9 500 muertes maternas en una población total de 100 000 nacimientos. En el 2015 el porcentaje de mortalidad materna alcanzó una prevalencia de 52 % equivalente a 7900 muertes maternas, observándose una disminución del 10 % a comparación con la primera incidencia. Los embarazos con complicaciones por esta entidad equivalen entre 0,3 a 0,5 % aproximadamente de muerte materna.⁶

Según INEI los casos de placenta previa presentados en el Perú en el año 2013 señala que a nivel departamental del total de 515 pacientes, el mayor número de casos se encuentra en Lima con un 34.17 %, seguido de Cuzco con un 8.16 %, Cajamarca 7.57 %, Piura 6.40 % y el resto de departamentos un 43.70 %.⁷

En un estudio del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2011, la incidencia de casos fue de 5,8 por cada 1 000 gestantes, siendo causas importantes para hemorragias uterinas sobre todo en la última etapa de gestación.⁸ En el 2019, en otro estudio realizado en el Hospital Guzmán

Barrón-Chimbote, se concluyó que en las pacientes con edades mayor a 35 años tienen 3.84 veces más riesgo que aquellas pacientes menores de 35 años y las mujeres gran multíparas tienen 4.23 veces más riesgo de desarrollar placenta previa que las mujeres con menos de 4 hijos.⁹

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Son los factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.?

1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO

¿Son los factores sociodemográficos riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima?

¿Son los factores obstétricos riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima?

¿Son los factores quirúrgicos riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima?

1.3 JUSTIFICACION

La placenta previa es una complicación grave que puede llevar a hemorragia materna. Por esta razón el estudio ha estado relacionado a analizar los

riesgos asociados de las gestantes con placenta previa, debido a la importancia que representa la identificación oportuna de factores para una atención integral continua, desde la detección por los profesionales de salud como también el enfoque preventivo a través de un diagnóstico oportuno para así disminuir las cifras de morbilidad materna y neonatal.

1.4 DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO

El estudio se circunscribe al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018.

Se tendrá en cuenta a las pacientes gestantes que acudan al hospital con riesgos asociados: edad materna avanzada, tabaquismo, paridad, embarazo múltiple, miomas y pólipos, antecedentes de aborto y cesáreas previas.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

Para la ejecución de este estudio se previó contar con todas las facilidades del caso.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar los factores sociodemográficos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.

Establecer los factores obstétricos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.

Identificar los factores quirúrgicos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.

1.7 PROPOSITO:

El propósito es contribuir a través de sus resultados a reafirmar los conocimientos sobre placenta previa y los factores de riesgos muchos de ellos prevenibles que podrán ser tomados en cuenta por los especialistas gineco-obstetras.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS:

INTERNACIONALES

Poaquiza D. “Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa en pacientes entre 16 a 40 años”. Tesis de Bachiller. Ecuador. 2018, menciona lo siguiente:

El **objetivo general** del estudio fue: determinar la prevalencia y los principales riesgos asociados de la placenta previa en pacientes entre 16 a 40 años del Hospital General Martin Icaza. El **diseño de la investigación** fue: descriptivo observacional transversal retrospectivo. Los **resultados** según el tipo de placenta previa, el tipo I un 20%, seguido del tipo II con un 18%, el tipo III un 20% y la oclusiva total grado IV con un 42%. Las edades maternas que presentaron asociación con placenta fueron un 6% (16 a 20 años), un 34% (20 a 30 años) y de un 60% (30 a 40 años). Con respecto a la paridad, las pacientes con placenta previa fueron un 12% para primigestas, un 28% para secundigestas y un 60% para multigestas. El embarazo múltiple en las gestantes son factores de riesgo en un 66%. El tabaquismo es un riesgo asociado a placenta previa con un 52% y las cicatrices uterinas en un 70%. En un 100% la vía de determinación del parto en las gestantes para desarrollar placenta previa fue la cesárea. **Conclusiones:** La prevalencia de las gestantes del periodo entre julio del 2017 y enero del 2018 fue 17,67%. La edad materna entre 30 y 40 años fue el de mayor incidencia para placenta previa. El embarazo múltiple, las cesáreas y los legrados son factores de riesgo para placenta previa.

Meza S. Características epidemiológica y clínica de la placenta previa. Tesis de Especialidad. Honduras. 2017, menciona lo siguiente:

El **objetivo general:** Conocer cuáles son las principales características clínicas y epidemiológicas de la placenta previa en las gestantes de sala de

puerperio del Hospital Mario Catarino Rivas durante el 2016. El tipo de **diseño de estudio** fue descriptivo observacional de corte transversal. Los **resultados** según las características epidemiológicas fueron: La raza mestiza un 89%, el nivel escolar más frecuente fue primaria incompleta (65%), el estado civil de mayor predominio fue soltera (72%), el 37.5 % de las gestantes tenían antecedentes patológicos como hipertensión arterial (17%) y diabetes Mellitus (11%). En las características clínicas los resultados fueron: El 8% de las pacientes presentaron dolor, el 25% hipertensión arterial, el 99% sangrado vaginal, el 35% taquicardia y un 64% de las gestantes anemia. La placenta previa total fue la más frecuente con un 54% seguida de la placenta previa parcial con un 17%. Las **conclusiones** fueron: En este estudio la edad materna joven y el antecedente de cesárea predominaron como factores de riesgo para placenta previa. La mayoría de los embarazos fueron pre término, lo que condicionó a tener recién nacidos con bajo peso y cierto grado de asfixia. El único síntoma de placenta previa fue el sangrado vaginal y como complicaciones: hipotensión, taquicardia y anemia secundaria en algunas pacientes. La placenta previa total fue la más frecuente seguida de la placenta previa parcial.

Robelo M. Factores de riesgo y complicaciones de placenta previa en gestantes en el hospital León Becerra Camacho de Milagro en el periodo 2015-2016. Tesis de Bachiller. Ecuador. 2016-2017, menciona lo siguiente:

El **objetivo general** fue conocer los principales factores de riesgos y las complicaciones de placenta previa. El **estudio** fue descriptivo correlacional transversal retrospectivo. El **resultado** con respecto a la prevalencia del desarrollo de placenta previa por edades fueron: Entre 14-19 años un 39 %, entre 20 a 30 años un 30 %, un 11 % de 31 a 40 años y en mayores a 40 años un 20 %. Las causas maternas y ovulares con mayor prevalencia en el retraso de la implantación representan un 27%, los miomas un 23%, la fecundación

tardía un 20%, la endometriosis un 19% y la hipermotilidad tubárica un 11%. Los factores relacionados a placenta previa eran : 21 % para edad de la gestante, 19 % para gestación múltiple, 17% para anemia, 14% endometriosis crónica, 18 % multiparidad y el aborto un 11 %. Las **conclusiones**: La prevalencia de acuerdo a la edad materna se establece que el de mayor valor se encuentra entre los 14 a 19 años con un 39%. Los factores de riesgos determinantes para placenta previa fueron: el retraso de la implantación, los miomas, la fecundación tardía y el más importante la endometriosis. Los factores de riesgos de mayor incidencia para placenta previa fueron la edad materna, gestación múltiple, multiparidad, anemia, endometriosis y el aborto.

Arreaga I. “Morbilidad y mortalidad materno perinatal en las pacientes con placenta previa”. Tesis de Especialidad. Guatemala. 2015, menciona lo siguiente:

El **objetivo general** fue describir la morbimortalidad materno-perinatal en pacientes del servicio de obstetricia del Instituto ginecológico guatemalteco con diagnóstico ultrasonográfico durante el año 2011. El **diseño de estudio** fue descriptivo retrospectivo. **Resultados**: La edad media de las pacientes con placenta previa fue 30 años. El rango etáreo de predominio fue un 53% para las edades entre 21-30 años. Las pacientes multíparas con placenta previa representan el 89% y el 11% las primíparas. Las pacientes cesareadas representan el 47% y con parto eutócico un 39%. El tipo de placenta previa total fue 70%, un 19% para placenta previa parcial y con menor porcentaje placenta previa de inserción baja (6%) y marginal (5%). Según el estudio realizado señala que en un 77% no existen complicaciones para placenta previa. La anemia leve a moderada represento un 19% y el shock hipovolémico un 2%. La edad gestacional de los recién nacidos con placenta previa fue un 61% para a término y un 39% para pre término. El número de cesáreas y su relación con placenta previa fue: 53% no presentaba ninguna cesárea, 30% tenía una cesárea, 15% dos cesáreas y un 2% tres cesáreas.

Las **conclusiones** fueron: La incidencia de pacientes con placenta previa es de 4 por cada 1 000 embarazos. Las pacientes con placenta previa son jóvenes con una edad media de 30 años y son multíparas; sin embargo el mayor número de pacientes no tenían antecedente de cesárea. La principal complicación materna fue la hemorragia, por lo que se transfundió al 82 % de las pacientes. Las complicaciones en los recién nacidos fueron bajo peso y prematuridad. Se presentó casos de mortalidad en dichas gestantes en un 6% secundaria a procesos hipóxicos e infecciosos.

Hernández R. “Placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Caldero de Enero a Diciembre del 2014. Tesis de Especialidad. Nicaragua. 2015, menciona lo siguiente:

El **objetivo general** de estudio fue: Describir la asociación de placenta previa con cesárea anterior en pacientes atendidos en dicho hospital. El **diseño de estudio** fue: Descriptivo de corte transversal. **Resultados:** La edad más frecuente con un 71. 8% fue entre 21 a 35 años. En la paridad lo que más predominó con un 51.3% fueron las pacientes con 2 partos, seguido de las trigestas con un 38.5%. Las patologías diagnosticadas en el embarazo de las pacientes con placenta previa asociadas a antecedentes de cesáreas, fue un 42% para hipertensión arterial crónica con. El número de cesáreas previas representando un 56% predominó en aquellas con una cesárea anterior, un 25 % con tres cesáreas, seguido de un 17.9 % para aquellas mujeres con dos cesáreas. La placenta previa parcial fue la de mayor predominio con un 48.7%, seguido de placenta previa oclusiva total con un 15.4 % y la placenta previa marginal con un 10. 3 %. La mayoría presentó un periodo intergenésico de 1 a 2 años. En las características clínicas se pudo observar que la principal fue la hemorragia postparto con un 38% y la histerectomía un 8%. En los controles perinatales de las gestantes se observó que el peso frecuente del recién nacido fue entre 2501 a 3500 gr con un 82.1 %. Las **conclusiones** fueron: Los casos del estudio se encuentran en el grupo etáreo entre 21 a 35 años y

se dio término al embarazo entre las semanas 29 y 36. El 35% de las pacientes tenían antecedentes de cesárea. Las gestantes con placenta previa y cesárea anterior el 46 % presentaban periodo intergenésico de 1 a 2 años. Las principales complicaciones de las pacientes fueron hemorragia post cesáreas, anemia e infección de la herida quirúrgica. La placenta previa parcial fue la que más predominó con 1 antecedente de cesárea.

NACIONALES

Licera Z. “Edad materna mayor a 35 años y gran multiparidad como factores de riesgo de placenta previa”. Hospital Guzmán Barrón-Chimbote. Tesis de Bachiller. 2019, menciona lo siguiente:

El **objetivo general** fue establecer si la edad de la gestante superior a 35 años y la gran multiparidad se consideran factores de riesgos para placenta previa en el Hospital Guzmán Barrón del año 2013 al año 2017. El **diseño metodológico** que se realizó en este estudio fue no experimental de caso-control. El **resultado** de las madres mayores de 35 años con o sin placenta previa fue: un 25,5 % para las gestantes con más de 35 años y que presentaron placenta previa a diferencia de un 8,2 % con más de 35 años pero que no tuvieron placenta previa. El resultado de gran multiparidad con o sin placenta previa fue: un 26,5 % fueron para mujeres gran multíparas con placenta previa a diferencia de mujeres gran multíparas sin placenta previa con un 7,8 %. Otro resultado fue la relación entre la edad materna y la gran multiparidad, indicando que las gestantes mayores a 35 años (OR: 3,84) era un indicador de menor riesgo para el desarrollo de la enfermedad, a diferencia de la gran multiparidad (OR: 4,23), pero ambos son factores asociados para placenta previa. Las **conclusiones** a las que se llegaron fueron: la edad materna es un riesgo asociado a placenta previa, la gran multiparidad se considera un factor predisponente en el desarrollo de placenta previa y ambas variables tienen similitud para placenta previa. Multíparas poseen 4.23 veces más riesgo de placenta previa que las gestantes que tienen menos de 4 hijos.

Quispelazo C. Incidencia y factores de riesgos asociados a placenta previa en pacientes del hospital nacional Hipólito Unánue - 2018. Tesis de Bachiller. Universidad Federico Villarreal. 2019, menciona lo siguiente:

El **objetivo general** fue identificar los casos nuevos y los riesgos relacionados a placenta previa de las pacientes. El **diseño de estudio** fue observacional caso-control retrospectivo transversal. Los **resultados**: El porcentaje mayor de la muestra presentó edades maternas entre 20 a 35 años, el 70% fueron convivientes, los factores de riesgos encontrados fueron: multiparidad (OR 3.6), abortos previos (OR 3.4), antecedente de AMEU (OR 3.3), antecedente de placenta previa (OR 5.9), periodo intergenésico corto (OR 3.2), antecedente de cesárea (OR 1.6), edad materna avanzada (OR 1.8), IMC: desnutrición u obesidad (OR 1.6), anemia en el I trimestre (OR 0.8). En **conclusión** los antecedentes de aborto, multiparidad, legrado, periodo intergenésico corto y haber presentado placenta previa son riesgos asociados para dicha patología. En los factores sociodemográficos: estado civil, edad y grado de instrucción no son factores de riesgos significativos para placenta previa y la obesidad o desnutrición, antecedente de anemia no son riesgos asociados a placenta previa.

Arizapana C. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca durante el año 2018. Tesis de Bachiller, menciona lo siguiente:

El **objetivo general** fue establecer los riesgos relacionados a placenta previa en las gestantes. Los objetivos específicos son determinar el tipo, la incidencia y frecuencia de placenta previa, conocer el antecedente de placenta previa, determinar la paridad, el periodo intergenésico corto, el antecedente de aborto como factores de riesgos para placenta previa. El **diseño de estudio** fue analítico retrospectivo de observación indirecta. **Resultados**: De las 53

gestantes el 47,2% presentaron placenta previa total, el 35,8% placenta previa parcial, el 9,4% placenta de inserción baja y el 7,5 % placenta previa marginal. Los indicadores de estudio fueron: Edad materna, antecedente de cesárea, periodo intergenésico, aborto, multiparidad y embarazo múltiple. De las 53 pacientes: El 50,9% fueron gestantes mayores o iguales a 35 años, el 60,4% presento antecedente de cesárea, el 34% antecedente de aborto, el 45,3% fueron multíparas, el 49,1% tenía periodo intergenésico corto y el 3,8% presentó embarazo múltiple. Los factores de riesgos asociados a placenta previa fueron edad materna, antecedente de cesárea, multiparidad, y periodo intergenésico corto. **Conclusiones:** La edad materna mayor o igual a 35 años, antecedente de cesárea, multiparidad y periodo intergenésico corto son factores de riesgo para placenta previa. El aborto y el embarazo múltiple no están asociados a placenta previa.

Lazo Y. “Factores que influyen la placenta previa en gestantes diagnosticadas mediante ecografía que acuden al Hospital llave-Puno de Enero a Abril del 2015”. Tesis de Bachiller, menciona lo siguiente:

El **objetivo general** fue identificar las manifestaciones clínicas y epidemiológicas para el desarrollo de placenta previa por medio de ecografía en pacientes que acuden al Hospital llave. El **diseño de investigación** fue descriptivo retrospectivo y transversal. El **resultado** fue: El grupo etáreo con mayor predominio se encuentra entre los 30 a 45 años, seguido de las edades en el rango de 36 a 40 años con un 27.7% y un 22.2% entre las edades de 20 a 25 años. En relación a la multiparidad con placenta previa un 56 % se presenta en gestantes con más de 3 embarazos, seguido de un 22 % en aquellas gestantes que han tenido 2 embarazos previos y un 6% siendo mínima la relación en aquellas gestantes que fueron primigestas. En el resultado de antecedente de aborto el 50 % de los controles han tenido más de 3 abortos (legrados), seguido de 2 antecedentes de abortos con un 33 % y con un 17% las gestantes con 1 legrado uterino. Un 56% de las gestantes que

presentaron placenta previa con anterioridad y que su método de diagnóstico fue por ecografía obstétrica volvieron a ser diagnosticadas con dicha patología y un 44% de las pacientes no presentaron placenta previa. **Conclusiones:** Los factores de riesgos maternos para el desarrollo de placenta previa fueron la edad materna, la multiparidad y el aborto. Otra conclusión fue que la ecografía transvaginal es importante para el diagnóstico de la patología porque así podemos derivar con tiempo a la gestante para una mejor atención.

2.2 BASES TEÓRICAS

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología la define como aquella fijación de una parte o el total de la placenta en el segmento inferior del útero específicamente en la zona de borramiento y dilatación del cuello uterino, situado bajo la zona de presentación, dificultando el descenso del feto. Es una patología poco frecuente se presenta uno de 200 a 250 nacimientos.¹⁰

La placenta previa es común hallarla en las ecografías del segundo trimestre de embarazo. Entre las semanas 20 y 24 de gestación se observan en un 4%, pero solo un 0.5% de embarazos a término parece ser que dicha placenta migra debido al crecimiento del útero, pero en realidad la placenta no ejerce ningún movimiento, solo que el útero está creciendo alejándose así del orificio cervical interno.¹¹

Cuando su diagnóstico es incierto se realizará una ecografía transvaginal con el objetivo de saber la localización de la placenta. En el tercer trimestre gestación se realizará una ecografía para el definitivo diagnóstico de placenta previa y también se brindará información a la gestante de los cuidados que debe tener en cuenta desde aquel momento hasta el día del parto.¹²

El principal síntoma es el sangrado a través de la vagina, la sangre tiene un color característico rojo brillante, no produce dolor y generalmente se da durante el segundo trimestre o durante el alumbramiento, en algunos casos la paciente puede no presentar síntomas y el caso de placenta previa ser un

hallazgo encontrado por ultrasonido. Aproximadamente el 75% de las gestantes con esta patología tendrán presencia de sangre por la vagina en el transcurso del embarazo.¹³

En la epidemiología, la placenta previa es una patología que se presenta entre 1/125 a 1/300 nacimientos. Para el autor Scott se presenta en 1 de cada 200 nacidos vivos. Otros autores manifiestan que la frecuencia de presentación es de 0,4 a 0,9% de embarazos en general. La frecuencia en que se presentan los casos según el tipo de placenta es: Placenta previa central de 23% a 31%, placenta previa parcial de 21% a 33% y placenta de inserción baja de 37% a 55%. Devesa manifiesta que de todos los casos de placenta previa, el 80% son placentas previas parciales o marginales y el 20% son placenta previa total.¹⁴

Para el autor Olivé y colaboradores, manifiestan que en el segundo y tercer trimestre de gestación después del uso de ecografías transvaginales, si el espacio del borde placentario y el margen del orificio cervical interno es menor de 2 cm, entonces el número fémias con esta complicación disminuirá, se dice que una paciente de cada 25 pacientes con esta complicación y con una distancia de 1.5 cm no será identificado, generándose así un 6,6% de falsos positivos con gestantes sin presentar placenta previa.¹⁴

En un estudio realizado en el año 2015 por el autor Arreaga P., señaló que en el mundo los casos de placenta previa muestran una incidencia de 1 por cada 200 a 390 partos aproximadamente, teniendo un tiempo de gestación mayor a 28 semanas representando de 0.4% a 0.6%. En el país de Cuba se realizó un estudio donde se demostró que en Venezuela la incidencia de placenta previa es un 0.52%, en República Dominicana fue 0.76%, en el Perú la incidencia fue de un 0.5% y en el país de Cuba su incidencia fue de 0.31%. Según el Ministerio de Salud Publica en el año 2018 en Guatemala, se manifestó que la asociación de placenta previa con mortalidad materna es del 1.9% al igual que la asociación de placenta previa con mortalidad materna

neonatal que representa el 10%. A nivel departamental, Sololá, Totonicapán y Chimaltenango son departamentos que muestran mayores números de casos con placenta previa en el año 2008.¹⁵

En la anatomía patológica, la placenta suele tener una forma irregular, con reducido espesor y tamaño grande, mecanismo que va a compensar a disminuir la posibilidad de ingresar en profundidad en el fondo uterino siendo por ello de superficie mayor. Las zonas más bajas tienen cotiledones atrofiados con mayor frecuencia, degeneración de vellosidades y focos hemorrágicos. Las membranas también pueden estar con alteraciones y por ello tienen mayor espesor y son más rugosas. La inserción del cordón suele ser muchas veces velamentosa y marginal. La placenta se insertará en una zona uterina con gran vascularización y aparece edematosa contribuyendo a disminuir la contractilidad.¹⁶

Schwarcz R. y colaboradores en el año 2014 manifestaron que el segmento inferior va a ser el lugar donde la placenta se va a depositar porque presenta un número considerable de vasos sanguíneos, incluso las vellosidades pueden invadir músculo generando la posibilidad de evolucionar a placenta acreta. En el ámbito morfológico la placenta normal presenta rasgos distintos a los de la placenta previa, generalmente tiene mayor tamaño, tiene menos grosor, son más irregulares y pueden presentar cotiledones atróficos entre otros cotiledones normales. Sus membranas se vuelven frágiles, son de mayor grosor y más rugosas. Después del parto, las membranas en las placentas marginales se hallan desgarradas sobre el reborde de la placenta, o entre el desgarro de la abertura artificial o natural y la inserción en el reborde placentario un colgajo menor de 10 cm; la extensión del colgajo será mayor siempre en las placentas normales insertas. El cordón generalmente se inserta excéntricamente.¹⁷

En la placenta previa la implantación presenta variedades, será lateral cuando se inserta en el segmento inferior a una distancia menor a 10 cm del orificio

cervical interno y sin llegar a éste; la placenta previa será marginal si el borde de la placenta llega a alcanzar el orificio cervical interno y placenta previa oclusiva total durante el embarazo, al iniciar el trabajo de parto puede ocupar parte del orificio cervical interno y al iniciar la dilatación la placenta oclusiva podría adoptar un cambio y ser placenta oclusiva parcial o central parcial. Según las estadísticas la placenta marginal es más frecuente que la oclusiva ya que ésta se presenta generalmente en las múltiparas.¹⁷

Su etiología es desconocida y parece ser que no existe una causa en específico que justifique su presencia. Existen 2 alteraciones (trofoblástica y endometrial) que intentan explicar la causa de esta patología. En la alteración trofoblástica, la facultad de implantación del tejido trofoblástico cuando se inicia tempranamente, el cigoto podría implantarse en la trompa de falopio. Lo normal es que se implante en el área superior o media del útero, pero al haber un retraso de la capacidad del trofoblasto entonces la anidación se va realizar en la zona baja del útero incluso en zona cervical, denominándose embarazo ectópico cervical.¹⁴ En alteración endometrial, el factor etiológico más importante es el endometrio. Puede ser debido a alteraciones o reducción de la capacidad de fijación en el endometrio, la placenta va sufrir una ubicación anatómica anómala. La inserción de la placenta es generalmente baja por anomalías altas en el endometrio y como consecuencia el crecimiento de la placenta puede ser a nivel central o unidireccional hacia el fundus uterino el cual es más rico en vascularización (placenta previa lateral o marginal). La primera inserción sería en el fundus uterino pero por causa de lesiones previas en la zona, el crecimiento sería unidireccional hacia el istmo.¹⁸

Como factor etiológico el endometrio explicaría la asociación continua de placenta previa con paridad, ya que los embarazos anteriores podrían haber provocado una lesión a nivel del endometrio en las zonas donde la placenta se ha insertado con anterioridad, siendo pocas las zonas aptas para la nueva inserción de la placenta. También esto explicaría la posible relación de

placenta previa con el número de abortos repetitivos. En los casos de las primigestas donde no existe lesión en el útero, los factores ovulares serían la posible causa y es más seguro que se deba a un problema genético.

Para Schwarcz R. y colaboradores en el año 2014 manifestaron que si existe un endometrio sin lesión el cigoto se fijará en el fondo uterino donde hipertrofia sus vellosidades originando la placenta, la vellosidades restantes se atrofiaran para formar el corion liso, pero si existe una patología en las vellosidades que van a ser atrofiadas, entonces no se formara la placenta en la caduca refleja, la cual al crecer el trofoblasto se insertará en la caduca verdadera.¹⁷

En la fisiopatología de placenta previa, se genera por presentar una inserción inadecuada de la placenta en el segmento inferior del útero, así:

Musculatura: tienen menor cantidad de fibras musculares en el segmento superior y una cantidad mayor de fibras de colágeno por lo que va a proporcionar mayor distensibilidad, pero disminuye su potencia en los vasos sanguíneos, mostrando dificultad para la hemostasia permitiendo así que la placenta se desprenda parcialmente durante el trabajo de parto. El endometrio disminuirá su grosor siendo más delgado y menos vascularizado, así la placenta será más extendida, de forma aplanada y será irregular, va a poseer muy pocos tabiques a nivel de sus cotiledones. Por ellos el trofoblasto podrá invadir la decidua basal porque la pared del útero es más delgada y puede invadir inclusivamente a los órganos contiguos (acretismo placentario). La inserción baja de la placenta va a permitir que actué como si existiera un tumor. A nivel de las membranas, la ruptura prematura de éstas se incrementa porque el borde la placenta será menos elástica y de mayor grosor. En el cordón de la placenta la inversión velamentosa es frecuente ya que existe atrofia de sus cotiledones, producto de la insuficiencia de decidua. Si hay un desprendimiento de la placenta previa, va a existir un sangrado.¹⁹

En la clasificación de la placenta previa existen 4 tipos: Placenta baja o lateral, no llega hasta el orificio cervical interno y se va a colocar en el segmento inferior del útero. Se define a través de la ecografía cuando el borde de la placenta está entre 2 y 3,5 cm del orificio cervical interno. Placenta marginal, es cuando el borde de la placenta llega hasta el borde del orificio cervical interno, sin ser cubierto. Se define por ecografía cuando el borde de la placenta es menor a 2 cm del orificio cervical interno. Placenta oclusiva parcial, es cuando la placenta cubre parcialmente el orificio cervical interno. Placenta oclusiva total, la placenta se va encontrar en todo el orificio cervical interno.²⁰

En la presentación clínica de placenta previa se puede evidenciar hemorragias sin dolor durante el segundo o tercer trimestre, el inicio es repentino e indoloro, cesa de manera oportuna y la placenta se implanta alrededor del orificio cervical interno, pudiendo aparecer sangre al inicio del parto.²¹

Los factores de riesgo para placenta previa son múltiples, entre ellos: Factores Sociodemográficos (la edad materna avanzada y el tabaquismo).

Edad materna avanzada: Define a la gestante mayor a los 35 años y está asociado con algunos problemas perinatales importantes. Se ha observado un aumento creciente en las cifras de gestantes con 35 años o más y es seguro que estas cifras sigan aumentando. La placenta previa muestra una relación en crecimiento con la edad materna. La frecuencia de placenta previa para el año 2000 en las gestantes con edad entre los 18 a 34 años es de 0.26%, para las de 35 a 40 años es de 0.56% y, para las mayores a 40 años es de 0.97%. Reportes manifiestan que la avanzada edad en la gestación es el principal factor asociado a placenta previa.²²

La incidencia muy frecuente de placenta previa es cuando la edad de la madre es mayor a 35 años. Existe cierta asociación entre la edad de la madre y el daño endotelial progresivo, como la aterosclerosis de las arterias uterinas.

Esta podría ser la razón por la cual se incremente los casos de incidencia de placenta previa con la edad materna.¹⁸

Tabaquismo: La gestante fumadora puede sufrir trastornos que estarán relacionados directamente proporcional con los cigarrillos fumados, de igual manera también influye la constancia a ambientes contaminados por humo de tabaco, por ello muchas gestantes se exponen del tabaquismo directo al pasivo. Se observó en gestantes fumadoras que el tamaño de su placenta es mayor que el de las gestantes sin adicción en el embarazo o que no han fumado en su vida. Este proceso actúa como un mecanismo compensatorio frente a la falta de oxígeno originado por la madre fumadora. La placenta al ser más grande en estas gestantes, la frecuencia de desprendimiento prematuro, la hemorragia y la ruptura temprana de membrana será mayor. Todas estas complicaciones generalmente ocurren en las pacientes fumadoras por su excesivo consumo.²

Munive E. en el 2017 informa que en las fumadoras aumenta como mínimo dos veces el riesgo para la enfermedad. Plantea que la disminución de oxígeno por monóxido de carbono genera hipertrofia placentaria compensadora y un área mayor de superficie que puede relacionarse con la vasculopatía decidual participando en la génesis de la placenta previa.¹ De igual manera Gómez R. en el mismo año realizó un estudio descriptivo de un caso clínico en el cual manifiesta que la nicotina y el monóxido de carbono por consumo de parte de la madre, puede generar vasoconstricción a nivel de los vasos del útero, también existirá una disminución de oxígeno e hipertrofia compensadora a nivel de la placenta. Las gestantes consumidoras de tabaco presentan placenta más delgada y con gran superficie, la cual aumenta la probabilidad de que la placenta cubra el orificio cervical interno. También se ha observado casos de gestantes que habitan en ambientes hipóxicos como en las alturas, el cual provoca cambios en la forma de la placenta similar a las mujeres que fuman.¹⁸

Los factores obstétricos (la multiparidad, embarazos múltiples, presencia de miomas y pólipos, periodo intergenésico corto).

Multiparidad: en especial la gran multiparidad (5 a más partos) son factores de riesgos que se reconocen hace décadas como malos desenlaces obstétricos, los reportes de los 60 ya identificaban la frecuencia de placenta previa siendo un 0.4% (50/12403) en mujeres nulíparas, un 1.7% (221/13655) en multíparas y un 3.2% (44/1389) en gran multíparas.²²

La frecuencia de esta patología incrementa de acuerdo a la paridad. La frecuencia es de 1 en cada 1 500 mujeres nulíparas a 1 en cada 20 mujeres gran multíparas.¹³ En mujeres multíparas, la zona donde se insertó la placenta por reiteradas gestaciones ésta zona va sustituyéndose por cicatrices, reduciendo el espacio adecuado para una futura implantación.²³

Embarazo múltiple: Los embarazos múltiples poseen una incidencia mayor de placenta previa en comparación con los embarazos únicos y en los embarazos gemelares la bicorionicidad va a explicar una frecuencia mayor que en los casos de placentas monocoriales.²² En un estudio realizado por Ananth y coautores, manifestaron que esta complicación en el embarazo fue un 40% mayor en gestaciones múltiples que en embarazos con feto único.¹⁴ En otro estudio realizado por Gómez R. en el 2017, manifiesta que en los embarazos múltiples la placenta crece grande de forma anormal debido al aumento de los requerimientos fetales (gemelos). La placenta por el gran tamaño debilita y tiende a desplazarse a la zona inferior del útero.¹⁸

Miomas y pólipos: Los cambios a nivel hormonal durante el embarazo en si pueden aumentar el tamaño de los miomas. Los miomas pueden afectar los resultados obstétricos ya que se asocian muy significativamente con parto pretérmino, cesárea, placenta previa, alteración en la presentación del feto, desprendimiento prematuro de placenta previa, ruptura prematura de membranas, óbito y hemorragia post parto. Todas estas relaciones explican las complicaciones de un embarazo con miomas uterinos.²⁴ El estudio de

Hernández y colaboradores en el 2017 manifestaron que es mucho más importante la localización de los miomas en relación con la placenta previa que el tamaño de los miomas en el útero. Los miomas subserosos o intramurales con un tamaño menor a 3 cm se consideran de muy poca significación clínica.²³ Zegarra D. en el 2018 en su estudio comenta que los miomas son tumores muy comunes en la población femenina, representa un 20% en las mujeres que tengan más de 35 años. La alta prevalencia de los miomas posee importancia en el sostenimiento de la gestación. Los miomas en el útero aumentan la incidencia de ruptura prematura de membranas, posición anómala del feto, aumento de cesáreas y parto prematuro. De acuerdo al tamaño, la cantidad y el lugar de posición del mioma va a aumentar la probabilidad de aborto, parto prematuro o puede que en el parto el mioma obstruya el canal del parto o interfiera en las contracciones uterinas.²⁵

Periodo intergenésico corto: Tiene importancia en el campo gineco-obstétrico, de acuerdo a la OMS es el periodo comprendido entre la fecha de la última menstruación y el inicio de la siguiente gestación. Se considera como periodo intergenésico corto aquel tiempo menor a 2 años y el periodo intergenésico largo aquel que es mayor a 5 años (MINSA, 2012).³ Munive E. en el 2019 en su estudio manifestó que se ha reportado la existencia de riesgo materno-fetal en relación al tiempo del periodo intergenésico. Es de suma importancia saber que posterior a un nacimiento vivo, el tiempo de espera para el siguiente embarazo es por lo menos 18 meses (el tiempo óptimo va de 18 a 27 meses, según la OMS) con un máximo de 60 meses para así disminuir el riesgo de eventos maternos-perinatales y neonatales.¹ En el estudio de Ojeda R. y coautores en el 2016 señalaron que en la paciente menor a 24 meses su vascularidad útero-placentaria no es adecuada, ya que existe poca adaptación a nivel vascular debido al corto tiempo que existe entre los embarazos y si el periodo intergenésico es menor, el embarazo finalizará lo más pronto posible, por ello cuando exista un tiempo menor a medio año existirá mayor riesgo de

aborto y si el tiempo es menor a 2 años el riesgo de gestación culminará antes de los 37 semanas.²⁶

Los factores quirúrgicos tenemos cesáreas previas y antecedente de aborto.

Cesáreas previas: La cesárea previa aumenta el riesgo de presentar placenta previa, planteándose de que aumenta progresivamente de acuerdo a la cantidad de partos realizado por cesárea. La sección donde se realizó el proceso quirúrgico va a dejar un tejido cicatricial endometrio; por ello la capa será de menor grosor en esta zona. Frente a la siguiente gestación en la misma área podría ser el lugar donde se localizará la placenta. Las gestantes con una o más cesáreas, entonces tendrán mayor riesgo de presentar placenta previa en su siguiente embarazo. La cesárea clásica se realiza en embarazos complicados y la gestante presenta un riesgo mayor de presentar la patología en sus siguientes embarazos debido a que existirá una incisión vertical en la parte central del útero. En sus embarazos posteriores de estas pacientes, su placenta se insertara por medio de la cicatriz, debido a que generalmente las placentas suelen insertarse en el fondo uterino.²⁷

Antecedente de aborto: Después de un aborto inducido la frecuencia de placenta previa fue un 2.7 % en comparación con abortos producidos en forma espontánea.²² Un aborto se manifiesta clínicamente con sangrado durante el primer trimestre, el manejo se realiza mediante AMEU o legrado uterino generando factores que puedan permitir el desarrollo de placenta previa, ya que en estos procedimientos existen un daño a nivel del fondo uterino generando una cicatriz en el útero.³

La frecuencia de placenta previa está asociada al número de cicatrices uterinas anteriores y a las alteraciones al nivel del endometrio que suelen darse por instrumentos ginecológicos en procesos como el legrado.⁷

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Mortalidad materna: Es la muerte de una fémina mientras se encuentre en gestación o que este dentro de los 42 días de haber culminado su embarazo, las causas están relacionadas por el mismo embarazo o por el manejo clínico, pero no está relacionado por causas accidentales o incidentales.²⁸

Factor de riesgo: Circunstancia que puede aumentar las probabilidades de que la persona pueda contraer algún tipo de enfermedad u otro tipo de problema que pueda alterar su salud.²⁹

Factor obstétrico: Los factores obstétricos son características o circunstancias que van a ocasionar daño en la salud de la madre durante la etapa de la gestación, durante el parto o el puerperio. Entre los factores tenemos: la multiparidad, embarazos múltiples, miomas, pólipos.³⁰

Parto pre término: Es aquel que se realiza entre las semanas 22 y 36 con 6 días después de la última fecha de la menstruación. En la actualidad se considera como un síndrome y no como una patología, debido a su origen multifuncional.³¹

Legrado: El legrado obstétrico o también llamado raspado uterino, es una intervención ginecológica, que se realiza a ciegas tras la dilatación del canal cervical uterino y luego de ello se procede a la limpieza del mismo.³²

Decidua basal: La placenta tiene un componente materno, denominado decidua basal y un componente fetal llamado el corion fondoso.³³

Orificio cervical interno: Está formado por tejido fibromuscular, está situado en la parte inferior del útero con proyección hacia la vagina.³⁴

Endometrio: Es el lugar de implantación donde va existir una perfecta sincronización del desarrollo del embrión y el endometrio.³⁵

Inserción velamentosa del cordón: Complejidad a nivel del cordón umbilical que se implanta a nivel placentario por medio de membranas ovulares, entre el amnios y corion.³⁶

Cotiledón: Cada cotiledón va estar formado por un conjunto de vellosidades y cada una de estas vellosidades se compone de sincitio, trofoblasto y un eje central donde se ramifican los vasos.³⁷

2.4 HIPOTESIS

2.4.1 HIPOTESIS GENERAL

H1: Si existe asociación de los factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos con placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2016 a Diciembre del 2018 – Lima.

H0: No existe asociación de los factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos con placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2016 a Diciembre del 2018 – Lima.

2.4.2 HIPOTESIS ESPECÍFICA:

H1: Si existe asociación de los factores sociodemográficos con placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.

H0: No existe asociación de los factores sociodemográficos con placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.

H1: Si existe asociación de los factores obstétricos con placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.

H0: No existe asociación de los factores obstétricos con placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.

H1: Si existe asociación de los factores quirúrgicos con placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia en el hospital nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.

H0: No existe asociación de los factores quirúrgicos con placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.

2.5 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

Edad materna avanzada

Tabaquismo

FACTORES OBSTETRICOS

Paridad

Embarazo múltiple

Miomas y pólipos

Periodo intergenésico corto

FACTORES QUIRURGICOS

Cesárea previa

Antecedente de aborto

VARIABLE DEPENDIENTE

Placenta previa

2.6 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Edad materna avanzada: Años cumplidos por la embarazada durante el parto.⁵

Tabaquismo: El consumo de cigarrillos en las mujeres causa múltiples afecciones, afectando la salud materna, del feto y del recién nacido.⁴³

Paridad: La cantidad de partos vivos o no vivos que ha tenido a lo largo de su vida una mujer.⁵

Embarazo múltiple: Gestación múltiple es aquella en la que se desarrollan simultáneamente dos o más fetos.³⁹

Miomas y pólipos: Llamados también fibromas o leiomiomas son tumores uterinos benignos más frecuentes en las mujeres.²³

Periodo intergenésico corto: Tiempo menor a 2 años comprendido por la finalización de una gestación y el nacimiento del siguiente embarazo.²⁶

Aborto: Es la pérdida de la gestación y se da antes de la semana 20 con un peso menor a 500 mg.¹³

Cesárea previa: Intervención quirúrgica que se ha realizado anteriormente, que consiste en la extracción del producto por una incisión en el útero, están indicados para situaciones extremas.⁴⁰

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 DISEÑO METODOLOGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el tipo de estudio: Es analítico porque se estudió la relación que existen entre las variables.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: Es retrospectivo porque los datos fueron recopilados por las historias clínicas de aquellas pacientes que fueron atendidas en tiempos anteriores.

Según el periodo y secuencia del estudio: Es transversal porque se realizó en un periodo determinado, haciendo un corte en el tiempo.

Según la intervención del investigador en el control de la variable: Es observacional porque no hubo intervención del investigador, ni se modificó las variables de estudio.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación es explicativa.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Comprenderá a las gestantes con placenta previa del servicio de Ginecología del Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima

Muestra: Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula pareado 1 a 3 respectivamente para casos y controles.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

p1: Frecuencia de exposición entre los casos=0.30

p2: Frecuencia de exposición entre los controles=0.60

C=2 → Numero de controles por caso

OR= 4.23

p= distribución normal estándar..... $p=(p1+p2)/2= 0.45$

Z1- $\alpha/2= 1.95$ → Nivel de confianza del 95%

Z1- $\beta= 0.80$ → Poder estadístico del 80%

n= tamaño de muestra

Reemplazando la fórmula:

$$n = \frac{[1.96\sqrt{2(0.45)(1 - 0.30)} + 0.80\sqrt{0.30(1 - 0.30) + 0.60(1 - 0.60)}]^2}{(0.30 - 0.60)^2}$$

n= 369/0.01

n=369

También se tuvo en cuenta la fórmula de Fistera, la cual obtenemos:

p1	0.30
p2	0.60
OR	4.23

TAMAÑO MUESTRAL MINIMO	
Número de casos:	31
Número de controles:	63
Número de controles por caso:	94

Según dicha fórmula mostrada mi población mínima para casos y controles es 94.

En un estudio realizado en el año 2019 en el Hospital Guzmán Barrón - Chimbote, la población de estudio fue de 408 gestantes. Por ello tomaremos en cuenta el tamaño muestral encontrado y se trabaja de la siguiente manera:

Número de casos:	72
Número de controles:	144
Número de controles por caso:	216

CASOS: 72 casos (pacientes con placenta previa) que acudieron al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.

Criterios de inclusión: Todas las pacientes gestantes que se atendieron en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 con diagnóstico de placenta previa por ecografía obstétrica durante el segundo y/o tercer trimestre de gestación, teniendo en cuenta los factores para placenta previa

Criterios de exclusión: Pacientes gestantes con diagnóstico de placenta previa, que no se encuentren dentro de la fecha de estudio, con ecografía obstétrica en el primer trimestre de gestación, con historias clínicas incompletas y con antecedente de infecciones endometriales.

CONTROL: 144 controles (pacientes sin diagnóstico de placenta previa) que acudieron al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2016 a Diciembre del 2018 – Lima.

Criterios de inclusión: Pacientes gestantes sin diagnóstico de placenta previa que se atendieron en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de Enero del 2017 a Diciembre del 2018, teniendo en cuenta los factores para placenta previa.

Criterios de exclusión: Pacientes gestantes sin diagnóstico de placenta previa, que no se encuentren dentro de la fecha de estudio, con ecografía obstétrica en el primer trimestre de gestación y con historias clínicas mal llenadas.

3.3 TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Técnica: La técnica que se utilizó fue el análisis documental.

Instrumento: Para la realización de esta tesis se utilizó:

Ficha de recolección de datos.

Historias clínicas de las pacientes gestantes con diagnóstico de placenta previa del servicio de Gineco – obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.

Acceso al sistema de estadísticas del hospital para así poder hacer una revisión de las pacientes que tuvieron una asociación con el diagnóstico de placenta previa.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos:

Se validó la ficha de recolección de datos por juicio de expertos. Se elaboraron las preguntas de acuerdo a los objetivos y variables en estudio, la ficha consta de 9 preguntas divididas en 3 sectores: Factores sociodemográficos (edad materna, tabaquismo), factores obstétricos (multiparidad, embarazo múltiple, miomas y pólipos, periodo intergenésico corto) y factores quirúrgicos (cesárea previa, antecedente de aborto).

Se solicitó los permisos respectivos para la realización de la investigación al director del Hospital Sergio E. Bernales para así acceder a los registros de atención e historias clínicas.

Luego se revisó las historias clínicas y se aplicó la ficha de recolección de datos.

Por último se tabularon los datos obtenidos utilizando el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences”) versión 25.0.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la ejecución de la tesis los datos registrados y variables de estudio, se analizaron a través del programa con una base de datos SPSS versión 25.0. Fueron expresados en un análisis relacional y estadístico de acuerdo a las variables de estudio utilizadas.

Para el análisis se utilizó la prueba de Chi cuadrado tomándose en cuenta que el valor significativo fue $p < 0.05$. También se realizó el análisis Odds Ratio con un intervalo de confianza al 95%.

Se ordenó y presentó los datos obtenidos a través de tablas, para así tener mejor interpretación de los resultados encontrados según el estudio y poder observar la nueva información estadística hallada.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

El estudio tuvo en cuenta los principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación indicados en el Código de Núremberg en sus puntos 2, 3 y 7; asimismo el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú cap.6, Art. 42 que sirvió para tener en consideración la confiabilidad de la data resguardando la información de los pacientes obtenidos a través de la ficha de recolección de datos.

CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

TABLA N°1: Resumen de los riesgos asociados a placenta previa en pacientes del servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018.

Fuente: Ficha de recolección de datos - Procesamiento de programa SPSS versión 25.

VARIABLES		PLACENTA PREVIA		TOTAL 100 % (216)	Valor p	CHI ²	OR	IC 95 %
		CASOS (72)	CONTROLES (144)					
FACTORES SOCIODEMOGRATICOS								
Edad materna	Menor de 35 años	9,7 % (21)	29,2 % (63)	38,9 % (84)	0,038	4,295	0,529	0,289-0,970
	Mayor de 35 años	23,6 % (51)	37,5 % (81)	61,1 % (132)				
Tabaquismo	SI	25,5 % (55)	31,0 % (67)	56,5 % (122)	0,000	17,413	3,718	1,971-7,015
	NO	7,9 % (17)	35,6 % (77)	43,5 % (94)				
FACTORES OSBTETRICOS								
Paridad	Primípara	8,8 % (19)	21,8 % (47)	30,6 % (66)	0,347	0,884	0,740	0,394-1,388
	Múltipara	24,5 % (53)	44,9 % (97)	69,4 % (150)				
Embarazo múltiples	SI	14,8 % (32)	18,5 % (40)	33,3 % (72)	0,014	6,000	2,080	1,152-3,755
	NO	18,5 % (40)	48,1 % (104)	66,7 % (144)				
Miomas y pólipos	SI	12,5 % (27)	24,1 % (52)	36,6 % (79)	0,842	0,040	1,062	0,591-1,907
	NO	20,8 % (45)	92 % (42,6)	63,4 % (137)				
Periodo intergenésico corto	SI	17,1 % (37)	24,5 % (53)	41,7 % (90)	0,040	4,200	1,815	1,023-3,219
	NO	16,2 % (35)	42,1 % (91)	58,3 % (126)				
FACTORES QUIRURGICOS								
Cesárea previa	SI	23,6 % (51)	33,3 % (72)	56,9 % (123)	0,004	8,497	2,429	1,327-4,443
	NO	9,7 % (21)	33,3 % (72)	43,1 % (93)				
Antecedente de aborto	SI	28 % (13)	25,5 % (55)	38,4 % (83)	0,921	0,010	1,030	0,576-1,841
	NO	20,4 % (44)	41,2 % (89)	61,6 % (133)				

INTEPRETACION: En la tabla N°1 se muestra el análisis e interpretación de los resultados hallados, los cuales fueron descritos en relación a los objetivos propuestos, presentando los factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos de las pacientes gestantes y luego la relación entre la edad materna avanzada, el tabaquismo, la paridad, el embarazo múltiple, presencia de miomas y pólipos, periodo intergenésico corto, cesárea previa y antecedente de aborto con placenta previa. Los resultados muestran que existe mayor predominancia para placenta previa en el factor obstétrico entre ellos: embarazo múltiple y periodo intergenésico corto (PIC); seguido de los factores sociodemográficos y quirúrgicos donde se observa predominio en la variable tabaquismo y cesárea previa respectivamente.

TABLA N° 2: Asociación entre los factores sociodemográficos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes del servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018.

VARIABLES		PLACENTA PREVIA		TOTAL 100 % (216)	Valor p	CHI ²	OR	IC 95 %
		CASOS (72)	CONTROLES (144)					
FACTORES SOCIODEMOGRAGICOS								
Edad materna	Menor de 35 años	9,7 % (21)	29,2 % (63)	38,9 % (84)	0,038	4,295	0,529	0,289-0,970
	Mayor de 35 años	23,6 % (51)	37,5 % (81)	61,1 % (132)				
Tabaquismo	SI	25,5 % (55)	31,0 % (67)	56,5 % (122)	0,000	17,413	3,718	1,971-7,015
	NO	7,9 % (17)	35,6 % (77)	43,5 % (94)				

Fuente: Ficha de recolección de datos - Procesamiento de programa SPSS versión 25.

INTERPRETACION: En la tabla N° 2 se muestran los resultados de acuerdo a la dimensión sociodemográfica, para la edad materna avanzada se obtuvo de la población total un 23,6 % para los casos y un 37,5 % para los controles, en la tabla el Chi cuadrado muestra la relación entre la edad materna y placenta previa, siendo el valor $p < 0,05$ existe una asociación significativa entre las variables, por lo tanto la hipótesis nula se rechaza. De acuerdo a la medida de estimación de riesgo cuenta con un OR: 0,529; un IC del 95 % (0,289-0,970), por lo tanto se considera un factor protector para placenta previa.

Respecto a tabaquismo, se obtuvo de la población total un 25,5 % para los casos y un 31,0 % para los controles, en la tabla el Chi cuadrado muestra la relación entre el tabaquismo y placenta previa, siendo el valor $p < 0,001$ existe una asociación altamente significativa entre las variables, por lo tanto la hipótesis nula se rechaza. De acuerdo a la medida de estimación de riesgo cuenta con un OR: 3,718; un IC del 95 % (1,971-7,015), por lo tanto es considerado como un factor de riesgo.

TABLA N° 3: Asociación entre los factores obstétricos como riesgo asociado a placenta previa en gestantes del servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018.

VARIABLES	PLACENTA PREVIA		TOTAL 100 % (216)	Valor p	CHI ²	OR	IC 95 %	
	CASOS (72)	CONTROLES (144)						
FACTORES OSBTETRICOS								
Paridad	Primípara	8,8 % (19)	21,8 % (47)	30,6 % (66)	0,347	0,884	0,740	0,394-1,388
	Multipara	24,5 % (53)	44,9 % (97)	69,4 % (150)				
Embarazo múltiples	SI	14,8 % (32)	18,5 % (40)	33,3 % (72)	0,014	6,000	2,080	1,152-3,755
	NO	18,5 % (40)	48,1 % (104)	66,7 % (144)				
Miomas y pólipos	SI	12,5 % (27)	24,1 % (52)	36,6 % (79)	0,842	0,040	1,062	0,591-1,907
	NO	20,8 % (45)	92 % (42,6)	63,4 % (137)				
Periodo intergenésico corto	SI	17,1 % (37)	24,5 % (53)	41,7 % (90)	0,040	4,200	1,815	1,023-3,219
	NO	16,2 % (35)	42,1 % (91)	58,3 % (126)				

Fuente: Ficha de recolección de datos - Procesamiento de programa SPSS versión 25.

INTERPRETACION: En la tabla N° 3 se muestran los resultados de acuerdo a la dimensión obstétrica, para paridad se obtuvo de la población total un 24,5 % para los casos y un 44,9 % para los controles, en la tabla el Chi cuadrado muestra la relación entre la paridad y placenta previa, siendo el valor $p > 0,05$ no existe una asociación significativa entre las variables, por lo tanto la hipótesis nula no se rechaza. De acuerdo a la medida de estimación de riesgo cuenta con un OR: 0,740; un IC del 95 % (0,394-1,388), por lo tanto afirma que no hay significancia.

Respecto a embarazo múltiple, se obtuvo de la población total un 14,8 % para los casos y un 18,5 % para los controles, el mayor porcentaje no presento embarazo múltiple con un total de 66,7 % de la población; en la tabla el Chi cuadrado muestra la relación entre embarazo múltiple y placenta previa, siendo el valor de $p < 0,05$ existe una asociación significativa entre las variables, por lo tanto la hipótesis nula se rechaza. De acuerdo a la medida de estimación de riesgo cuenta con un OR: 2,080; un IC del 95 % (1,152-3,755), por lo tanto se considera un factor de riesgo para placenta previa.

Respecto a miomas y pólipos, se obtuvo de la población total un 12,5 % para los casos y un 24,1 % para los controles, el mayor porcentaje no presento miomas y pólipos con un total de 63,4 % de la población; en la tabla el Chi cuadrado muestra la relación entre miomas y pólipos con placenta previa, siendo el valor de $p > 0,05$ no existe una asociación significativa entre las variables, por lo tanto la hipótesis nula no se rechaza. De acuerdo a la medida de estimación de riesgo en miomas y pólipos cuenta con un OR: 1,062; un IC del 95 % (0,591-1,907), por lo tanto afirma que no hay significancia.

Respecto a periodo intergenésico corto (PIC), se obtuvo de la población total un 17,1 % para los casos y un 24,5 % para los controles, en la tabla el Chi cuadrado muestra la relación entre el PIC y placenta previa, siendo el valor $p < 0,05$ existe una asociación significativa entre las variables, por lo tanto la hipótesis nula se rechaza. De acuerdo a la medida de estimación de riesgo en PIC cuenta con un OR: 1,815; un IC del 95 % (1,023-3,219), por lo tanto está relacionado con el desarrollo de esta patología.

TABLA N° 4: Asociación entre los factores quirúrgicos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes del servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018.

VARIABLES	PLACENTA PREVIA		TOTAL 100 % (216)	Valor p	CHI ²	OR	IC 95 %	
	CASOS (72)	CONTROLES (144)						
FACTORES QUIRURGICOS								
Cesárea previa	SI	23,6 % (51)	33,3 % (72)	56,9 % (123)	0,004	8,497	2,429	1,327-4,443
	NO	9,7 % (21)	33,3 % (72)	43,1 % (93)				
Antecedente de aborto	SI	28 % (13)	25,5 % (55)	38,4 % (83)	0,921	0,010	1,030	0,576-1,841
	NO	20,4 % (44)	41,2 % (89)	61,6 % (133)				

Fuente: Ficha de recolección de datos - Procesamiento de programa SPSS versión 25.

INTERPRETACION: En la tabla N° 4 se muestran los resultados de acuerdo a la dimensión quirúrgica, para cesárea previa se obtuvo de la población total un 23,6 % para los casos y un 33,3 % para los controles, en la tabla el Chi cuadrado muestra la relación entre antecedentes de cesárea y placenta previa, siendo el valor $p < 0,05$ existe una asociación muy significativa entre las variables, por lo tanto la hipótesis nula se rechaza. De acuerdo a la medida de estimación de riesgo la cesárea previa cuenta con un OR: 2,429; un IC del 95 % (1,327-4,443), por lo tanto se considera un factor de riesgo para placenta previa.

Respecto a antecedentes de aborto, se obtuvo de la población total un 28 % para los casos y un 25,5 % para los controles, en la tabla el Chi cuadrado muestra la relación entre antecedentes de aborto y placenta previa, siendo el valor de $p > 0,05$ no existe una asociación significativa entre las variables, por

lo tanto la hipótesis nula no se rechaza. De acuerdo a la medida de estimación de riesgo en antecedentes de aborto cuenta con un OR: 1,030; un IC del 95 % (0,576-1,841), por lo tanto afirma que no hay significancia.

4.2 Discusión

En la tesis según los factores de riesgo estudiados de acuerdo a dimensiones entre ellos los factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos de las pacientes gestantes se obtuvo como resultado que existe mayor predominancia en el factor obstétrico (embarazo múltiple y PIC), seguido del factor sociodemográfico (tabaquismo) y el factor quirúrgico (cesárea previa), mostrando resultados que difieren con el estudio de **Quispelayo** para las características sociodemográficos como la edad materna avanzada mayor a 35 años en un 31 % (18/58), convivientes un 70 % (41/58), gestante con secundaria completa un 75 % (45/60) no siendo factores de riesgo significativo para placenta previa, mientras que muestra similitud con las características obstétricas como multiparidad con 52,2 % (32/58), antecedentes de cesárea con 32,8 % (19/58), periodo intergenésico corto con 17,2 % (10/58), aborto 50% (29/58) como factores de riesgo para placenta previa.

Según la dimensión sociodemográfica, se halló que el tabaquismo es considerado factor de riesgo para el desarrollo de dicha patología con un 25,5% (55) en aquellas consumidoras de tabaco con diagnóstico de placenta previa, mostrando similitud con el estudio de **Poaquiza D.**, quien señala que de un total de 50 gestantes con placenta previa un 52 % (26) tuvieron antecedentes de consumo de tabaco, otro estudio realizado por **Moran J.**, señala que los hábitos nocivos de las gestantes es un 26,4 % (47) para consumidoras de tabaco. Con relación a la variable edad materna mayor a 35 años se considera factor protector para placenta previa con un 23,6% (51), difiriendo con el estudio realizado por **Licera Z.**, señalando que las gestantes mayores a 35 años con diagnóstico de placenta previa tenían un 25,5 % y

aumentan su riesgo a 3.84 veces más para desarrollar esta patología a diferencia de las gestantes menores de 35 años.

De acuerdo a la dimensión obstétrica, se encontró que el embarazo múltiple es considerado factor de riesgo para placenta previa con un 14,8 % (32) en gestantes a partir de 2 a más hijos simultáneamente, difiriendo con el estudio de **Arizapana C.**, el cual se observa que el 3,8% del total de gestantes con placenta previa no presenta embarazo múltiple. Con relación a la variable PIC (menor a 24 meses) se considera factor de riesgo para dicha patología con un 17,1% (37), siendo similar con el estudio del autor **Munive E.**, señalando que el PIC (menor a 18 meses) con diagnóstico de placenta previa es un factor de riesgo con un 50 % (16) de la población total.

Con relación a la dimensión quirúrgica, en la variable cesárea previa es un factor de riesgo para placenta previa con un 23,6%, siendo similar con el estudio de **Tito N.**, quien considera que las cesáreas previas es factor de riesgo para esta patología con un 50 % (19), otro estudio realizado por el autor **Malca S.**, difiere que el antecedente de cesárea previa es un factor protector para el desarrollo de placenta previa con un 33,78% (25).

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

La población que se utilizó como método de estudio encontramos que en los factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos: El tabaquismo (OR: 3,718), el embarazo múltiple (OR: 2,080), el periodo intergenésico corto (OR: 1,815) y las cesáreas previas (OR: 2,429) son factores de riesgo para placenta previa.

Respecto a la dimensión sociodemográfica, se analizó la asociación entre la edad materna y placenta previa concluyendo que las gestantes con edades mayores a 35 años con un 23,6% es un factor protector para el desarrollo de placenta previa, asimismo la edad materna mayor a 35 años muestra asociación significativa para placenta previa. Con respecto al tabaquismo se analizó la asociación con placenta previa, concluyendo que las fumadoras con un 25,5% es un factor de riesgo para placenta previa, de igual manera el tabaquismo muestra que existe una asociación altamente significativa que conlleva a un riesgo 3 veces más de presentar la patología.

En la dimensión obstétrica, se analizó la asociación de embarazo múltiple y periodo intergenésico corto con placenta previa concluyendo que el embarazo múltiple con un 14,8% y el periodo intergenésico corto un 17,1% son factores de riesgo para placenta previa, mostrando una asociación significativa para embarazo múltiple que conlleva a un riesgo 2 veces más de desarrollar la patología.

En la dimensión quirúrgica, se analizó la asociación de aquellas mujeres que presentaron antecedentes de cesárea y placenta previa concluyendo que el antecedente de cesárea con un 23,6% es un factor de riesgo para placenta previa, asimismo muestra una asociación muy significativa que conlleva a un riesgo 2 veces más de presentar placenta previa.

5.2 Recomendaciones

Dar a conocer al personal de salud los riesgos asociados a los factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos relacionados a placenta previa. Para ello se sugiere la identificación de factores de riesgos prevenibles como el PIC, abortos y la orientación respectiva de las pacientes mediante la realización de actividades preventivas promocionales a las gestantes, haciendo énfasis a la detección temprana a través del primer control prenatal que nos permita identificar desde ese entonces algún factor de riesgo, también se sugiere la ampliación del número de controles, cuyo fin sea disminuir los casos de incidencia para placenta previa.

Generar conciencia en la comunidad sobre la serie de complicaciones que conlleva el consumo de tabaco durante el embarazo, entre ellas como factor de riesgo relacionado con placenta previa. De igual manera incentivar a la población a que no solo eviten el consumo de tabaco sino también dar a conocer las consecuencias de ser un consumidor pasivo.

Dar a conocer los resultados a los profesionales especialmente a los encargados en la atención en salud reproductiva cuyo fin sea la respectiva consejería en aquellas mujeres con embarazo múltiple y periodo intergenésico corto, las cuales tienen un riesgo mayor de presentar placenta previa.

El personal responsable de la salud materna deberá cumplir la atención gineco-obstétrica con un enfoque de riesgo para toda aquella gestante con cesárea previa, ya que por presentar este antecedente ésta asociada a desarrollar placenta previa. A la vez se sugiere realizar la toma de conciencia a la población a través de charlas o folletos informativos sobre la elección del tipo de parto tanto eutócico o distócico solo cuando lo requiera y sea necesario, ya que por ignorancia las futuras madres desconocen las complicaciones que conlleva la elección del parto distócico conllevando al incremento en la incidencia de este tipo de parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Munive E. Características de las gestantes con diagnóstico de placenta previa atendidas en el hospital regional de Huancavelica Zacarías Correa Valdivia 2017 [Tesis de Especialización]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2019.
2. Arizipana C. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca durante el año 2018 [Tesis de Bachiller]. Universidad Nacional del Antiplano; 2019.
3. Quispelazo C. Incidencia y factores de riesgos asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue, el Agustino 2018 [Tesis de Bachiller]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.
4. Gabbe S, Niebyl J, Simpson J. Obstetrics. 6th ed. Philadelphia: Elseiver; 2012.
5. Poaquiza D. Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa en pacientes entre 16 a 40 años [Tesis de Bachiller]. Universidad de Guayaquil; 2018.
6. Cun Y. Factores de riesgo para placenta previa que inciden en gestantes y su proceso de atención de enfermería [Tesis de Bachiller]. Universidad Técnica de Machala; 2018.
7. INEI. Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales 2013 [Internet]. Inei.gob.pe. 2014 [citado Julio 2014]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1161/libro.pdf

8. Guisado C. Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo Enero-Setiembre 2015 en el HNERM [Tesis de Bachiller]. Universidad Ricardo Palma; 2016.
9. Licera Z. Edad materna mayor a 35 años y gran multiparidad como factores de riesgo de placenta previa. Hospital Guzmán Barrón, Chimbote. [Tesis de Bachiller]. Universidad Cesar Vallejo; 2019.
10. Téllez H, Wandurraga N. Placenta previa y acretismo placentario: dos grandes complicaciones de alto riesgo obstétrico. MEDICAS UIS 2006; 19:125-36.
11. Carvajal C, Ralph T. Manual de Obstetricia y Ginecología. 8th ed. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2017.
12. Mejía M. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes del hospital San Bartolomé en el 2018. [Tesis de Especialización]. Universidad San Martín de Porres; 2017.
13. Tena D. Ginecología y obstetricia. México, D. F.: Editorial Alfil, S.A. de C.V.; 2013.
14. Cabero L, Cabrillo E, Bajo J, Calaf J, Cararach, Davi E et al. Tratado de ginecología y obstetricia. 2da ed. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
15. Arreaga I, Hernández Meléndez M. Morbilidad y mortalidad materno perinatal en las pacientes con placenta previa [Tesis de Especialización]. Universidad de San Carlos; 2015.
16. Placenta previa - Apuntes - Ginecología, Apuntes de Ginecología [Internet]. docsity. 2012 [citado 14 Septiembre 2012]. Disponible en: <https://www.docsity.com/es/placenta-previa-apuntes-ginecologia/182442/>
17. Schwarcz R, Duverges C, Fescina R. Obstetricia. 6th ed. Argentina: El Ateneo; 2014.

18. Gómez R. Factores predisponentes que inciden placenta previa en el hospital General de Jaén Julio Diciembre 2017 [Tesis de Especialización]. Universidad Privada de Ica; 2017.
19. Fernández O. Placenta previa y acretismo placentario en un hospital de Nivel III-Lima-2017 [Tesis de Especialización]. Universidad José Carlos Mariátegui; 2017.
20. Cabana B. Placenta previa en primigesta añosa lima 2017. [Tesis de Especialización]. Universidad José Carlos Mariátegui; 2017.
21. Barrios L. Hemorragia en la segunda mitad del embarazo por placenta previa en el hospital San José de Chincha [Tesis de Especialización]. Universidad Privada de Ica; 2017.
22. Ortiz E, Martínez R. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Distribuna Editorial 2017; 7(34): 483-497.
23. Hernández M, Valerio E, Tercero C, Barrón J, Luna R. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecol Obstet Mex 2017; 85 (9): 611-633.
24. Peña G, Salazar G, Zambrano Z. Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa en pacientes que ingresaron al servicio de patología obstétrica del hospital gineco- obstétrico Isidro Ayora de Quito, durante el período comprendido entre Enero Diciembre del 2011 [Tesis de Bachiller]. Universidad Central del Ecuador; 2012.
25. Zegarra D. Características obstétricas de gestantes con edad materna avanzada atendidas en el Hospital de Supe "Laura Esther Rodríguez Dulanto" 2013-2017 [Tesis de Bachiller]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2018.

26. Ojeda R, Ángel K, Rodríguez E, Andueza G. Periodo intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh, Yucatán, México. Rev De Ciencias de la Salud. 2016; 3(8):38-42.
27. Muñiz M, Álvarez M, Felipe W. Acretismo placentario. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015;(41):190-196.
28. Briones J, Manuel D. Mortalidad Materna. 1st ed. México D. F.: Alfil; 2013.
29. OMS | Factores de riesgo [Internet]. Who.int. 2019 [citado 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es
30. Sánchez K. Riesgo reproductivo y obstétrico [Internet]. Es.slideshare.net. 2013 [citado 30 Mayo 2013]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/KarenGSanchez/riesgo-reproductivo-y-obstetrico>.
31. Erasmo T. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev peru ginecol obstet [Internet]. 2018 [citado Julio 2018]; 64(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>
32. Legrado Obstétrico [Internet]. San.gva.es. 2007 [citado 2007]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/151744/512074/Legrado+obstetrico.pdf>
33. Inzunza H, Koenig S, Salgado A. Morfología Humana. 1st ed. Santiago: Ediciones UC; 2015.
34. Palo G, Chanen W, Dexeus S. Patología y tratamiento del tracto genital inferior. 2nd ed. España: Elsevier; 2007.
35. Vázquez J, Rodríguez L, Palomo R, Romeu M, Jiménez García M, Pérez Marín S et al. Manual básico de Obstetricia y Ginecología. 1st ed. Madrid: Masson; 2006.

36. Tamayo M, Couret M, Olazábal D. Alteraciones morfológicas de la placenta. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014; 40(3).
37. Martínez Galiano J. Manual de asistencia al parto. 1st ed. Madrid: Elsevier; 2013.
38. Tabaquismo [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado Enero 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/tobacco/es>
39. Ramírez J. Embarazo Múltiple. Obstetricia. 1st ed. Valencia: Universidad de Valencia; 2004.
40. Galegas P. Centro Ginecológico Lúa en Vigo [Internet]. Centroginecologicolua.com. 2018 [citado 2 Marzo 2018]. Disponible en: https://www.centroginecologicolua.com/miomas-y-polipos-uterinos-son-realmente-lo-mismo_fb18371.html

ANEXOS

ANEXO1: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: Huangal Brañes Yelina Saomi.

ASESOR: Dr. Vallenias Pedemonte Francisco.

LOCAL: Chorrillos – Lima.

TEMA: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, OBSTETRICOS Y QUIRURGICOS ASOCIADOS A PLACENTA PREVIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL “SERGIO E. BERNALES” DE ENERO DEL 2017 A DICIEMBRE DEL 2018 – LIMA.

47

VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores sociodemográficos			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Edad materna avanzada	Menos de 35 años Más de 35 años	Nominal	Ficha de recolección de datos
tabaquismo	Si No	Nominal	
VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores obstétricos			
Paridad	Primípara Multípara	Discreta	

Embarazo múltiple	1 producto De 2 a más productos	Discontinua	Ficha de recolección de datos
Miomas y pólipos	Si No	Nominal	
Periodo intergenésico corto	Si No	Nominal	
VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores quirúrgicos			
Cesárea previa	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Antecedente de aborto	Si No	Nominal	

VARIABLE DEPENDIENTE: Placenta previa			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Placenta previa	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos

.....
Dr.....

ASESOR

.....
Lic.....

ESTADÍSTICO

ANEXO2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº de historia clínica: _____ Fecha: ____/____/____

1. Diagnóstico de placenta previa

Si

No

Factores sociodemográficos:

2. Edad materna avanzada

Menos de 35 años

Más de 35 años

3. Tabaquismo

Si

No

Factores obstétricos:

4. Paridad

Primípara

Múltipara

5. Embarazo múltiple

Si

No

6. Miomas y pólipos

Si

No

7. Periodo intergenésico corto

Si

No

Factores quirúrgicos

8. Cesárea previa

Si

No

9. Antecedente de aborto

Si

No

ANEXO 3: VALIDACION DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Vallenas Pedemonte Francisco Antonio
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Asesor/Docente de la UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto: Metodológico Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre de Instrumento: Ficha de recolección de datos sobre riesgo asociados a las gestantes con diagnóstico de placenta previa atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital Sergio E. Bernales de Enero 2017 a Diciembre 2018.
- 1.5 Autor del instrumento: Huangal Brañes Yelina Saomi

2 ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 00-20 %	REGULAR 21-40 %	BUENA 41-60 %	Muy buena 61-80 %	Excelente 81-100 %
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro					
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría de riesgos asociados a desarrollar placenta previa					
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad					
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores de riesgo asociados a placenta previa					
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores					
METEDOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico					

3 OPINION DE APLICABILIDAD

4 PROMEDIO DE VALORACION

Lima, de Noviembre del 2019

DNI N°:

Teléfono:

ANEXO 3: VALIDACION DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Noriega Ruckauf Fernando Rafael
 1.2 Cargo e institución donde labora: Dr. Gineco-obstetra del Hospital Sergio E. Bernales
 1.3 Tipo de Experto: Metodológico Especialista Estadístico
 1.4 Nombre de Instrumento: Ficha de recolección de datos sobre riesgo asociados a las gestantes con diagnóstico de placenta previa atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Enero 2017 a Diciembre 2018.
 1.5 Autor del instrumento: Huangal Brañes Yelina Saomi

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 00-20 %	REGULAR 21-40 %	BUENA 41-60 %	Muy buena 61-80 %	Excelente 81-100 %
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro					
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría de riesgos asociados a desarrollar placenta previa					
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad					
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores de riesgo asociados a placenta previa					
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores					
METEDOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico					

III.OPINION DE APLICABILIDAD

IV.PROMEDIO DE VALORACION

Lima, de Noviembre del 2019

DNI N°:

Teléfono:

ANEXO 3: VALIDACION DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Lic. Elsi Bazán Rodríguez
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente de la UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto: Metodológico Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre de Instrumento: Ficha de recolección de datos sobre riesgo asociados a las gestantes con diagnóstico de placenta previa atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Enero 2017 a Diciembre 2018.
- 1.5 Autor del instrumento: Huangal Brañes Yelina Saomi

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 00-20 %	REGULAR 21-40 %	BUENA 41-60 %	Muy buena 61-80 %	Excelente 81-100 %
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro					
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría de riesgos asociados a desarrollar placenta previa					
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad					
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores de riesgo asociados a placenta previa					
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores					
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico					

III. OPINION DE APLICABILIDAD

IV. PROMEDIO DE VALORACION

Lima, de Noviembre del 2019

DNI N°:

Teléfono:

ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: Huangal Brañes Yelina

ASESOR: Dr. Vallenias Pedemonte Francisco

LOCAL: Chorrillos - Lima

TEMA: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, OBSTETRICOS Y QUIRURGICOS ASOCIADOS A PLACENTA PREVIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL “SERGIO E. BERNALES” DE ENERO DEL 2017 A DICIEMBRE DEL 2018 – LIMA.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>Problema General:</p> <p>¿Son los factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Analizar los factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E.</p>	<p>General:</p> <p>H1: Existe asociación de los factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos con placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el hospital nacional “Sergio E. Bernales” de</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS</p> <p>Edad materna avanzada</p> <p>Tabaquismo</p>

<p>Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.?</p> <p>Problema Específico</p> <p>¿Son los factores sociodemográficos riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima?</p>	<p>Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar los factores sociodemográficos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.</p> <p>Establecer los factores obstétricos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E.</p>	<p>Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.</p> <p>Hipótesis Específica:</p> <p>H1: Existe asociación de los factores sociodemográficos con placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.</p> <p>H1: Existe asociación de los factores obstétricos con placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital nacional “Sergio E.</p>	<p>FACTORES OBSTETRICOS</p> <p>Paridad</p> <p>Embarazo múltiple</p> <p>Miomas y pólipos</p> <p>Periodo intergenésico corto</p> <p>FACTORES QUIRURGICOS</p> <p>Cesárea previa</p> <p>Antecedente de aborto</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Placenta previa</p>
---	--	---	---

<p>¿Son los factores obstétricos riesgos asociado a placenta previa en gestantes atendidas en el en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima?</p> <p>¿Son los factores quirúrgicos riesgos asociado a placenta previa en gestantes atendidas en el en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital</p>	<p>Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.</p> <p>Identificar los factores quirúrgicos como riesgos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.</p>	<p>Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.</p> <p>H1: Existe asociación de los factores quirúrgicos con placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia en el hospital nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.</p>	
--	--	---	--

<p>Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima?</p>			
Diseño metodológico	Población y Muestra		Técnicas e Instrumentos
<p>Nivel: El nivel de investigación es explicativa.</p> <p>- Tipo de Investigación: Observacional, analítico de caso y control, retrospectivo transversal.</p>	<p>Población: Comprenderá a las gestantes con placenta previa del servicio de Ginecología del hospital nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.</p> <p>CASOS: 72 casos (pacientes con placenta previa) que acudieron al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.</p> <p>Criterios de inclusión: Todas las pacientes gestantes que se atendieron en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 con diagnóstico de placenta previa por ecografía obstétrica durante el</p>		<p>Técnica: Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p>

	<p>segundo y/o tercer trimestre de gestación, teniendo en cuenta los factores para placenta previa</p> <p>Criterios de exclusión: Pacientes gestantes con diagnóstico de placenta previa, que no se encuentren dentro de la fecha de estudio, con ecografía obstétrica en el primer trimestre de gestación, con historias clínicas incompletas y con antecedente de infecciones endometriales.</p> <p>CONTROL: 144 controles (pacientes sin diagnóstico de placenta previa) que acudieron al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” de Enero del 2017 a Diciembre del 2018 – Lima.</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes gestantes sin diagnóstico de placenta previa que se atendieron en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de Enero del 2017 a Diciembre</p>	
--	--	--

	<p>del 2018, teniendo en cuenta los factores para placenta previa.</p> <p>Criterios de exclusión: Pacientes gestantes sin diagnóstico de placenta previa, que no se encuentren dentro de la fecha de estudio, con ecografía obstétrica en el primer trimestre de gestación y con historias clínicas mal llenadas.</p> <p>Población objetivo: 216 pacientes gestantes.</p> <p>Tamaño de muestra: la muestra consta de 72 casos y 144 controles.</p>	
--	---	--

.....

Dr.....

ASESOR

.....

Lic.....

ESTADÍSTICO