

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**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

PRESENTADA POR:

Bach. CÉSAR ABRAHAM ARIZAPANA ZAMATA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2019

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**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 PRESENTADA POR:

Bach. CÉSAR ABRAHAM ARIZAPANA ZAMATA



PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:


M.C. TANIA ROXANA AGUILAR PORTUGAL

PRIMER MIEMBRO:


M.C. JOSÉ ANTONIO RUELAS LLERENA

SEGUNDO MIEMBRO:


M.C. SIMON CHECA INOFUENTE

DIRECTOR / ASESOR:


M.C. ELIAS ALVARO AYCACHA MANZANEDA

ÁREA : Ciencias Clínicas

TEMA : Placenta Previa

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 26 de Julio del 2019

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	7
ÍNDICE DE CUADROS	8
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
CAPÍTULO I.....	12
INTRODUCCIÓN	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	15
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.5 HIPÓTESIS.....	16
1.5.1 HIPÓTESIS ALTERNA	16
1.5.2 HIPÓTESIS NULA	16
CAPÍTULO II.....	17
REVISIÓN DE LITERATURA	17

2.1 ANTECEDENTE DEL PROYECTO	17
2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL.....	17
2.1.2 A NIVEL NACIONAL	21
2.1.3 A NIVEL LOCAL.....	25
2.2 MARCO TEÓRICO	27
2.2.1 DEFINICIÓN	27
2.2.2 CLASIFICACIÓN	28
2.2.3 ETIOLOGÍA	29
2.2.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PLACENTA PREVIA.....	29
2.2.6 DIAGNÓSTICO.....	33
CAPÍTULO III	36
MATERIALES Y MÉTODOS	36
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	36
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	36
3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
3.4 TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.	37
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	38
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	39
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	40
CAPÍTULO IV.....	41
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	41
CAPÍTULO V	60



CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	66

DEDICATORIA

A DIOS

Es él; quien me brindó fortaleza, sabiduría y mucha fe para poder empezar y terminar ésta carrera.

A MI FAMILIA

A mi padre, David. Por los consejos, valores y lecciones que me ha brindado a lo largo de mi vida, por enseñarme que día a día el mundo se torna más competitivo y sólo depende de uno mismo poder enfrentarlo, por creer, confiar y hacer de mí una persona completa.

A mi madre, Yolanda. Por darme la vida, haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria, quien estuvo conmigo en todo momento, quien con amor verdadero me guía y me hace mejorar cada día. Por ser la persona que siempre está y estará a mi lado cuando la necesite.

A mis hermanos, José Carlos y José María. Quienes fueron y serán mis mejores amigos por siempre, quienes durante todos estos años me brindaron su apoyo y cariño; y con quienes siempre puedo alegrarme el día.

A una persona muy especial, Jazmín. Por haber llegado a mi vida en la etapa final de mi carrera, y haber aprendido muchas cosas juntos. Por ser la niña que me roba una sonrisa cada vez que la veo.

César Abraham Arizapana Zamata

AGRADECIMIENTO

A mi alma máter, la Universidad Nacional del Altiplano; por haberme dado la oportunidad de estudiar la carrera de Medicina Humana, y cumplir unas de mis metas, asimismo agradezco a cada uno de los docentes de mi Facultad, por brindarme su conocimiento y enseñarme durante éste tiempo.

Al Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón, por permitirme ingresar y aprender en cada uno de sus servicios durante mi formación clínica. Asimismo a cada uno de sus profesionales que laboran por sus sabias enseñanzas.

Al Hospital Carlos Monge Medrano, por brindarme la oportunidad de realizar mi internado médico, el mejor año de mi vida académica, y también por permitirme realizar éste trabajo de investigación.

A mis compañeros y amigos, por cada momento inolvidable vivido en las aulas, hospital y también en los eventos culturales de nuestra alma máter.

César Abraham Arizapana Zamata

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. INCIDENCIA DE PLACENTA PREVIA.....	41
CUADRO 2. TIPO DE PLACENTA PREVIA Y SU FRECUENCIA.	43
CUADRO 3. RELACIÓN ENTRE EDAD MATERNA Y TIPO DE PLACENTA PREVIA.....	45
CUADRO 4. RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTE DE CESÁREA Y TIPO DE PLACENTA PREVIA.....	48
CUADRO 5. RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTE DE ABORTO Y TIPO DE PLACENTA PREVIA.....	51
CUADRO 6. RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTE DE PARIDAD Y TIPO DE PLACENTA PREVIA.....	53
CUADRO 7. RELACIÓN ENTRE EMBARAZO MÚLTIPLE Y TIPO DE PLACENTA PREVIA.....	56
CUADRO 8. RELACIÓN ENTRE PERIODO INTERGENÉSICO Y TIPO DE PLACENTA PREVIA.....	58

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

MINSA: Ministerio De Salud del Perú.

RN: Recién Nacido.

PP: Placenta Previa.

PIG: Periodo Intergenésico

OR: Odds ratio.

IC: Intervalo de confianza.

P: Valor de significancia estadística.

Df: Grados de libertad

EM: Embarazo Múltiple

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

ACOG: Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología.

LU: Legrado Uterino.

DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.

RESUMEN

Este trabajo de investigación tiene la finalidad de estudiar los factores de riesgo asociado a placenta previa en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca. **Objetivos:** Determinar los factores de riesgo asociado a placenta previa. **Material y métodos:** El estudio fue descriptivo, analítico, retrospectivo de observación indirecta. Se registraron los datos en una ficha de recolección de datos y fueron procesados estadísticamente; para la asociación entre los factores de riesgo y la placenta previa se utilizó la prueba Chi cuadrado. **Resultados:** De un total de 3260 gestantes que tuvieron atención de parto durante el 2018, 53 gestantes fueron diagnosticadas con placenta previa, encontrándose una incidencia de 1,6%. De éstas 53 gestantes: el 47,2% presentaron el tipo de placenta previa total, además el 35,8% presentó placenta previa parcial, 9,4% presentó placenta de inserción baja y 7,5 % placenta previa marginal. Las variables en estudio fueron: Edad de las gestantes, cesárea anterior, aborto, periodo intergenésico, multiparidad, embarazo múltiple. Se observó que, de las 53 pacientes: el 50,9% eran gestantes con edad mayor o igual a 35 años; el 60,4% tenía antecedente de cesárea; el 34% tenía antecedente de aborto; el 45,3% eran multíparas; el 49,1% presentaban periodo intergenésico corto y sólo el 3,8 % presentó embarazo múltiple. Los factores de riesgo asociados, estadísticamente significativos para placenta previa fueron edad de las gestantes, antecedente de cesárea, multiparidad, y periodo intergenésico corto. Conclusiones: En general se comprueba que sí hay factores de riesgo asociados a placenta previa y son la edad de las pacientes (mayor o igual a 35 años), antecedente de cesárea, multiparidad y periodo intergenésico corto. En tanto el aborto y el embarazo múltiple no presentaron una asociación estadística significativa, por lo que no se considera como factor de riesgo para placenta previa.

Palabras clave: Placenta Previa, Factor de riesgo.

ABSTRACT

This research work aims to study the risk factors associated with placenta previa in pregnant women at the Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca. **Objectives:** To determine the risk factors associated with placenta previa. **Material and methods:** The study was descriptive, analytical, retrospective and cross-sectional of indirect observation. The data were recorded in a data collection form and were processed statistically; The Chi square test was used for the association between risk factors and placenta previa. **Results:** Of a total of 3260 pregnant women attended during 2018, 53 pregnant women were diagnosed with placenta previa, finding an incidence of 1.3%; of these 53 pregnant women: 47.2% presented the type of total previous placenta, in addition 35.8% had partial placenta previa, 9.4% had a low placenta placenta and 7.5% had a marginal placenta previa. The variables under study were: Age of pregnant women, previous cesarean, abortion, intergenetic period, multiparity, multiple pregnancy. It was observed that, of the 53 patients: 50.9% were pregnant with age greater than or equal to 35 years; 60.4% had a history of cesarean section; 34% had a history of abortion; 45.3% were multiparous; 49.1% had a short intergenic period and only 3.8% had multiple pregnancies. The associated risk factors, statistically significant for placenta previa were pregnant women's age, antecedent of cesarean section, multiparity. and short intergenic period. **Conclusions:** In general, it is verified that there are risk factors associated with placenta previa and are the age of the patients (greater or equal to 35 years), antecedent of cesarean section, multiparity and short intergenic period. While abortion and multiple pregnancy did not present a significant statistical association, it is not considered a risk factor for placenta previa.

Keywords: Placenta Previa, Risk factor.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La placenta previa representa un problema de salud pública desde hace muchos años atrás, sin embargo, en los últimos años se le ha dado mayor importancia por ser una patología que puede tener complicaciones graves para el feto y para la madre, llegando incluso a la muerte. Se le toma en cuenta debido al aumento de casos, es por ello que día tras día se da más importancia el conocer los factores de riesgo asociados a placenta previa ya que es un eje sumamente importante en la mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

Según la OMS en el mundo cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, y en estos países es mayor en zonas rurales y en las comunidades más pobres. En los Estados Unidos de Norteamérica la incidencia de placenta previa abarca 0.3 a 0.5%, incrementando el riesgo con el antecedente de cesárea anterior; 3 a 9 gestantes de cada 1000 tienen placenta previa (1). En el Perú, la Hemorragia anteparto junto con la hemorragia postparto, representa la primera causa de muerte materna a nivel nacional (2). En el Perú la incidencia de placenta previa llega a 0,5% -1.0 %. En la Región de Puno se registraron 23 casos de muerte materna durante el 2018. En el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, a lo largo del año se encontraron distintos casos de placenta previa, con diferentes factores asociados La principal causa de muerte materna es la hemorragia, entre las principales causas de hemorragia durante el

embarazo se encuentra la placenta previa, además del acretismo placentario, desprendimiento prematuro de placenta y atonía uterina.

Al conocer los factores de riesgo asociado a placenta previa en el Hospital Carlos Monge Medrano se irá contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de estos factores ayudando en la atención y manejo de la gestante con placenta previa; y así también colaborar con el diseño de estrategias para reducción de la morbilidad materna y neonatal.

Asimismo, por presentar un alto índice de morbilidad y mortalidad, consideramos de gran importancia una adecuada identificación y análisis de dicha problemática, y que lleve a una concientización de autoridades y profesionales del área de salud para que así se pueda establecer políticas de promoción, prevención y evitar posibles complicaciones mediante la información obtenida de este estudio.

Para que ésta realidad cambie es necesaria la preparación del sistema de salud, capaz de atender las necesidades de las gestantes. De esta forma, los profesionales deben estar atentos al control prenatal, para la identificación precoz de los factores de riesgo que la gestante pueda presentar y así intervenir adecuadamente.

La importancia de esta investigación radica en la gran problemática que representa la placenta previa para la Salud Pública. Este trabajo que tiene como finalidad conocer los factores de riesgo que influyen en la placenta previa en el hospital Carlos Monge Medrano, contribuye no solo a disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y neonatal sino a disminuir los gastos que ello conlleva, en su hospitalización prolongada o en los cuidados de la familia. Una vez identificados dichas características, se podrá intervenir en ellos, con el fin de disminuir importantemente la incidencia de estos casos.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo se elaboró al plantearse la siguiente interrogante:

¿Existen factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La placenta previa es un problema que implica varios problemas en diversos ámbitos de la sociedad, debido a que compromete tanto la salud materno y fetal; además de la economía familiar al tener que pagar gastos de atención médica y/o hospitalización. Asimismo, puede tener complicaciones graves que pueden llegar incluso hasta la muerte materna y/o fetal.

Debido al aumento en la incidencia de placenta previa, en los últimos años se dio más importancia el conocer los factores de riesgo asociados a dicha problemática, ya que es un eje sumamente importante en la mortalidad y morbilidad neonatal que a largo plazo traen secuelas. Si bien es cierto, son muchos los factores de riesgo asociados a placenta previa, en el presente trabajo de investigación estudiaremos los factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia, al no haber muchos trabajos de investigación sobre este tema, se desconoce la magnitud del problema y por ende no se toman medidas preventivas. Además, la placenta previa es un determinante muy importante de morbilidad y mortalidad materno neonatal.

Los hallazgos contribuirán a tomar acciones de prevención para disminuir complicaciones de las embarazadas en el período prenatal, y fortalecer el Programa de Salud Integral a la embarazada en este hospital con un plan de capacitación para gestantes sobre cuidados en el manejo de placenta previa.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes que tuvieron atención de parto y fueron hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca de enero a diciembre 2018.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la incidencia de Placenta previa.
- Determinar el tipo de placenta previa y su frecuencia.
- Determinar la frecuencia de edad materna como factor de riesgo de placenta previa.
- Identificar la cesárea como antecedente y su frecuencia como factor de riesgo de placenta previa.
- Determinar la Paridad y su frecuencia como factor de riesgo de placenta previa.
- Determinar el PIG (periodo intergenésico) y su frecuencia como factor de riesgo de placenta previa.
- Determinar el aborto como antecedente y su frecuencia como factor de riesgo de placenta previa.

1.5 HIPÓTESIS

1.5.1 HIPÓTESIS ALTERNA

- Existen factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas.

1.5.2 HIPÓTESIS NULA

- No existen Factores de riesgo asociados a Placenta Previa en Gestantes hospitalizadas.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTE DEL PROYECTO

2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL

Baqai Shela. En Karachi, Pakistán 2018. Hizo un estudio comparativo retrospectivo que tuvo como objetivo: comparar la morbilidad asociada a placenta con y sin cesárea previa. El estudio fue realizado de marzo de 2014 a marzo de 2016 en el departamento de obstetricia y ginecología en el hospital de PNS Shifa Karachi. Los embarazos de edad gestacional > 32 semanas, en el grupo de edad de 20 a 40 años diagnosticado de placenta previa fueron incluidos, dicho estudio tuvo como conclusión: la frecuencia de placenta previa fue significativamente mayor en pacientes con antecedentes de cesárea con corte del segmento inferior, asimismo también la placenta previa sigue siendo un importante factor de riesgo para diversas complicaciones maternas (3).

Naheed Rahim. En Peshawar, Pakistán 2014 realizó un trabajo de investigación: “Principales factores de riesgo asociados a placenta previa” éste fue un estudio retrospectivo realizado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Docente Naseer, Peshawar desde enero de 2005 hasta diciembre de 2011. Se incluyó a las gestantes con edad gestacional mayor a 28 semanas y diagnosticadas con placenta previa mediante ecografía de tercer trimestre, hubo 58 casos de cesáreas realizadas para la placenta previa, que es del 0,7% Del total de entregas. Como resultados se observó que el número máximo de mujeres en el grupo de edad ≥ 35 años y la mayoría (62%) de ellas eran granmúltipara. Los factores de riesgo identificados incluyeron cesáreas previas,

multiparidad, abortos previos y historia de la placenta previa. Las complicaciones maternas incluyeron anemia posparto, hemorragia posparto y cirugía infección del sitio. En conclusión: la placenta previa representa un peligro tanto para la madre como para el bebé. Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de placenta previa son edad materna avanzada, multiparidad y cesáreas previas (4).

Hernández Cortez, Reina de los Angeles. En Managua, Nicaragua 2015 realizó un estudio sobre placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón de enero a diciembre del 2014. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de conocer la asociación de placenta previa y cesárea anterior el lugar y periodo ya descrito. El universo quedó constituido por todas las pacientes que acudieron con placenta previa al hospital Bertha Calderón el cual se constituyó de 104 paciente, de las cuales 39 pacientes conformaron la muestra, que estaba asociada a cesáreas anterior. Tuvo como resultados: en pacientes con placenta previa asociada a cesárea anteriores, el predominio se da en mujeres entre las edades de 21 a 35 años. Se finalizó el embarazo en la semana 37 semana. De las 104 paciente con placenta previas 39 pacientes de estas estaban asociadas a cesáreas anteriores, la variedad de placenta previa que predominó fue la placenta previa parcial, dentro de las principales complicaciones que presentaron fue anemia, histerectomía, hemorragias postcesáreas, transfusiones e infección de la herida quirúrgica. En su mayoría tenía periodo intergenésico de 1 a 2 años y correspondía a la placenta previa parcial seguido la placenta previa marginal y previa oclusiva total. El resultado perinatal más frecuente fue bajo peso y asfisia siendo esto no tan relevante ya que en su mayoría los embarazos llegaron a término para su finalización. Por lo que se debe promover o fortalecer el mecanismo para el cumplimiento estándar o protocolo para la realización de la operación cesárea con

énfasis en las indicaciones, mediante la conformación de equipo o comité para decidir la realización del procedimiento de la operación cesárea en el caso que lo amerite, como cesárea programada, fortaleciendo el mecanismo de evaluación periódica de índice de cesárea y promover la sensibilización de los mecanismos encargados de las pacientes embarazadas acerca de los riesgos y beneficios de la operación cesárea, estableciendo mecanismos de retroalimentación para desarrollar o fortalecer medida para el mejoramiento de la capacidad del diagnóstico de placenta previa en nuestro centro con capacidad de diagnóstico de los recursos competentes, mejorando el proceso de formación de recursos (5).

Segovia Vásquez, María Raquel, Itagua – Paraguay 2015, realizó un estudio: “Alteraciones placentarias en mujeres embarazadas con cesáreas previas”, se basó en el parto por cesárea produce una falla en la reconstitución del endometrio y miometrio en un siguiente embarazo, asociándose a mayor riesgo de complicaciones por placenta previa y placenta adherente, llegando a incrementar por lo tanto la morbilidad y mortalidad por hemorragia. Éste estudio tuvo como objetivo: determinar la asociación de anomalías de implantación y adherencia placentaria en pacientes con cicatriz de cesárea previa atendidas en el Hospital Nacional de Itauguá durante 5 años (2006- 2010). Tuvo diseño de cohorte retrospectivo, donde se comparó la presencia y ausencia de cicatriz de cesárea previa y el desarrollo de anomalías placentarias. Ingresaron al estudio 1.776 mujeres con cicatriz de cesárea y 13.984 sin ella. Se encontró 164 (1%) pacientes con anomalías placentarias. La incidencia de las anomalías placentarias en la cohorte con cicatriz de cesárea fue 46,2/1.000 y la de adherencias placentarias fue 22,5/1.000. La cicatriz de cesárea resultó en un riesgo muy elevado para el desarrollo de anomalías placentarias RR 7,8 (IC 95% 5,8-10,7 p<0,0001). Este

riesgo aumentó linealmente con el número de cesáreas anteriores, la multiparidad, la edad mayor de 30 años. La mortalidad asociada a anomalías placentarias fue 0,6%. En conclusión: la presencia de cicatriz de cesárea previa resultó un riesgo muy elevado para el desarrollo de anomalías placentarias. (6)

Majeed T et al, Pakistán en el 2015, hizo un estudio el cual pretendía determinar la frecuencia de placenta previa en pacientes que acuden a una unidad de atención terciaria resaltando la importancia de tener o no antecedente de cesárea anterior. Para esto realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 114 casos que se sometieron a cesárea, en el Departamento de obstetricia y ginecología del Hospital Lady Willingdon desde enero de 2008 hasta diciembre de 2011. Se obtuvieron como resultados: la mayoría de los pacientes (47,36%) tenían entre 26 y 30 años de edad, con edad gestacional entre 36-40 semanas (70,17%), fueron en su mayoría G2-4, mientras que la frecuencia de placenta Previa en no cicatrizada el útero fue del 32,45% (37 casos) y la frecuencia en el útero previamente cicatrizado fue del 67,54% (77 casos). Por tanto hay una mayor tendencia de la morbilidad con el aumento del número de cesáreas anteriores. Conclusión: se encontró una frecuencia significativamente mayor de placenta Previa entre los pacientes que acudían a un Hospital de cuidados terciarios con útero previamente cicatrizado (7).

Naveed P. En Peshawar 2012 hizo un trabajo de investigación que tuvo como Objetivos: Identificar los factores de riesgo asociados con la placenta previa en pacientes que acuden a un hospital de enseñanza terciaria en Peshawar. Material y métodos: Este fue un estudio descriptivo basado en el hospital, realizado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de enseñanza Khyber, Peshawar desde marzo de 2007 hasta julio de 2008. Se incluyeron pacientes a quienes se les diagnosticó una placenta previa mediante ecografía. Los datos se

recopilaron mediante un cuestionario escrito y estructurado y se analizaron con SPSS. Resultados: Un total de 8253 mujeres tuvieron un parto en el período de estudio, de las cuales 100 pacientes fueron diagnosticadas con placenta previa. La edad media de los pacientes con placenta previa fue de $30 \pm 4,66$ años. El 53% de los pacientes era multigrávida y el 40% tenía una o más cesáreas previas. Se encontró un ligero predominio de fetos masculinos. Conclusiones: los factores de riesgo obstétricos más importantes para la placenta previa son la edad materna avanzada, la multiparidad y la cirugía previa en el útero (8).

2.1.2 A NIVEL NACIONAL

Guisado Aguayo, Lima 2016, realizó un trabajo de investigación: “Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el 2015 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins” el cual pretendía identificar los factores de riesgo de las gestantes con diagnóstico de placenta previa, para esto realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, siendo la población y muestra 46 casos comprobado por ecografía en el segundo y/o tercer trimestre de gestación. Los resultados obtenidos fueron: el grupo etario más afectado fue las mujeres añosas con 54,3%, el 63% fueron multíparas, el 71,7% tuvo al menos una cirugía uterina previa. El legrado uterino fue la cirugía más frecuente con 28,3%, seguido de la combinación cesárea más legrado uterino con 21,7% y en tercer lugar la cesárea con 19,6%. El tipo de placenta previa más frecuente fue el total o completo con 71,7%. (9)

Martínez Marilyn, Ica 2015. Hizo un estudio que tuvo como finalidad identificar los factores de riesgo de la Placenta previa en el Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias- Julio de 2014, para ello primero se procedió a realizar el análisis de los antecedentes de la madre gestante Sangrado por vía

vaginal, Útero blando; así también Evaluar el estado general: Exámenes auxiliares, Hemograma, Hb, Hto, Grupo Rh, perfil de coagulación, Ecografía pélvica. Considerándose también los Factores Asociados: gran Multiparidad, la edad, Antecedentes de LU, Endometritis, Cesáreas, Miomectomías, Período Inter. Genésico corto, Antecedente de Placenta Previa, situaciones Anómalas que haya presentado la gestante (10)

Morán J, Lima 2018, realizó un trabajo de investigación: “Edad Materna avanzada como factor de riesgo para placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2016” con el objetivo de determinar si la edad materna avanzada (gestante añosa) constituye un riesgo para placenta previa. Para esto realizó un estudio analítico caso – control, para lo cual tuvo una muestra de 267 gestantes de las cuales 178 tenían placenta previa (caso) y 89 gestantes no tenían placenta previa (control). La cuantificación de riesgo lo realizó mediante el OR Odds Ratio >1 . Llegó a la conclusión de que la edad materna avanzada sí es un factor de riesgo para placenta previa, donde las gestantes añosas (mayores a 35 años) tienen hasta 4 veces más riesgo que las gestantes jóvenes (11).

Acho- Mego, Lima 2011, realizó un estudio: “Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en un hospital nacional de Lima”, hizo un estudio descriptivo realizado en el Hospital Cayetano Heredia, el cual pretendía determinar la frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo de la gestación, para ésto incluyó a Gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo, revisó 161 historias clínicas del Sistema Informático Perinatal del Departamento de Ginecología y Obstetricia, de gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en el período de enero de 2008 a diciembre del 2009, las 161 historias clínicas analizadas representaron 1,68% de las atenciones obstétricas en el hospital.

La edad de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo varió entre los 14 y 43 años, con una mediana de 28 años; 62,7% (n=101) presentó desprendimiento prematuro de placenta, 34,8% (n=56) placenta previa y 2,5% (n=4) rotura uterina; 7,5% (n=12) tenía un control prenatal adecuado, igual o mayor de 6 controles, y 92,6% (n=149) menos de 5 controles; 77,6% (n=125) de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo tenía entre 36 y 40 semanas y 13% (n=21) entre 32 y 35 semanas. Además se pudo observar que los días de hospitalización fueron 3 a 20 días, con una mediana de 3 días. Se identificó 16 óbitos fetales, que constituyeron 9,9% del total de madres con hemorragia de la segunda mitad del embarazo, siendo la tasa de letalidad 0,62%. Se llegó a la conclusión de que la hemorragia de la segunda mitad del embarazo comprometió 1,68% de la población obstétrica en el periodo estudiado y produjo morbimortalidad materna y perinatal (12).

Flores Ñañez, Victor Emilio. Lima 2014. Realizó un trabajo de investigación que tuvo como objetivo determinar los factores predictores para el desarrollo de Placenta Previa en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Año 2008 – 2012. Para esto realizó un estudio transversal, retrospectivo, de diseño analítico de casos y controles durante el periodo 2008 hasta el año 2012. Se estudió a 162 casos y se seleccionó aleatoriamente 162 controles. Para realizar los análisis comparativos se usó las pruebas estadísticas Chi-cuadrado y t de student, mientras que para analizar los factores de riesgos se utilizó el test de Odds Ratio. De acuerdo a las características sociodemográficas de las gestantes atendidas se observó que la mayoría de las pacientes (70,4 por ciento) tienen entre 20 a 35 años, donde un 63.3 por ciento son convivientes, siendo el 85.2 por ciento amas de casa, del total de gestantes sólo el 74.4 por ciento tienen secundaria. Las

principales características clínico epidemiológicas asociadas a la placenta previa fueron la edad gestacional, los abortos, el periodo intergenésico, la presión arterial sistólica y diastólica. Las complicaciones maternas relacionadas a placenta previa fueron la histerectomía, la presentación fetal anómala y el tipo de parto, sin embargo solo el parto por cesárea y la presentación fetal anómala se constituyeron como factores de riesgo. El sexo del recién nacido como característica perinatal mostró asociación con la placenta previa, asimismo ninguna de las complicaciones reportadas en recién nacidos del grupo de estudio respecto al grupo control, como: parto pretérmino (40.7 por ciento vs 38.9 por ciento), sufrimiento fetal (8.6 por ciento vs 4.3 por ciento), y RCIU (1.2 por ciento vs 4.3 por ciento) se asociaron a esta patología (13).

Oscanoa Aníbal, Lima 2005, realizó un estudio sobre Placenta previa en el Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP), el cual tuvo como objetivo identificar las características clínicas y epidemiológicas de las gestantes que presentan placenta previa (PP). Para lo cual hizo un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, Se presentaron 59 casos de PP comprobados por ecografía y cesárea. Se obtuvo como resultados que las Tasas: incidencia acumulada 0,63% y letalidad fetal 3,39%, 44% fue PP central total y 33,9% marginal; el grupo etario más afectado fue el de 20 a 35 años con 69,8% de casos; 69,5% tuvo control prenatal; 79,7% fue multípara; 52,5% culminó su gestación a término y 42,4% entre las 29 y 36 semanas. Entre las características clínicas, 72,9% inició sangrado en forma espontánea, 25% sangró en forma abundante y 52,5% sin dolor. El riesgo de desarrollar placenta previa en mujeres de más de 34 años fue OR = 2,03 y en cesareadas previas OR = 3,31. El 100% de casos terminó con cesárea segmentaria y en 5 de ellos, además histerectomía. La infección urinaria y la anemia

fueron las complicaciones más frecuentes antes y después del parto operatorio. En conclusión: Se encontró que los factores etiológicos mayormente asociados fueron antecedente de legrado uterino (40,7%), cesárea previa (33,9%) y gestante añosa (28,8%). (2)

Fernández O, Moquegua 2017, realizó un estudio sobre placenta previa en el cual trata de encontrar los factores de riesgo asociados a ésta. La metodología empleada fue un análisis de caso, de tipo descriptivo, retrospectivo llegando a la conclusión de que la edad materna mayor o igual a 35 años es un factor de riesgo, al igual que la multiparidad, y el antecedente de cirugías uterinas previas. Asimismo, trata de encontrar los factores de riesgo asociados a acretismo placentario, pero no son motivo de nuestro estudio. (14)

2.1.3 A NIVEL LOCAL

Álvarez I, Juliaca 2016, Realiza un trabajo de investigación el cual tiene como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a gestantes con diagnóstico de placenta previa del Hospital Carlos Monge Medrano de durante el 2015. Realiza un estudio retrospectivo con una población muestral de 42 pacientes. Tiene como resultados: respecto al tipo de placenta previa 10% Marginal, 8% Parcial, 62% completa. Según el grupo etario se concluyó que 77% de las gestantes tenían mayor a 35 años, 4% menores de 15 años, y 19% entre 16 y 34 años. También se llegó a la conclusión que un hábito nocivo como es el tabaquismo, sí influye como factor de riesgo de placenta previa. Respecto a la Paridad, se llegó a la conclusión que 83% de las gestantes con placenta previa eran multíparas y 17% primíparas. En

relación al antecedente de cesárea se concluyó que el 19% tuvo una cesárea, el 18% tuvo dos cesáreas, el 63% no tuvo ninguna cesárea. (15)

Luque Coyla, Puno 2017, Realiza un trabajo de investigación en el cual tiene como objetivo indicar la tasa de cesáreas y sus indicaciones, siendo la placenta previa oclusiva una indicación de cesárea. Materiales y métodos: El presente estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal de los datos de mujeres que tuvieron sus partos en las instalaciones del Hospital EsSalud III Puno durante el año 2016. Resultados: Hubo un total de 940 partos, con una tasa de cesáreas del 43,4. Las indicaciones principales fueron: la cesárea previa con 25,5% y el sufrimiento fetal agudo con 18%. Los grupos 1 y 5 de Robson tuvieron la mayor contribución al porcentaje de cesáreas. Conclusiones: El Hospital EsSalud III Puno presentó, una tasa de cesáreas mayor a la recomendada por la OMS. Utilizando la clasificación de Robson se pudo determinar que la tendencia a operar a los grupos 1 y 5 fue mayor que en otros hospitales, lo que determinó la alta tasa de cesáreas en esta institución (16)

Lazo Y, Ilave 2015, Realiza un trabajo de investigación que tiene como Objetivo Identificar las Características clínicas y epidemiológicas de las gestantes que presentan placenta previa (PP). Para lo cual usa método de estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Lugar, Hospital de Apoyo Ilave, Puno Departamento de Obstetricia. Materiales y métodos. Se presentaron 18 casos de Placenta Previa Comprobados por ecografía. RESULTADOS, Incidencia acumulada 0.65%, el grupo etáreo más afectado es el de 30-45 años 71% de casos, 55% (10) presentaron antecedente de Placenta Previa, 56% fueron gran multíparas las que presentaron Placenta previa y 50% de las pacientes que presentaron placenta previa tuvieron más de 2 legrados Uterinos. (17)

Asimismo, se acudió al servicio de Estadística del Hospital Carlos Monge Medrano, para recopilar datos estadísticos acerca de gestantes con diagnóstico de placenta previa durante el año 2017, en dicho Hospital hubo 2810 atenciones de parto durante el año 2017 de las cuales 45 gestantes tuvieron el diagnóstico de placenta previa, representado el 1,6% de frecuencia de patologías obstétricas durante el año 2017. No se cuenta con otros datos estadísticos de placenta previa.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 DEFINICIÓN

La placenta es un órgano notable, es la interfase entre la madre y el feto y desempeña diversas funciones como intercambio de gases y metabolitos. Posee dos caras, la coriónica, de la cual sale el cordón umbilical, y la basal la cual se adhiere al endometrio materno. Entre ambas caras se presenta una cavidad llena de sangre materna que proviene de las arterias espirales del endometrio. Los arboles vellosos constituyen el componente fetal de la placenta, estos se ramifican hasta las vellosidades terminales, que son la unidad funcional de la placenta humana (18).

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) la placenta previa es una condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento uterino bajo, muy cerca del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose así por delante del polo líder fetal.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia define la placenta previa como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero (18).

Es una condición relativamente poco frecuente con una incidencia de 0,28 a 2% de todos los nacimientos, sin embargo, cuyas cifras van en aumento. La incidencia

anual de placenta previa en los Estados Unidos es de 2.8 a 4.8 por cada 1000 partos en embarazos únicos y de 3.9 por cada 1000 en embarazos múltiples comparado con una prevalencia global de 5.2 por cada 1000 nacimientos. La mayor prevalencia se da en mujeres asiáticas en las cuales la prevalencia es de hasta 12.2 por cada 1000 nacimientos. (19).

La incidencia ha aumentado en los últimos años y se estima actualmente en 1/200 gestaciones. La placenta previa, supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación y conlleva una elevada morbimortalidad materno-fetal. Actualmente se considera la tercera causa más frecuente de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la segunda causa más frecuente de histerectomía obstétrica.

2.2.2 CLASIFICACIÓN

Durante el embarazo:

- **Tipo I.** Placenta de Inserción baja. El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, no llegando hasta el orificio cervical interno sino a 2cm de éste.
- **Tipo II.** Placenta marginal. La placenta llega justamente al borde del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.
- **Tipo III.** Placenta oclusiva parcial. El orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.
- **Tipo IV.** Placenta oclusiva total. El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta. (19)

De cara al parto se podría simplificar en:

- **Oclusiva:** no permite el parto vaginal. (Tipo III-IV)
- **No oclusiva:** permite el intento de parto vaginal. (I-II)

2.2.3 ETIOLOGÍA

No se ha encontrado aún una causa específica para la placenta previa, pero la principal hipótesis está relacionada con una vascularización anormal del endometrio, la capa interna del útero, por razón de una cicatrización o atrofia causada por traumatismos previos, cirugía o infección. El trastorno puede deberse a razones multifactoriales, incluyendo una asociación con multiparidad, embarazos múltiples, edad materna avanzada, antecedentes de cesáreas o abortos y, posiblemente, el hábito tabáquico. (20)

2.2.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PLACENTA PREVIA

Los factores de riesgo asociados con placenta previa son edad materna avanzada, multiparidad, cesárea previa o cicatrices uterinas previas, aborto previo, tabaquismo materno, placenta previa anterior (21).

La multiparidad y el número de cesáreas previas crean un efecto sinergista que incrementa el riesgo de presentar placenta previa.

2.2.4.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

- a) **Edad Materna:** A mayor edad materna mayor riesgo de placenta previa.

La incidencia de placenta previa aumentó de manera significativa con cada grupo de edad más grande. Es de una por cada 1 500 para mujeres de 19 años de edad o menos, y es de uno en 100 para mujeres de más de 35 años.

La edad materna creciente en Estados Unidos ha causado un incremento

de la incidencia general de placenta previa, de 0.3% en 1976 a 0.7% en 1997 (Frederiksen et al., 1999). Las gestantes con más de 35 años de edad tienen un riesgo de 1.2% de placenta previa, en comparación con el riesgo de 0.5% para las mujeres menores de 35 años (20).

- b) **Tabaco:** Los trastornos que pueda sufrir la embarazada fumadora van en relación directamente proporcional con el número de cigarrillos consumidos, igualmente también influye la permanencia en lugares cuyo entorno ambiental este contaminado por humo del tabaco, sumándose por ello en muchas gestantes la exposición de su tabaquismo directo al pasivo procedente de la contaminación ambiental. Un dato que se ha observado en muchas mujeres fumadoras es que el tamaño la placenta de éstas es mucho mayor que aquellas otras que no fuman durante el embarazo o nunca han sido fumadoras. Se entiende esta respuesta como una compensación para contrarrestar la falta de oxígeno inducida por el tabaquismo de la madre. Al ser mayor el tamaño de la placenta en estas mujeres, aumenta la frecuencia de placenta previa, con mayor riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragias de la misma y rotura precoz de membranas. Todas estas complicaciones ocurren con mayor frecuencia en aquellas fumadoras que tienen un grado de consumo alto. Diversos estudios han confirmado que la incidencia de complicaciones de la placenta es mayor en los embarazos de las mujeres fumadoras que en aquellas que no lo son. Se observa una relación causa-efecto, ya que las fumadoras severas sufren más alteraciones que las fumadoras ligeras (20).

2.2.4.2 FACTORES OBSTÉTRICOS

- a) **Aborto:** Se define como la interrupción del embarazo clínicamente reconocida antes de las 22 semanas de gestación o cuando el peso del feto expulsado es menor de 500g. Existen estudios que confirman que el antecedente de aborto influye en la aparición de placenta previa. Asimismo a mayor número de abortos, mayor será la probabilidad de placenta previa.
- b) **Cesárea Anterior:** Por razones desconocidas, la cesárea previa aumenta el riesgo de placenta previa. En un estudio de 30 132 mujeres en trabajo de parto que se sometieron a cesárea, Silver et al. (2006) citaron un aumento del riesgo de placenta previa en mujeres que habían tenido ya una cesárea. La incidencia fue de 1.3% en las pacientes con una cesárea previa y de 3.4% en aquellas con seis o más cesáreas.
- c) **Paridad:** Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos) que pesan 500 gramos o más, o que poseen una edad gestacional de 22 semanas o más. Se ha observado que la paridad guarda relación con la incidencia de placenta previa, de tal modo que es más frecuente en mujeres multíparas que en nulíparas.
- d) **PIG:** El Periodo Intergenésico corto se ha definido como el periodo menor a 18 meses de la fecha de resolución del último evento obstétrico a la fecha de concepción del siguiente embarazo. Es importante mencionar que el riesgo de presentar distintas

complicaciones aumenta dependiendo del PIC transcurrido, ya sea 3, 6, 9, 12 o 18 meses, entre éstas complicaciones se encuentra la placenta previa.

2.2.5 PATOGENIA:

El desarrollo de la placenta se inicia con la implantación, cuando el blastocisto entra en contacto con el endometrio. La parte externa del blastocisto corresponde a una capa unicelular de células epiteliales conocidas como trofoblasto. Cuando el trofoblasto entra en contacto con el endometrio se transforma en un sincitio el cual penetra entre las células endometriales. Una vez que la implantación está completa, el producto se encuentra rodeado en su totalidad de sincitiotrofoblasto en el cual empiezan a aparecer vacuolas las cuales se unen hasta formar lagunas. El sincitiotrofoblasto en ese momento se empieza a adelgazar hasta formar trabéculas, las cuales son las precursoras de los árboles vellosos. Hacia el final de la tercera semana se cuenta ya con una placenta rudimentaria. Al final de un embarazo de término una placenta humana mide de 15 a 20 cm de diámetro y tiene un grosor de 3 cm, con un peso aproximado de 500 gramos (18).

Como se mencionó anteriormente la ocurrencia de placenta previa se encuentra asociada con cicatrices uterinas previas y alteraciones endometriales que ocurren con la instrumentación uterina por ejemplo durante el curetaje, placenta previa anterior y cesárea previa. Sin embargo, por razones aún no conocidas la presencia de cicatrices o alteraciones endometriales en el segmento uterino bajo predisponen a la implantación placentaria en esa área.

Los embarazos complicados por placenta previa son propensos a presentar sangrado durante el 2do trimestre. La etiología del sangrado se debe a la dinámica

del desarrollo del segmento uterino bajo, pero también puede ser disparado por la actividad uterina.

La placenta previa diagnosticada durante el 2do trimestre no suele persistir hasta el término. Aunque se diagnostica en 1-6% de los embarazos durante el 2do trimestre, su incidencia al término es mucho menor de aproximadamente 0,14-0,3%. Se cree que las razones de esta aparente migración placentaria son crecimiento o elongación del segmento uterino bajo y trofotropismo en el cual las células trofoblásticas buscan áreas mayormente vascularizadas hacia el fondo uterino. Esto resulta en la aparente migración de la placenta lejos del cicatrizado y menos perfundido segmento uterino bajo (en más del 90% de los casos).

La migración placentaria debida al crecimiento del segmento uterino bajo ocurre durante el 2do y 3er trimestre pero es menos probable que ocurra en placentas posteriores o en presencia de una cesárea anterior. El tejido placentario que permanece en el segmento uterino bajo puede atrofiarse completamente, persistir como lóbulos o puede atrofiarse dejando los vasos intactos (vasa previa). La asociación de vasa previa y prolapso del cordón con una placenta previa marginal en el 2do trimestre es bien aceptada, con un mayor riesgo relativo de presentarse en aquellas pacientes que experimentan un sangrado prenatal y mayor riesgo también en pacientes multíparas (18).

2.2.6 DIAGNÓSTICO

Clínica:

El síntoma fundamental es la hemorragia genital que tiene las siguientes características:

- Sangre roja y brillante, variable en cantidad.

- Aparece de forma brusca e indolora y en ausencia de contracciones uterinas.
- Aparece en el segundo o tercer trimestre (un tercio de las pacientes presentan el primer episodio de metrorragia antes de la semana 30; otro tercio lo presentan entre la semana 30-35 y el resto después de la semana 36)
- Es repetitiva aumentando la intensidad y la frecuencia de los episodios, tendiendo a la hemostasia espontánea

- El inicio de la hemorragia parece deberse a la formación del segmento uterino inferior, cuya constitución por deslizamiento de sus capas no puede ser seguida por la placenta insertada a ese nivel, que se desprende en parte, ocasionando roturas vasculares responsables de la hemorragia.

– El comienzo del parto, al iniciarse la dilatación cervical, puede agravar la intensidad del sangrado sobre todo en casos de placenta oclusiva total. En los casos de placenta marginal anterior, el inicio del parto y el descenso de la presentación fetal puede ayudar a cohibir la hemorragia al comprimir la lengüeta placentaria.

– Los episodios de sangrado no se suelen acompañar de signos de “pérdida del bienestar fetal” a no ser que la hemorragia sea tan copiosa que cause un shock hipovolémico en la gestante. En Obstetricia hay un aserto que señala que “Toda hemorragia del tercer trimestre es una placenta previa mientras no se demuestre lo contrario”. (20)

Exploración física:

- El examen del abdomen releva un útero blando e indoloro, al no existir normalmente dinámica uterina.

- El tacto vaginal, en principio, está prohibido, dado que puede movilizar cotiledones y coágulos formados e incrementar la hemorragia. No obstante, si el tacto fuera necesario, se puede efectuar, contando con que se dispone de los métodos quirúrgicos adecuados al alcance inmediato, poniendo de manifiesto el tacto lo que los obstetras clásicos definieron como “almohadillado placentario”.
- La especuloscopia permite comprobar el origen uterino de la hemorragia y confirmar o descartar otras causas locales de hemorragia. No es una prueba recomendada por todos los autores. De hacerse, debe realizarse con cuidado.

Ecografía:

Numerosos estudios confirman que la ecografía transvaginal es segura como método diagnóstico de placenta previa. Su utilización no incrementa el riesgo de hemorragia y tiene mayor sensibilidad que la ecografía abdominal para localizar la placenta.

Para establecer el diagnóstico de placenta previa es necesario demostrar la presencia de tejido placentario en la región del segmento inferior del útero, anterior, posterior o lateralmente. El hallazgo de una placenta previa parcial o marginal antes de la semana 24 debe interpretarse con precaución, más aún si la paciente está asintomática.

Lo más probable es que la placenta previa deje de serlo al avanzar la gestación, sobre todo si el borde craneal se extiende hasta el fondo del útero. En estos casos, debe realizarse un seguimiento ecográfico hasta el tercer trimestre, antes de establecer un diagnóstico definitivo.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo se usará el método retrospectivo, descriptivo, analítico de observación indirecta para interpretar los factores de riesgo asociados a placenta previa. Los datos serán recolectados de las historias clínicas de las gestantes con placenta previa.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Estuvo conformada por 3260 historias clínicas que representan el total de atenciones de parto en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano.

Muestra: La muestra estuvo constituida por 53 historias clínicas que representan el total de gestantes con diagnóstico de placenta previa, que fueron hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano durante el periodo de enero a diciembre del 2018.

Muestreo: El tipo de muestreo será no probabilístico, intencional.

Criterio de inclusión:

Gestantes con diagnóstico de placenta previa por ecografía obstétrica en el II y/o III trimestres de gestación hospitalizadas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante enero a diciembre del 2018.

Gestantes en cuyas historias clínicas se puedan precisar las variables en estudio.

Criterio de exclusión:

Historias clínicas incompletas y/o mal realizadas.

Unidad de análisis: La unidad de análisis de los cuales se obtuvo la información para el estudio fueron todas las historias clínicas de las pacientes que acudieron con diagnóstico de Placenta Previa al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo de enero a diciembre del 2018.

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la elaboración de este trabajo de investigación se utilizó los siguientes materiales:

- Fichas para la recolección de datos. (anexo 1)
- Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Placenta Previa hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo de enero a diciembre del 2018.
- Acceso al Sistema Informático Perinatal (SIP) para acceder a la relación de pacientes con diagnóstico de placenta Previa.

3.4 TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica: La técnica que se usó para la recolección de datos en el presente trabajo, es la técnica de registro.

3.4.2. Procedimiento: Para realizar la recolección de información, se solicitó permiso para el acceso a las historias clínicas mediante una solicitud a la Dirección de Red de Salud de San Román, el cual fue aceptado, a continuación, se acudió a la unidad de Estadística, Servicio de Ginecología y Obstetricia y finalmente a la oficina de Admisión de las historias clínicas. Se procedió a buscar la información, luego se seleccionó a las gestantes que cumplían los criterios de inclusión y

exclusión, después se empezó el llenando respectivamente en la ficha de recolección de datos (ANEXO N° 01) con los diversos instrumentos.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó un análisis descriptivo de cada variable. Los datos y la información requerida fueron codificadas y registradas para el control de calidad. Se procedió a registrar en el programa de Microsoft Excel 2010 debidamente codificados. El análisis fue numérico porcentual y estadístico mediante el programa de SPSS 25 para el procesamiento y el análisis descriptivo relacional entre variables a través de pruebas estadísticas. Los resultados se presentan en tablas estadísticas, los cuales se relacionan con las variables de estudio, relacionado la variable dependiente con la independiente. Se calculará las frecuencias de las variables cualitativas como factores de riesgo.

3.5.1. Estadística Descriptiva:

Los datos cualitativos se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes).

3.5.2. Estadística Analítica:

Para que se determine la asociación entre los factores de riesgo y la placenta previa se utilizó una prueba no paramétrica que es la prueba Chi cuadrado (X^2) donde se considerara intervalos de confianza de 95%. El nivel de confianza 95%, y el nivel de significancia que se plantea para dicho análisis fue 0,05.

3.5.3. Programas a utilizar para análisis de datos:

Los programas que se utilizaron para el análisis de datos de este trabajo fueron:

- Microsoft Excel 2010®

- Software estadístico IBM SPSS v.23.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR	FUENTES DE VERIFICACIÓN
Placenta previa	Condición en la cual la placenta se encuentra implantada muy cerca del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial.	Dependiente Cualitativa	Nominal	1)PP parcial 2)PP completa 3)PP Marginal 4)PP de Inserción baja	Ficha de recolección de H.C.
Cesárea Anterior	Antecedente de haber sido intervenida quirúrgicamente por cesárea.	Independiente Cualitativa	Nominal	1) NO 2) SÍ	Ficha de recolección H.C.
Edad materna	Tiempo que ha vivido una persona (en años) contando desde su nacimiento.	Independiente Cualitativa	De razón	1) < 19 años 2) 20 - 34 años 3) > ó = 35 años	Ficha de recolección H.C.
Aborto	Es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria, hecha antes de las 22 semanas de gestación	Independiente Cualitativa	Nominal	1) NO 2) SÍ	Ficha de recolección H.C.
Número de Paridad	Número de partos que tiene una mujer.	Independiente Cualitativa	Nominal	1) Nulípara: 0. 2) Primípara: Solo tuvo 1 parto. 3) Multíparas: Mujer que ha presentado 2 o más partos.	Ficha de recolección H.C.
Embarazo Múltiple	Gravidez con 2 o más productos.	Independiente Cualitativa	Nominal	1) Sí 2) No	Ficha de recolección H.C.
Periodo Intergenésico	El periodo intergenésico es el tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente.	Independiente Cualitativa	Nominal	1)No 2)Corto 3)Adecuado 4) Largo	Ficha de Recolección H.C.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Los datos obtenidos de las historias clínicas, así como la identidad de las gestantes con diagnóstico de placenta previa, son consideradas solamente para objetivos estipulados en el estudio, mas no para otros fines que puedan perjudicar a la paciente, respetando el principio de la confidencialidad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO 1. 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.

INCIDENCIA

ATENCIÓN DE PARTOS	NÚMERO	INCIDENCIA
SI PRESENTARON PLACENTA PREVIA	53	1.6%
NO PRESENTARON PLACENTA PREVIA	3207	98.4%
TOTAL PARTOS	3260	100 %

FUENTE: SIP HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

El Cuadro N° 01, muestra la Incidencia de Placenta Previa, se observa, que del 100% de atenciones de parto, representado por 3260 gestantes que acudieron al Servicio de Ginecología y Osbtetricia; el 1.6% (53 pacientes) presentaron Placenta Previa y el 98.4 % (3207) no presentaron Placenta Previa.

Según la OMS, la tasa de incidencia de placenta previa oscila entre el 0.5% y el 0.8% de las gestantes, En los Estados Unidos de Norteamérica la incidencia de placenta previa abarca 0.3 a 0.5% y en el Perú abarca 0.5% a 1 % por lo que nuestro resultado se encuentra por encima de los valores encontrados (1).

A nivel nacional Fernández O, en el 2017 en Lima encontró una incidencia de 0,5 % de placenta previa, que se encontraría dentro del rango normal establecido por la Organización Mundial de la Salud y por debajo de nuestros resultados (14).

A nivel local Álvarez I. en el 2015 encontró 47 casos de placenta previa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, que representan el 1.5%, los cuales estarían por debajo de nuestros casos encontrados durante el 2018 (53 casos). (15).

Lazo Y. En Ilave 2015, realizó un estudio en el Hospital de Apoyo Puno – Ilave donde halló una incidencia de 0.65%, resultado que se encuentra por debajo de la cifra encontrada en nuestro estudio (17).

Luque C. En Puno en el 2017, realiza una investigación en el Hospital III – EsSalud que pretende determinar la tasa de cesáreas y sus indicaciones más frecuentes. Describe que durante el 2017 hubo 940 partos, de los cuales el 43,4% terminaron en cesárea. De éste último porcentaje las indicaciones principales fueron: cesárea previa con 25,5% y placenta previa con 5% (20 casos). Éstos 20 casos representan una incidencia de placenta previa del 2,17 % en el Hospital EsSalud III Puno (16).

CUADRO 2. 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.

TIPO DE PLACENTA PREVIA

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
- Parcial	19	35,8
- Total	25	47,2
- De inserción Baja	5	9,4
- Marginal	4	7,5
Total	53	100,0

FUENTE: Historia Clínica

El Cuadro N°02, muestra que el 47.17% (25 casos) de las gestantes con diagnóstico de Placenta Previa atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca presentaron el tipo de Placenta Previa Total, mientras que el 35.85% (19 casos) presentaron el tipo de Placenta Previa Parcial; un 9.43% (5 casos) presentó Placenta Previa de Inserción Baja y un 7.55% (4 casos) presentó Placenta Previa Marginal.

A nivel Internacional Hernández, en Nicaragua en el 2015, encuentra que la variedad de placenta previa que predomina es la Placenta previa Parcial con 48,7%, seguido de la placenta previa total con 25,4%, con esto difiere de nuestros resultados, ya que en nuestro trabajo predomina con mayor frecuencia la placenta previa total (5).

Guisado C. En Lima en el 2015, realizó un estudio en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins donde encontró 46 casos de placenta previa, de los cuales el 71,7 % (33 casos) fueron del tipo completo o total; el 8,7% (4 casos) fueron del tipo parcial; el 10,9% (5 casos) fueron del tipo de Inserción baja y el 8,7% (4 casos) fueron del tipo marginal. Se puede observar que al igual que en nuestro trabajo, el mayor porcentaje es el tipo de placenta previa total, pero en segundo lugar se encuentra el tipo de inserción baja, el cual difiere de nuestro trabajo. (9)

Alvarez I. En Juliaca en el 2015, realizó un estudio en el Hospital Carlos Monge Medrano donde encontró 47 casos de placenta previa, de los cuales el 62 % (26 casos) fueron del tipo completo o total; en tanto el 28% (12 casos) fueron del tipo parcial; el 10% (4 casos) fueron del tipo marginal. Observamos que los resultados obtenidos por Alvarez, coinciden con nuestros resultados. (15)

Lazo Y. En Ilave en el 2015, realizó un estudio en el Hospital de apoyo Ilave – Puno, encontrando que de los 18 casos de placenta previa, el 50 % (9 casos) fueron del tipo completo o total; el 33 % (6 casos) fueron del tipo parcial; y el restante fueron del tipo marginal. Podemos observar que los resultados obtenidos por Lazo, coinciden con nuestros resultados. (17)

CUADRO 3. 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.

EDAD DE LA PACIENTE - TIPO DE PLACENTA PREVIA

			Tipo de Placenta Previa				
			De inserción				
			Parcial	Total	Baja	Marginal	Total
Edad de la paciente	Menor de 20 años	Recuento	2	0	0	1	3
		% del total	3,8%	0,0%	0,0%	1,9%	5,7%
	De 20 a 34 años	Recuento	13	5	3	2	23
		% del total	24,5%	9,4%	5,7%	3,8%	43,4%
	Mayor o igual a 35 años	Recuento	4	20	2	1	27
		% del total	7,5%	37,7%	3,8%	1,9%	50,9%
Total	Recuento	19	25	5	4	53	
	% del total	35,8%	47,2%	9,4%	7,5%	100,0%	
		$X^2=19,11$	df:6	$p=0,003$	$p<0,05$		

El Cuadro N°. 3, muestra la edad de las gestantes; y podemos observar que el mayor porcentaje de gestantes con diagnóstico de Placenta Previa, se encuentran en el grupo de gestantes con edad mayor o igual a 35 años (50.9%); y el menor porcentaje se encuentra en el grupo de gestantes menores de 20 años con 5.6% del total.

El Cuadro N°. 3 muestra el tipo de placenta previa que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, observándose que del 100% representado por 53 mujeres, se observa que el 47,2% (25) de las gestantes presentaron Placenta previa total, de las cuales el 37,7% (20) tienen edad mayor o igual a 35 años, además 9,4% (5)

presentaron una edad comprendida entre 20 y 34 años, y no se observa ningún caso de gestante menor de 20 años. En tanto el 35,8% (19) tienen Placenta Previa Parcial, de las cuales el 24,5% (13) tiene edad entre 20 a 34 años, seguido de 7,5%(4) con edad mayor o igual a 35 años; y un 3,8% (2) tienen menos de 20 años. En tanto el 9,4% (5) tienen Placenta Previa de Inserción baja, de las cuales el 5,7% (3) tiene edad entre 20 a 34 años, seguido de 3,8%(2) con edad mayor o igual a 35 años; y un 0% tiene menos de 20 años. Asimismo el 7,5% (4) tiene Placenta Previa Marginal, de las cuales el 3,8% (2) tiene edad entre 20 a 34 años, seguido de 1,9%(1) con edad mayor o igual a 35 años; y un 1,9 (1)% tiene menos de 20 años.

De los resultados hallados en el presente cuadro, se concluye que la frecuencia de placenta previa se presenta en mayor porcentaje (37,7%) en pacientes con placenta previa total que tienen una edad mayor o igual a 35 años.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=19,11$) con 6 grados de libertad (*df*) muestra que la placenta previa y edad de las gestantes sí presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).

A nivel internacional se obtuvieron diferentes resultados, Naheed Rahim. En Peshawar, Pakistán 2014 realizó un trabajo de investigación: “Principales factores de riesgo asociados a placenta previa” Como resultados se observó que el número máximo de mujeres se encontraba en el grupo de edad ≥ 35 años que representaba el 43.1% de las mujeres; mientras que el menor porcentaje se encontró en mujeres con edad menor a 24 años (8 casos ó 13.8%) (4).

Guisado C. Lima, Perú 2015 en su estudio “Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero-setiembre 2015 en el

HNERM” indica que El 54,3% son pacientes añosas es decir mayores de 35 años consideradas como gestantes de alto riesgo. Y el 45,7% son gestantes que se encuentran en edad reproductiva adecuada. Se observa que no es grande la diferencia entre los grupos etarios que presentan placenta previa. (9)

Morán J, Lima 2018, en su estudio “Edad materna avanzada como factor de riesgo para placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012 – 2016” Hizo un estudio de caso control y obtuvo Odds Ratio $OR > 1$, donde las gestantes añosas tienen hasta 4 veces más riesgo que las gestantes jóvenes. (11)

Alvarez I, Juliaca 2015 en su estudio “Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes del servicio de Obstetricia del hospital Carlos Monge Medrano” tuvo como resultados: el 4% son menores de 15 años, el 19% tienen edades que oscilan entre 15 a 35 años, el 77% son mayores de 35 años. Con esto se concluye que al igual que en nuestro trabajo, el mayor porcentaje de pacientes con placenta previa se encuentran en el grupo etario mayor o igual a 35 años, aún la causa es desconocida, pero se considera que se debe a una atrofia vascular y daño endometrial. Y el menor porcentaje se encuentra en el grupo de menores de 15 años. (15)

CUADRO 4. 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.

ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR – TIPO DE PLACENTA PREVIA

		Tipo de Placenta Previa				
		Parcial	Total	De inserción		Total
No Antecedente de Cesárea Anterior	Recuento	6	8	5	2	21
	% del total	11,3%	15,1%	9,4%	3,8%	39,6%
Sí Antecedente de Cesárea Anterior	Recuento	13	17	0	2	32
	% del total	24,5%	32,1%	0,0%	3,8%	60,4%
Total	Recuento	19	25	5	4	53
	% del total	35,8%	47,2%	9,4%	7,5%	100,0%
X ² =8,92		df:3	p=0,03	p<0.05		

El Cuadro N°. 4, Muestra el antecedente de cesárea en las gestantes y podemos observar que el mayor porcentaje del 100% de gestantes con Placenta Previa, se encuentran en el grupo de gestantes con antecedente de cesárea (60.4%); y el menor porcentaje se encuentra en el grupo de gestantes sin antecedente de cesárea que representa el 39.6% del total.

El Cuadro N°. 4 muestra la relación entre el tipo de placenta previa y la variable “antecedente de cesárea anterior” que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstreticia del Hospital Carlos Monge Medrano, observándose que del 100% representado por 53 mujeres, se observa que el 47,2% (25) de las gestantes presentaron Placenta previa, de las cuales el 32,1% (17) Sí tienen antecedente de cesárea, mientras que 15,8% (8) No tienen

antecedente de cesárea. En tanto el 35,8% (19) tienen Placenta Previa Parcial, de las cuales el 24,5% (13) Sí tiene Antecedente de cesárea, mientras que el 11,3% (6) No tienen antecedente de cesárea. En tanto el 9,4% (5) tienen Placenta Previa de Inserción baja, de las cuales ninguna tiene antecedente de cesárea. Asimismo, el 7,5% (4) tienen Placenta Previa Marginal, de las cuales el 3,8% (2) Sí tiene antecedente de cesárea y del mismo modo 3,8% (2) No tienen antecedente de Cesárea.

De los resultados hallados en el presente cuadro, se concluye que la frecuencia de placenta previa se presenta en mayor porcentaje (32,1%) en pacientes con placenta previa total que Sí tienen antecedente de cesárea.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=8,92$) con 3 grados de libertad (*df*) muestra que la placenta previa y el antecedente de cesárea sí presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).

A nivel internacional se obtuvieron diferentes resultados, Hernández Cortez, Reina de los Angeles. En Managua, Nicaragua 2015 realizó un estudio sobre placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón de enero a diciembre del 2014. La muestra se constituyó de 104 pacientes, de las cuales el 38% (39 pacientes) estaba asociada a cesáreas anterior. Los Resultados obtenidos por Hernández difieren a los nuestros; ya que en su trabajo el 62 % no estuvo asociado a cesárea anterior, mientras que en nuestros resultados el 60,4% sí está asociado a cesárea anterior.

Baqai Shela, Pakistán 2018. En su estudio “Morbilidad asociada a placenta previa con o sin cesárea previa” 970 (47,1%) pacientes tuvieron resultados positivos de historia previa de cesárea mientras que 1090 (52.9%) tenían historia

previa negativa de cesárea. Un total de 33 (1,6%) pacientes fueron diagnosticados de placenta previa confirmada por ecografía. De éstos, 22 tenían antecedente de cesárea y 11 no tenían antecedente de cesárea, llegando a la conclusión de que la placenta previa fue significativamente más frecuente en pacientes con antecedente de cesárea. (3).

Guisado C. Lima, Perú 2015 en su estudio “Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero-setiembre 2015 en el HNERM” indica que el 71,7% de las gestantes con placenta previa ha tenido por lo menos una cirugía uterina previa, solo el 28,3% de ellas no tuvo cirugía. Las cirugías más frecuentes fueron: en primer lugar, el legrado uterino (28,3%), en segundo lugar, cesárea más legrado uterino (21,7%), y en tercer lugar las cesáreas (19,6%). (9)

Alvarez I, Juliaca 2015 en su estudio “Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes del servicio de Obstetricia del hospital Carlos Monge Medrano” tuvo como resultados: el 63% no tuvo antecedente de cesárea, mientras que el 37% sí tuvo antecedente de cesárea en una o dos ocasiones. Con esto se concluye que los resultados de Alvarez no coinciden con nuestros resultados, ya que nosotros obtuvimos un 60,4% de gestantes con antecedente de cesárea y un 39,6% sin antecedente de cesárea. (15).

CUADRO 5. 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.

ANTECEDENTE DE ABORTO – TIPO DE PLACENTA PREVIA

			Tipo de Placenta Previa				Total
			De inserción		Baja	Marginal	
		Parcial	Total				
Antecedente de Aborto	Ninguna vez	Recuento	12	16	3	4	35
		% del total	22,6%	30,2%	5,7%	7,5%	66,0%
	Una vez ó más	Recuento	7	9	2	0	18
		% del total	13,2%	17,0%	3,8%	0,0%	34,0%
Total		Recuento	19	25	5	4	53
		% del total	35,8%	47,2%	9,4%	7,5%	100,0%
		X ² =2,25	df:3	p=0,521		p>0.05	

El Cuadro N°. 5, Muestra el antecedente de aborto en las gestantes y podemos observar que el mayor porcentaje del 100% de gestantes con Placenta Previa, se encuentra en el grupo de gestantes sin antecedente de aborto (66.04%); y el menor porcentaje se encuentra en el grupo de gestantes con antecedente de aborto que representa el 33.96% del total.

El Cuadro N°. 5 muestra la relación entre el tipo de placenta previa y la variable “antecedente de aborto” que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, observándose que del 100% representado por 53 mujeres, se observa que el 47,2% (25) de las gestantes presentaron Placenta previa total, de las cuales el 30,2% (16) No tienen antecedente de Aborto, mientras que 17,0% (9) Sí tienen antecedente de aborto. En tanto el 35,8% (19) tienen Placenta Previa Parcial, de las cuales el

22,6% (12) No tiene Antecedente de aborto, mientras que el 13,2% (7) Sí tienen antecedente de aborto. En tanto el 9,4% (5) tienen Placenta Previa de Inserción baja, de las cuales 5,7% (3) No tiene Antecedente de aborto, mientras que el 3,8% (2) Sí tienen antecedente de aborto. Asimismo, el 7,5% (4) tienen Placenta Previa Marginal, de las cuales ninguna tiene antecedente de aborto.

De los resultados hallados en el presente cuadro, se concluye que la frecuencia de placenta previa se presenta en mayor porcentaje (30,2%) en pacientes con placenta previa total que No tienen antecedente de aborto.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=2,25$) con 3 grados de libertad (*df*) muestra que la placenta previa y el antecedente de aborto no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

A nivel internacional, Naveed P. En Peshawar 2012 hizo un trabajo de investigación para identificar los factores de riesgo asociados con la placenta previa en pacientes que acuden a un hospital de enseñanza terciaria en Peshawar, en cuyo estudio no encontró relación significativa entre aborto y placenta previa. (8).

Lazo Y, en su investigación “Características Clínicas y epidemiológicas de las gestantes que presentan placenta previa (PP)” observa que de 18 casos de placenta previa, el 33% representado por 6 casos, presentaron antecedente de aborto. Lazo concluye que no existe relación entre aborto y placenta previa. (17).

CUADRO 6. 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.

ANTECEDENTE DE PARIDAD – TIPO DE PLACENTA PREVIA

			Tipo de Placenta Previa				Total
			De inserción				
			Parcial	Total	Baja	Marginal	
Antecedente de Paridad	Nulípara	Recuento	2	2	3	2	9
		% del total	3,8%	3,8%	5,7%	3,8%	17,0%
	Primípara	Recuento	11	8	1	0	20
		% del total	20,8%	15,1%	1,9%	0,0%	37,7%
	Multípara	Recuento	6	15	1	2	24
		% del total	11,3%	28,3%	1,9%	3,8%	45,3%
Total	Recuento		19	25	5	4	53
	% del total		35,8%	47,2%	9,4%	7,5%	100,0%
X ² =16,57		df:6	p=0,011		p<0.05		

El Cuadro N°. 6, muestra la relación entre el tipo de placenta previa y el antecedente de Paridad; podemos observar que el mayor porcentaje del 100% de gestantes con Placenta Previa, se encuentran en el grupo de gestantes Multíparas (45.28%); y el menor porcentaje se encuentra en el grupo de gestantes Nulíparas con 16.98% del total.

El Cuadro N°. 6 muestra el tipo de placenta previa que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, observándose que del 100% representado por 53 mujeres, se observa que el 47,2% (25) de las gestantes presentaron Placenta previa total, de las cuales el 28,3% (15) son multíparas, además 15,1% (8) son primíparas, y el 3,8% (2) son nulíparas. En tanto el 35,8% (19) tienen Placenta Previa Parcial de las cuales el 11,3% (6) son multíparas, además 20,8% (11) son primíparas, y el

3,8% (2) son nulíparas. En tanto el 9,4% (5) tienen Placenta Previa de Inserción baja, de las cuales el 1,9% (1) es múltipara, además 1,9% (1) es primípara, y el 5,7% (3) son nulíparas. Asimismo, el 7,5% (4) tienen Placenta Previa Marginal, de las cuales el 3,8% (2) son múltiparas, y el otro 3,8% (2) son nulíparas.

De los resultados hallados en el presente cuadro, se concluye que la frecuencia de placenta previa se presenta en mayor porcentaje (28,3%) en pacientes con placenta previa total que son múltiparas.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=16,57$) con 6 grados de libertad (*df*) muestra que la placenta previa y el antecedente de paridad sí presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).

A nivel internacional Naveed P. En Peshawar 2012 hizo un trabajo de investigación para identificar los factores de riesgo asociados con la placenta previa en pacientes que acuden a un hospital de enseñanza terciaria en Peshawar, en cuya investigación 100 pacientes fueron diagnosticadas con placenta previa y de las cuales el 53% tuvo antecedente de multiparidad, llegando a la conclusión que la paridad y la placenta previa sí guardan relación estadística significativa. (8)

Guisado C. Lima, Perú 2015 en su estudio “Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero-setiembre 2015 en el HNERM” indica que El 63% son pacientes múltiparas, y con esto afirma que la paridad y la placenta previa sí guarda relación estadística significativa. Se observa que los resultados obtenidos por Guisado coinciden con nuestros resultados, ya que en nuestro trabajo el 45,3% (24 casos) eran múltiparas. (9)

Flores V, Lima 2014 en su trabajo de investigación “Factores predictores para el desarrollo de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2008 – 2012” obtiene como resultados que el 35% tiene antecedente de aborto, llega a la conclusión de que las principales características clínico epidemiológicas asociadas a la placenta previa fueron la edad gestacional, los abortos, el periodo intergenésico, la presión arterial sistólica y diastólica. Con esto Flores, difiere de nuestros resultados. (13)

CUADRO 7. 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.

EMBARAZO MÚLTIPLE – TIPO DE PLACENTA PREVIA

		Tipo de Placenta Previa					Total
		De inserción					
			Parcial	Total	Baja	Marginal	
Embarazo Múltiple	Sí	Recuento	0	2	0	0	2
		% del total	0,0%	3,8%	0,0%	0,0%	3,8%
	No	Recuento	19	23	5	4	51
		% del total	35,8%	43,4%	9,4%	7,5%	96,2%
Total		Recuento	19	25	5	4	53
		% del total	35,8%	47,2%	9,4%	7,5%	100,0%
		$X^2=2,328$	df:3	$p=0,507$	$p>0.05$		

El Cuadro N°7, muestra el porcentaje de embarazo múltiple en las gestantes y podemos observar que el mayor porcentaje del 100% de gestantes con Placenta Previa, se encuentran en el grupo de gestantes sin embarazo múltiple (96.2%); y el menor porcentaje se encuentra en el grupo de gestantes con embarazo múltiple que representa el 3,8% del total.

El Cuadro N°. 7 muestra la relación entre el tipo de placenta previa y la variable embarazo múltiple que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, observándose que del 100% representado por 53 mujeres, se observa que el 47,2% (25) de las gestantes presentaron Placenta previa total, de las cuales el 3,8% (2) Sí tienen embarazo múltiple, mientras que 43,4% (23) No tienen embarazo múltiple. En tanto el 35,8% (19) tienen Placenta Previa Parcial, de las cuales el 35,8% No tiene embarazo múltiple. En tanto el 9,4% (5) tienen Placenta Previa de Inserción

baja, de las cuales ninguna tiene embarazo múltiple. Asimismo, el 7,5% (4) tienen Placenta Previa Marginal, de las cuales ninguna tiene embarazo múltiple.

De los resultados hallados en el presente cuadro, se concluye que la frecuencia de placenta previa se presenta en mayor porcentaje (43,4%) en pacientes con placenta previa total que No tiene embarazo múltiple.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=2,32$) con 3 grados de libertad (df) muestra que la placenta previa y el antecedente de cesárea no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

A nivel internacional Cortés H. realizó un estudio descriptivo acerca de la placenta previa en el cual considera como factor de riesgo el embarazo múltiple, además de la edad materna avanzada, multiparidad, cesárea anterior. (21)

Chen X. En su estudio acerca de Gestación Múltiple, explica que los embarazos múltiples se clasifican como de alto riesgo debido a las complicaciones que pueden afectar a la madre y los fetos. Los embarazos múltiples se asocian con trastornos hipertensivos, diabetes mellitus gestacional, anemia, nacimiento prematuro, *hemorragias preparto (placenta previa)* y posparto y muerte materna. Es importante establecer el diagnóstico en el primer trimestre, el ultrasonido permite diagnosticar el número de múltiplos, corionicidad y amniosidad. La complicación más común del embarazo múltiple es el nacimiento prematuro. (22)

CUADRO 8. 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.

PERIODO INTERGENÉSICO – TIPO DE PLACENTA PREVIA

		Tipo de Placenta Previa				Total		
		De inserción						
		Parcial	Total	Baja	Marginal			
Periodo Intergenésico	No	Recuento	2	2	3	2	9	
		% del total	3,8%	3,8%	5,7%	3,8%	17,0%	
	Corto	Recuento	8	16	0	2	26	
		% del total	15,1%	30,2%	0,0%	3,8%	49,1%	
	Adecuado	Recuento	7	6	1	0	14	
		% del total	13,2%	11,3%	1,9%	0,0%	26,4%	
	Largo	Recuento	2	1	1	0	4	
		% del total	3,8%	1,9%	1,9%	0,0%	7,5%	
	Total	Recuento	19	25	5	4	53	
		% del total	35,8%	47,2%	9,4%	7,5%	100,0%	
			$X^2=17,39$	df:9	$p=0,043$	$p<0.05$		

El Cuadro N°8, muestra la relación entre el tipo de placenta previa y el Periodo intergenésico; podemos observar que el mayor porcentaje del 100% de gestantes con Placenta Previa, se encuentran en el grupo de gestantes con periodo intergenésico corto (49,1%) y el menor porcentaje se encuentra en el grupo de gestantes con periodo intergenésico largo (7,55%) del total.

El Cuadro N°. 8 muestra el tipo de placenta previa que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, observándose que del 100% representado por 53 mujeres, se observa que el 47,2% (25) de las gestantes presentaron Placenta previa total, de las cuales el 30,2% (16) tienen PIG corto, además 11,3% (6) tienen PIG adecuado;

el 3,8% (2) no tienen PIG y el 1,9% (1) tiene PIG largo. En tanto el 35,8% (19) tienen Placenta Previa Parcial de las cuales el 15,1% (7) tienen PIG corto, además 13,2% (7) tienen PIG adecuado; el 3,8% (2) no tienen PIG y 3,8% (2) tienen PIG largo. En tanto el 9,4% (5) tienen Placenta Previa de Inserción baja, de las cuales el 0,0% (0) tienen PIG corto, además 1,9% (1) tienen PIG adecuado; el 5,7% (3) no tienen PIG y el 1,9% (1) tiene PIG largo. Asimismo, el 7,5% (4) tienen Placenta Previa Marginal, de las cuales el 3,8% (2) tienen PIG corto, y 3,8% (2) no tienen PIG.

De los resultados hallados en el presente cuadro, se concluye que la frecuencia de placenta previa se presenta en mayor porcentaje (30,2%) en pacientes con placenta previa total con PIG corto.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=17,39$) con 9 grados de libertad (*df*) muestra que la placenta previa y el periodo Intergenésico sí presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).

A nivel internacional Zavala A. En Chile 2018 hizo un estudio descriptivo acerca del periodo intergenésico, en el cual describe como complicaciones frecuentes del PIG corto a la placenta previa, y siendo más importante aún si se asocia PIG corto con cesárea anterior como riesgo de placenta previa. Al igual que en nuestro trabajo, Zavala considera que tanto el Periodo Intergenésico como el antecedente de cesárea anterior si son factores de riesgo de placenta previa. (23)

Flores V, Lima 2014 en su trabajo de investigación obtiene que 24% tienen PIG corto, 57% tiene PIG adecuado y 19 % tiene PIG largo. Llega a la conclusión de que el periodo intergenésico no guarda relación con la placenta previa. Con esto Flores, coincide con nuestros resultados. (13)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

1. En general se comprueba la hipótesis alternativa, que sí hay factores de riesgo asociados a placenta previa en la población en estudio y son: edad mayor o igual a 35 años, antecedente de cesárea, multiparidad y periodo intergenésico corto y son de carácter prevenibles o modificables.
2. la incidencia de Placenta previa es 1,6% de las atenciones obstétricas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2018.
3. El tipo de placenta previa más frecuente es la PP total con una frecuencia de 47,2%, además el 35,8% presentó placenta previa parcial, 9,4% presentó placenta de inserción baja y 7,5 % placenta previa marginal en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano durante enero a diciembre del 2018.
4. La edad materna en el rango de 35 años o más, sí es un factor de riesgo para placenta previa y sí muestra asociación estadística significativa en gestantes atendidas en el servicio de Ginecología Y obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano durante enero a diciembre del 2018.
5. El antecedente de cesárea fue encontrado en el 60,4% de las gestantes y sometido a la prueba de chi cuadrado se confirma como factor de riesgo de placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano durante enero a diciembre del 2018.
6. El 45,3% de las gestantes eran multíparas, y sometido a la prueba de chi cuadrado se concluye que la multiparidad sí es factor de riesgo de placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano durante enero a diciembre del 2018.

7. El 49,1% presentaban periodo intergenésico corto y sometido a la prueba de chi cuadrado se concluye que el PIG corto sí es factor de riesgo de placenta previa, en gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano durante enero a diciembre del 2018.

RECOMENDACIONES

1. En base al presente estudio se debería empezar a concientizar y educar a las pacientes gestantes acerca de la placenta previa, debido que sus factores de riesgo son prevenibles.
2. Dar más importancia en la realización de los respectivos controles prenatales para detectar los factores de riesgo asociados a placenta previa y estar alertas ante una posible aparición.
3. Capacitar al personal de salud para el reconocimiento precoz de todos los factores de riesgo para placenta previa y actuar oportunamente.
4. Elaborar estrategias de intervención comunitaria para el diagnóstico oportuno y vigilancia cercana a pacientes en riesgo o con diagnóstico de placenta previa tanto en el Hospital Carlos Monge Medrano, como en los centros de atención primaria.
5. Realizar más investigaciones donde se tomen en cuenta otras variables de estudio, para identificar otros factores de riesgo no considerados en la presente investigación.
6. Ampliar estrategias para capacitaciones de las gestantes y la población, y así concientizar, hacer entender los riesgos que podría presentar la placenta previa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina J, Hernández A. Placenta previa acreta: un problema singular. Comunicación de dos casos y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 74:599-604
2. Oscanoa A. Placenta previa en Instituto Especializado Materno Perinatal. *Rev Per Ginecol obstet*. Lima 2005; (5):219-224.
3. Baqai S, Nusrat N. A comparison of morbidity associated with placenta previa with and without previous caesarean sections. *Pak Armed Forces Med J*. 2018; 68 (1): 50-53
4. Naheed R, Taskin R, Anjum A. Risk Factors Associated with major placenta previa. *J. Med. Sci. (Peshawar, Print)* April 2014, Vol. 22, No. 2: 63-65.
5. Hernández C. Placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderon de Enero a Diciembre del 2014. [tesis pregrado]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua 2015.
6. Segovia M. Alteraciones placentarias en mujeres embarazadas con cesáreas previas. *Rev. Nac. (Itauguá)* vol.5 no.1 Itauguá June 2013.
7. Majeed T, Waheed F, Mahmood Z, Saba K, Mahmood H, Bukhari MH. Frequency of placenta previa in previously scarred and non scarred uterus. *Pak J Med Sci* 2015;31(2):360-363.
8. Naveed P. Risk factors associated with placenta previa in patients presenting to a tertiary care teaching hospital in Peshawar. *Journal of Medical Sciences (Peshawar)*. January 2012; 20(3):146-148.

9. Guisado C. Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero – Setiembre 2015 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. [Tesis Pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana 2018.
10. Martinez Marylin. Revisión de Placenta previa. [tesis postgrado]. Universidad privada de Ica 2015.
11. Morán J. Edad Materna avanzada como factor de riesgo para placenta previa en gestantes atendidas en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012 – 2016. [Tesis Pregrado]. Lima 2018. Universidad San Juan Bautista. Facultad de Medicina Humana 2018.
12. ACHO-MEGO, Segundo Cecilio; Salvador Pichilingue, Jorge; Diaz-Herrera, Jorge Antonio Y Paredes-Salas, José Raúl. Hemorragia De La Segunda Mitad Del Embarazo En Un Hospital Nacional De Lima. Rev. Peru. Ginecol. Obstet. [Online].2011, Vol.57, N.4, Pp. 243-247. ISSN 2304-5132.
13. Flores V. Factores predictores para el desarrollo de Placenta Previa en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Año 2008 – 2012. [Tesis Pregrado]. Lima 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana.
14. Fernández O, Placenta previa y Acretismo placentario en un Hospital nivel III- Lima – 2017. [Tesis Posgrado]. Moquegua 2017. Universidad José Carlos Mariátegui.
15. Álvarez I. Factores asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca durante junio a Setiembre 2015. [tesis pregrado]. Juliaca 2015. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

16. Luque A. Indicaciones y tasas de Cesáreas en el Hospital EsSalud III Puno en el año 2016. [Tesis Pregrado]. Puno 2018. Universidad Nacional del Altiplano.
17. Lazo Y. Factores que influyen en la Placenta Previa en gestantes diagnosticadas mediante ecografía que acuden Hospital Apoyo Ilave – Puno Enero Abril 2015.
18. Ávila D, Alfaro T. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR 2016.
19. Domínguez B, Puente MJ. Placenta Previa: Concepto y Clasificación. En: Bajo Arenas, Melchor Marcos, Mercé LT, editores. Fundamentos de Obstetricia. Madrid: Gráficos Marte; 2007.p.457-62.
20. Cunningham, Leveno, Bloom. Williams Obstetricia. 25 ed. New York: Mc Graw Hill; 2016.
21. Cortés Y. Hemorragia Anteparto – Placenta Previa. En: González M, Gómez J, editores. Aspectos Claves de Obstetricia. Medellín, Colombia: Fondo Editorial; 2013.p.157-72.
22. Chen X. Gestación Múltiple. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 28 de julio de 2019];3(5):14-9.
23. Zavala A. Periodo Intergenésico. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.83 no.1 Santiago feb. 2018; 2(4): 10-3

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PLACENTA PREVIA EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA DURANTE EL 2018

DATOS:

FICHA N° :

HC:

Edad Gestacional:

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS:

a) Edad:

a) < 20 años ()

b) 20-34 años ()

c) > o =35 años ()

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Cesárea Anterior:

a) No

b) Sí

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

a) Abortos:

1) Ninguna vez

2) Una o más veces

b) Número de Paridad:

Nulípara ()

Primípara ()

Múltipara ()

FACTOR FETAL

Embarazo Múltiple SI () NO ()

TIPO DE PLACENTA PREVIA

1) Parcial

2) Total

3) De inserción baja

4) Marginal

PERIODO INTERGENÉSICO

a) NO

b) CORTO

c) ADECUADO

d) LARGO