UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo de mayo a noviembre del 2019

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Alexander Hiver Paulino Córdova

ASESORES:

Dr. Manuel Isaac Pérez Kuga
Dra. Alicia Bartra Reátegui

Tarapoto - Perú

2021

Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO - PERU

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.
Vea una copia de esta licencia en http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

Obra publicada con autorización del autor

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo de mayo a noviembre del 2019

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Alexander Hiver Paulino Córdova

ASESORES:

Dr. Manuel Isaac Pérez Kuga
Dra. Alicia Bartra Reátegui

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN -TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo de mayo a noviembre del 2019

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Alexander Hiver Paulino Córdova

ASESORES:

Dr. Manuel Isaac Pérez Kuga

Dra. Alicia Bartra Reátegui

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN -TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo de mayo a noviembre del 2019

AUTOR:

Alexander Hiver Paulino Córdova

Sustentada y aprobada el día 03 de agosto del 2021, ante el honorable jurado:

……

Dr. Jorge Humberto Rodríguez Gómez

Presidente

……

Méd. Mg. Augusto Ricardo Llontop Reátegui

Secretario

……

Méd. Fredy Huamán Hidalgo

Miembro

Constancia de asesoramiento

Los que suscriben el presente documento, Dr. Manuel Isaac Pérez Kuga y Dra. Alicia Bartra Reátegui;

HACEN CONSTAR:

Que, he revisado y corregido la Tesis titulada: **Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo de mayo a noviembre del 2019.**

Elaborado por:

Bach. Medicina Humana: Alexander Hiver Paulino Córdova

La misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 03 de agosto del 2021.

……

Dr. Manuel Isaac Pérez Kuga

Asesor

……

Dra. Alicia Bartra Reátegui

Asesora

Declaración de autenticidad

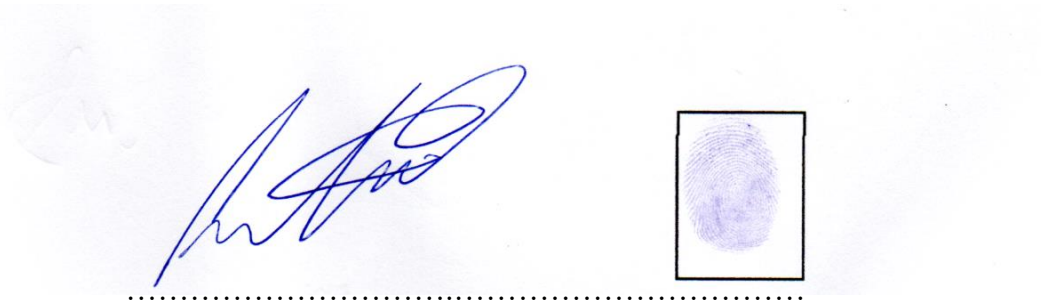
Alexander Hiver Paulino Córdova, con DNI N° 73944144; bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana, Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, autor de la tesis titulada: **Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo de mayo a noviembre del 2019.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias y sanciones que deriven de nuestro accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 03 de agosto del 2021.



……

Bach. Méd. Alexander Hiver Paulino Córdova

DNI N° 73944144

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres: Paulino Córdova, Alexander Hivar	
Código de alumno : 114317	**Teléfono:** 921288469
Correo electrónico : palexanderhivar@gmail.com	**DNI:** 73944144

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de: Medicina Humana	
Escuela Profesional de: Medicina Humana	

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

4. Datos del Trabajo de investigación

Titulo : Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginaco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo de mayo a noviembre del 2019	
Año de publicación: 2021	

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons,* con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI **"Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus *repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales* serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA"**.

.....

Firma y huella del Autor

---

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

03 / 09 / 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – T.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto – UNSM-T.

.....

Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto**: uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

En primer lugar, agradecer a Dios por brindarme un día más de vida, llenarme de sabiduría y fortaleza; y a mis padres Hiver Paulino Cuba y Linda Flora Córdova Chucos quienes son el motor y motivo en mi vida, sin ellos no podría llegar a donde estoy, y por apoyarme tanto anímica como económicamente. Así como a mis hermanos Jonathan Brian Paulino Córdova, que es más que mi apoyo siempre en cada decisión tomada, y Emely Rosario Paulino Córdova por su apoyo incondicional. Sé que este logro los llena de orgullo, felicidad y satisfacción.

Alexander

Agradecimiento

Agradezco a Dios la sabiduría que me dio para realizar y terminar este trabajo que me llevó tiempo y esfuerzo, pero que se logró con paciencia y dedicación. Agradezco a mis asesores de tesis Dr. Manuel Isaac Pérez Kuga y Dra. Alicia Bartra Reátegui, por ser mis guías para la elaboración total de la investigación. Agradezco a mi familia quienes con su cariño y apoyo incondicional me han animado y consolado aún en los momentos difíciles y de constantes cambios para seguir siempre adelante, sin miedo a nada. También quiero agradecer a los docentes que me acompañaron en mi proceso educativo a lo largo del desarrollo de mi formación quienes me aportaron enseñanzas valiosas para el conocimiento. Soy inmensamente feliz por el gran logro cumplido, otro más para marcar en mi lista, crece en mí una gran motivación para continuar prosperando cada día profesionalmente en lo que me apasiona y personalmente en lo que me emociona.

Alexander

Índice de contenido

Dedicatoria vi
Agradecimiento vii
Índice de contenido viii
Índice de tablas x
Resumen xi
Abstract xii

I. INTRODUCCIÓN 1
1.1. Características y delimitaciones del problema 1
1.2. Antecedentes de la investigación 3
1.3. Bases teóricas 6
1.4. Definición de términos 11
1.5. Justificación y/o importancia 12
1.6. Formulación del problema 13
II. OBJETIVOS 14
2.1. Objetivo general 14
2.2. Objetivos específicos 14
2.3. Hipótesis de la investigación 14
2.4. Sistema de variables 15
2.5. Operacionalización de variables 15
III. MATERIAL Y MÉTODOS 17
3.1. Tipo y nivel de investigación 17
3.2. Diseño de investigación 17
3.3. Población y muestra 17
3.4. Aspectos éticos 19
3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos 19
3.6. Plan de tabulación y análisis de datos 19
IV. RESULTADOS 21
V. DISCUSIÓN 29

VI. CONCLUSIONES 33

VII. RECOMENDACIONES 34

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 35

IX. ANEXOS 37

Índice de tablas

Tabla	Título	Pág.
1	Frecuencia del tipo de placenta previa en gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II - 2 Tarapoto.	21
2	Edad materna de la gestante asociado al tipo de placenta previa.	22
3	Antecedente de cesárea de la gestante asociado al tipo de placenta previa.	23
4	Antecedente de aborto de la gestante asociado al tipo de placenta previa.	24
5	Antecedente de embarazo múltiple de la gestante asociado al tipo de placenta previa.	25
6	Antecedente de paridad de la gestante asociado al tipo de placenta previa.	26
7	Periodo intergenésico (PIG) de la gestante asociado al tipo de placenta previa	27
8	Factores asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto	28

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto en el periodo de mayo a noviembre del 2019. El estudio fue descriptivo observacional, retrospectivo, y transversal, bajo el enfoque de un diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 66 pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto con diagnóstico de placenta previa correspondiente al periodo de mayo a noviembre del 2019. Los principales resultados obtenidos fueron: El 56% de las pacientes presentaron placenta previa de inserción marginal, el 29% inserción total, el 9% inserción parcial y el 6% inserción baja. De los 66 pacientes que fueron diagnosticados placenta previa, 40 tenían entre 20 a 34 años, 18 tenían más de 35 años y 8 fueron menores a 20 años. De los 66 pacientes que fueron diagnosticados placenta previa, 58 no tuvieron cesárea y 8 si tuvieron. De los 66 pacientes que fueron diagnosticados placenta previa, 48 nunca abortaron y 18 abortaron más de una vez. De los 66 pacientes que fueron diagnosticados placenta previa, 63 no tuvieron antecedentes de embarazos múltiples y 3 si lo tuvieron. De los 66 pacientes que fueron diagnosticados placenta previa, 37 fueron multípara, 21 fueron nulípara y 8 fueron primípara. De los 66 pacientes que fueron diagnosticados placenta previa, 29 no presentaron el periodo intergenésico, 26 presentaron un periodo adecuado de 18 a 59 meses, 7 presentaron un periodo largo mayor a 59 meses y 4 presentaron un periodo corto menor a 18 meses. Se concluye que los factores asociados a placenta previa en las pacientes gestantes fueron la edad, número de paridad y el periodo intergenésico, todos por tener un valor Sig.<0.05; con excepción de cesárea anterior, aborto y embarazo múltiple por su baja frecuencia en esta investigación.

Palabras clave: Placenta previa, factores asociados, pacientes gestantes.

Abstract

The aim of this research was to determine the factors associated with placenta previa in pregnant women hospitalized at the Gynecology and Obstetrics Department of the Hospital MINSA II-2 Tarapoto from May to November 2019. The study was descriptive, observational, retrospective, and cross-sectional, under a non-experimental design approach. The sample was made up of 66 pregnant patients hospitalized at the Gynecology and Obstetrics service of the Hospital MINSA II-2 Tarapoto with a diagnosis of placenta previa corresponding to the period from May to November 2019. The main results obtained were: 56% of the patients had marginally inserted placenta previa, 29% total insertion, 9% partial insertion and 6% low insertion. Out of the 66 patients who were diagnosed with placenta previa, 40 were between 20 to 34 years old, 18 were older than 35 years old and 8 were younger than 20 years old. Of the 66 patients who were diagnosed with placenta previa, 58 did not have a cesarean section and 8 did. Of the 66 patients who were diagnosed with placenta previa, 48 never miscarried and 18 miscarried more than once. Of the 66 patients who were diagnosed with placenta previa, 63 had no history of multiple pregnancies and 3 did. Of the 66 patients who were diagnosed with placenta previa, 37 were multiparous, 21 were nulliparous and 8 were primiparous. Of the 66 patients who were diagnosed with placenta previa, 29 had no intergestational period, 26 had an adequate period of 18 to 59 months, 7 had a long period greater than 59 months, and 4 had a short period of less than 18 months. It is concluded that the factors associated with placenta previa in pregnant patients were age, number of parity and the inter-gestational period, all with a Sig.<0.05 value; with the exception of previous cesarean section, abortion and multiple pregnancy due to their low frequency in this research.

Key words: Placenta previa, Associated factors, Pregnant patients.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
COORDINACIÓN
CENTRO DE IDIOMAS

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Características y delimitaciones del problema

La hemorragia ante parto es una grave complicación obstétrica que potencialmente amenaza la vida de la madre y el niño. Constituye una causa de muerte materna (3.5% de todos los embarazos) importante como la hipertensión gravídica y la sepsis materna. Las principales causas de hemorragia en el segundo y tercer trimestre del embarazo son la abrupción de la placenta, placenta previa, la vasa previa y la ruptura uterina. (1)

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 asociados a placenta previa ya que es un eje sumamente importante en la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. La placenta previa es una complicación obstétrica que ocurre en el segundo y tercer trimestre de gestación. Su incidencia reportada es de 0.12 - 0.5% del total de embarazos, aunque el diagnóstico es relativamente poco común es considerado como una de las primeras causas de hemorragia en las últimas etapas de la gestación, siendo reconocida como una importante causa en la morbimortalidad materno perinatal. (2)

Es la causa del 20% de las hemorragias del tercer trimestre y representa un problema clínico importante, porque la paciente puede llegar a necesitar hospitalización, transfusiones de sangre, histerectomías obstétricas, además del riesgo de acretismo placentario, parto prematuro, mayor admisión a unidad de cuidados intensivos neonatales, óbitos, con una morbimortalidad perinatal no despreciable. (3)

Las características epidemiológicas que presentan las pacientes son tales como: en el límite superior de la edad fértil y etnia mestiza, multíparas, con educación de primaria incompleta que las lleva a tener controles prenatales menos de los indicados e incluso en ocasiones ningún control del embarazo, lo que hace difícil un diagnóstico precoz, para así prevenir las complicaciones que de esta patología derivan. Se acompañan frecuentemente el diagnóstico de placenta previa con las cirugías uterinas previas: cesáreas, legrados uterinos, miomectomías, edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones

múltiples. La clínica común y única es el sangrado transvaginal, en ausencia de dolor pélvico, pero cuando el sangrado es importante, se acompaña de taquicardia, hipotensión que lleva las pacientes a anemias severas, complicando así el bienestar materno y neonatal. Ambas situaciones generan un alto nivel de estrés físico, emocional y económico para las familias, porque la paciente hospitalizada se aleja de su núcleo familiar la mayoría de las veces por largas temporadas hasta que se realiza la interrupción del embarazo, y también debido al bajo nivel resolutivo de las instituciones de salud del país tiene que contribuir económicamente al proceso de atención mediante la compra de medicamentos e insumos, esto representa un problema para las instituciones de salud, generando gastos económicos, al causar múltiples y prolongadas hospitalizaciones maternas y neonatales. Además, se necesitan de constantes evaluaciones de bienestar fetal y materno, ya que el sangrado en su defecto causa anemias secundarias en la madre y el feto, se deben realizar ultrasonido y monitoreo de control para evaluar placentación, crecimiento y bienestar fetal. (3)

Según la Organización Mundial de la Salud (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. En el Perú, la Hemorragia anteparto junto con la hemorragia postparto, representa la primera causa de muerte materna a nivel nacional; y la incidencia de placenta previa llega a 0,5% -1.0 %. (4)

En la región de San Martin, la principal causa de muerte materna es la hemorragia y al conocer los factores asociados a placenta previa en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto se irá contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de estos factores ayudando en la atención y manejo de la gestante con placenta previa; y así también colaborar con el diseño de estrategias para reducción de la morbimortalidad materna y neonatal.

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 esta 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 asociados que la gestante pueda presentar y así intervenir adecuadamente.

1.2. Antecedentes de la investigación

El estudio se fundamentó bajo antecedentes teóricos, entre los cuales podemos citar las siguientes investigaciones:

Antecedentes internacionales.

Senkoro E, et al, en su investigación que tuvo la finalidad de determinar la frecuencia de los factores asociados y los resultados adversos de la placenta previa en el norte de Tanzania; determinaron que la frecuencia de placenta previa fue 0,6% y encontraron que la proporción de madres mayores o igual a 35 años y con placenta previa fue de 20,7% y sin placenta previa fue 14,2%. Entre los factores asociados se halló el ser gran multípara con una frecuencia de 30% y un OR= 9,91 IC95% de 6,04–16,27, mientras que el tener edad mayor a 35 años el OR fue de 1,66 1,04–2,63. Al realizar la regresión logística se halló que solo la gran multiparidad constituyó un factor asociado con un OR= 3,46 con IC95% de 1,01 – 11,86. (6)

Martinelli K, et al, quienes investigaron la existencia y magnitud de la asociación entre la edad avanzada de la madre y la placenta previa (PP) entre las mujeres nulíparas y las multíparas, mediante revisión sistemática y meta-análisis de 23 estudios entre el 2005 y el 2015, en las bases de datos: PubMed, Scopus, Web of Science y LILACS, en Brasil. Se agruparon en dos categorías: hasta 34 años de edad y 35 años o más. Un incremento en la edad, aumentó la fuerza de asociación y la PP (OR= 3,16, IC del 95%: 2,79-3,57) así mismo fue asociado más fuertemente a edad materna avanzada (OR = 1,44, IC del 95%: 1,35 1,54). (7)

Baqai S, hizo un estudio comparativo retrospectivo que tuvo como objetivo comparar la morbilidad asociada a placenta con y sin cesárea previa durante el periodo de marzo de 2014 a marzo de 2016 en el departamento de obstetricia y ginecología en el hospital de PNS Shifa Karachi en Pakistán; en dicho estudio concluyeron que 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 asociado para diversas complicaciones maternas. (8)

Hernández C, 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; el universo quedó constituido por todas las pacientes que acudieron con placenta previa al Hospital Bertha Calderón el cual se constituyó de 104 pacientes, de las cuales 39 conformaron la muestra, que estaba asociada a cesárea anterior; y tuvo como resultados que las pacientes con placenta previa asociada a cesárea anteriores, el predominio se da en mujeres entre las edades de 21 a 35 años. De las 104 paciente con placenta previas 39 pacientes de estas estaban asociadas a cesáreas anteriores, la variedad de placenta previa que predomino fue la placenta previa parcial, (12)

Antecedentes nacionales.

Arizapana C, en su investigación "Los factores asociados a placenta previa en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca", en la cual tuvo como objetivo determinar los factores asociados a placenta previa; teniendo como resultados que 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 estas 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. Se observó que, de las 53 pacientes: el 50,9% eran gestantes mayores de 34 años; el 60,4% tuvieron 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 asociados, estadísticamente significativos para placenta previa fueron edad de las gestantes, antecedente de cesárea, multiparidad, y periodo intergenésico corto. Se obtuvo como conclusiones que en general se comprueba que sí hay factores 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 asociado para placenta previa. (2)

Licera Z, en su investigación titulada "Edad materna mayor a 35 años y gran multiparidad como factores asociados de placenta previa en el Hospital Guzmán Barrón, en Chimbote":

se evaluó si la edad materna mayor de 35 años y la gran multiparidad, eran factores asociados de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón durante 2013-2017; aplicaron un estudio de caso control que incluyeron 102 casos y 306 controles, y determinaron que, el 25.5% de mujeres con placenta previa tenían la edad materna mayor a 35, constituyéndose esta como un factor asociado de placenta previa OR=2,91 IC95% (1,48-5,71) p=0,00; el 26.5% de mujeres con placenta previa fueron gran multíparas, constituyéndose también en un factor asociado de placenta previa OR=2,46 IC95% (1,25-4,85) p=0,01. Se concluyó que la edad materna mayor de 35 años y la gran multiparidad son factores asociados que predisponen al desarrollo de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote. (9)

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); se presentaron 18 casos de placenta previa comprobados por ecografía. Resultados: incidencia acumulada 0.65%, el grupo etario más afectado es el de 30-45 años 71% de casos, 55% 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. (18)

Antecedentes locales.

Tito N, En su investigación, “Factores asociados a la placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016”; para lo cual utilizaron el tipo de investigación observacional, transversal, analítico, retrospectivo con una muestra de 38 gestantes con diagnóstico de placenta previa; teniendo como resultados que del 100% de pacientes que tuvieron placenta previa el 57.9% tienen de 35 a más años, el 63.2% tienen de 3 a más partos, el 57.9% de las gestantes tuvieron legrado uterino y el 50.0% tuvieron cesáreas anteriores. Se concluye que la edad mayor de 35 años es un factor asociado; también se observa que la paridad mayor o igual a 2 es un factor asociado esto significaría que a más embarazos mayor probabilidad de presentar esta patología. Según los estudios en esta investigación el antecedente de haber tenido legrados uterinos y cesáreas anteriores es un factor asociado importante para presentar placenta previa. (10)

1.3. Bases teóricas

Placenta Previa

Usamos el término placenta previa (PP) cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad al orificio del cuello uterino interno. La placenta también puede estar parcial o totalmente insertada en el segmento uterino inferior.

La prevalencia es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas; el riesgo aumenta en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas; también hay un mayor riesgo en otros casos de cirugía uterina como miomectomía o en antecedentes de legrado o extracción manual de placenta. Otros factores asociados son la edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida. (2)

La placenta previa supone el 20% de las hemorragias del tercer trimestre. Se considera una causa frecuente de transfusión materna y de histerectomía obstétrica, con una morbimortalidad perinatal no despreciable. (8)

Clasificación.

Se clasifica de la siguiente forma:

1. **Placenta previa completa:** Este tipo ocluye completamente el orificio interno del cuello uterino.
2. **Placenta previa parcial:** Ocluye parcialmente el orificio interno del cuello uterino. Esto solo ocurre cuando el orificio interno del cuello uterino esta dilatado en algún grado.
3. **Placenta previa marginal:** la placenta es adyacente al margen del orificio central interno, pero sin sobrepasarlo.
4. **Placenta de inserción baja:** borde placentario a menos de 2 cm del orificio central interno. (11)

Clasificación ultrasonografía transvaginal.

Se clasifica según la inserción placentaria para el 2do y 3er trimestre en relación a la distancia del orificio cervical interno al borde placentario y a la sobre posición de esta sobre el orificio:

- Placenta normo inserta: DOP >5cm

- Placenta de inserción baja: DOP >2-5cm
- Placenta de previa marginal: DOP >0-2cm
- Placenta previa oclusiva: DOP 0cm
- Placenta previa oclusiva sobrepuesta: OL >0cm
- Placenta previa oclusiva total: OL>2cm. (12)

Clasificación Según Grados.

a) **Tipo I.** Placenta baja. El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, no llegando hasta el orificio cervical interno.

b) **Tipo II.** Placenta marginal. La placenta llega justamente al borde del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.

c) **Tipo III.** Placenta oclusiva parcial. El orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.

d) **Tipo IV.** Placenta oclusiva total. El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta.

Se considera los grados tipo III y IV como grados mayores. (13)

Factores asociados.

Embarazo múltiple

El embarazo múltiple está definido como el desarrollo simultáneo de dos o más fetos en el útero. Según las investigaciones se conoce que es un factor asociado muy frecuente en la placenta previa. Existe evidencia que confirma que en las pacientes con embarazo múltiple hay un cambio de tamaño y contorno de la cavidad uterina, y el lecho placentario de cada gestación sufre cambios hacia la fibrosis asociado a alteraciones vasculares que conducen a una disminución del flujo sanguíneo siendo esta explicación válida para abortos sobre todo si son repetidos. (7)

Edad materna

Siendo definido como el tiempo cronológico que ha vivido la mujer desde su nacimiento y que se expresa en años. Es un factor asociado para placenta previa, siendo sobre todo la relación más alta en mujeres gestantes mayores a 35 años aparte de presentar mayor riesgo

materno perinatal, a mayor edad materna mayor riesgo de placenta previa. En los resultados de las investigaciones que se han realizado se ha reportado que la incidencia de placenta previa aumentó de manera significativa con cada grupo de edad más grande. Siendo de 1 por cada 1,500 para mujeres de 19 años de edad o menos, y de 1 en cada 100 para mujeres de más de 35 años. (14)

Periodo intergenésico

Es el periodo de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos. Según la OMS es considerado como aquel periodo que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo. El periodo intergenésico corto (PIC) 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 estas complicaciones se encuentra la placenta previa. (15)

Antecedente de AMEU, legrado por aborto

El aborto es la interrupción del embarazo con un feto que nace con un peso <500 g o antes de la semana 22. Clínicamente se manifiesta con sangrado en el primer trimestre, el manejo de aborto se hace mediante AMEU o legrado uterino conllevando esto a factores potencialmente prevenibles que pueden desarrollar placenta previa ya que con estos procedimientos hay un daño a nivel de fondo uterino condicionando a una cicatriz uterina. Existen estudios que confirman que el antecedente de un aborto influye en la aparición de placenta previa. Asimismo, a mayor número de abortos, mayor será la probabilidad de placenta previa. (12)

Antecedente de cesárea.

Es un factor asociado muy importante a ser tomado en cuenta durante el control prenatal, debido a que a partir de una o más cesáreas anteriores se asocian a mayor tasa de placenta previa y se agrava a mayor número de estas. Actualmente, diferentes experiencias publicadas demuestran que las indicaciones están cambiando, ya que la placenta adherente y su asociación a la placenta previa con cicatriz uterina de cesárea es la causa mayor de histerectomía obstétrica. Por lo tanto, se necesitan nuevos enfoques y conductas terapéuticas. El 78,8% de las histerectomías obstétricas tienen antecedentes de cesáreas

previas y la indicación principal fue la placenta adherente con historia de cesárea. Cualquier operación manual o instrumentada realizada a nivel uterino. Como cesáreas, legrados uterinos, aspiración manual endouterina, miomectomías, extracción manual de placentas, etc. 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. (12)

Paridad.

Existe elevado el factor asociado para placenta previa en multíparas que en las primíparas. Se denomina primípara al primer parto por vía vaginal o cesárea; si ya tuvo otros partos se denomina multíparas. Se ha de precisar el número de partos vaginales y/o cesáreas, durante los controles prenatales como antecedentes de riesgo. En diversas investigaciones se ha observado que la paridad guarda estrecha relación con la incidencia de placenta previa, de tal modo que es más frecuente en mujeres que han tenido más de un hijo (multíparas) que en aquellas que aún no tuvieron ninguno (nulíparas). (16)

Cuadro clínico.

El cuadro clínico característico es el sangrado transvaginal activo indoloro en la segunda mitad del embarazo siendo la principal causa de sangrado en este periodo, se asocia frecuentemente a una situación fetal transversal u oblicua, algunas mujeres refieren sangrado poscoital, clásicamente se presenta en ausencia de contracciones, sin embargo, la presencia de estas no excluye el diagnóstico. (13)

Debe sospecharse de placenta previa en toda mujer con hemorragia uterina durante la segunda mitad del embarazo y esta no debe descartarse sino hasta una valoración ecográfica apropiada, rara vez se establece con certeza mediante el examen clínico a menos que se introduzca un dedo por el cuello uterino y se palpe la placenta, sin embargo, dicho examen clínico queda proscrito ante el diagnóstico o sospecha de esta patología ya que puede causar hemorragia torrencial. (3)

La manifestación clínica más frecuente de la PP es la metrorragia aislada de sangre roja brillante abundante de origen materno. En el 10-30% de los casos se asocia a dinámica uterina clínica.

El 30% de las pacientes presentaran sangrado antes de las 30 semanas, el 30% entre las 30 y las 36 semanas y el 30% después de las 36. El 10% permanecerán asintomáticas. (8)

Diagnóstico

Clínica:

El síntoma fundamental es la hemorragia vaginal 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”. (17)

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 especuloscopía 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. (17)

Ecografía:

Debe determinarse la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2° y 3° trimestre. La evaluación de una PP en la ecografía transvaginal incluye:

- Visualizar correctamente todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral (corte transversal) rechazando, si es necesario, la presentación fetal.
- Aplicar doppler color para descartar hematoma marginal o vasa previa.
- Localizar la inserción del cordón.
- En caso de vejiga parcialmente llena: confirmar el diagnóstico de PP tras la micción.
- Valorar signos de acretismo especialmente en PP con antecedentes de cesárea previa. (18)

1.4. Definición de términos

- **Placenta previa.**

Es la placenta que se inserta parcialmente o en su totalidad al orificio del cuello uterino interno.

Tipos

1. PP completa: cubre completamente el orificio cervical interno (OCI).
2. PP parcial: ocluye parcialmente el OCI.
3. PP marginal: adyacente al margen del OCI, pero sin sobrepasarlo.
4. Placenta de inserción baja: borde placentario a menos de 2 cm del OCI.

- **Factores asociados.**

Estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud como la edad materna, cesárea anterior, aborto, paridad, embarazo múltiple, periodo intergenésico.

1.5. Justificación y/o importancia

La placenta previa es una condición en la cual se encuentra implantada en el segmento uterino bajo cubriendo el mismo, ya sea de manera total o parcial, la placenta previa supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre y lleva una elevada morbimortalidad materno-fetal.

A nivel mundial su incidencia es algo difícil de determinar, aunque las estadísticas apuntan hacia un aumento probablemente como resultado de los abortos en embarazos tempranos, los partos por cesárea, la edad materna y la tecnología de reproducción asistida. Se estima que la ocurrencia de placenta previa es de 1 por cada 200 embarazos con variaciones en todo el mundo. Se ha reportado que la placenta previa se presenta con mayor frecuencia en pacientes con antecedentes de cesárea anterior, multiparidad y legrados uterinos. Por las complicaciones obstétricas y neonatales que se presentan como episodios de hemorragias que conllevan a las atenciones de emergencia y hospitalización, la necesidad de transfusiones sanguíneas, los partos prematuros, la atención en cuidados intensivos del recién nacido, las histerectomías, la muerte neonatal, la muerte materna, de la condición de morbimortalidad de la madre y producto, hacia el impacto económico que estas circunstancias derivan, conociéndose los factores asociados actualizados podemos prevenir las complicaciones enunciadas.

Debido al aumento en la incidencia de placenta previa (se estima actualmente en 1/200 gestaciones) (5), en los últimos años se dio más importancia el conocer los factores asociados a dicha problemática; entre ellas implica la edad materna, antecedente de cesárea, abortos, embarazo múltiple, paridad, periodo intergenésico; ya que es un eje sumamente importante en la mortalidad y morbilidad neonatal que a largo plazo traen secuelas.

El presente estudio contribuye en lo teórico compartiendo información relevante sobre los factores asociados a placenta previa de gestantes que han sido hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital del MINSA II – 2 de Tarapoto durante el periodo de mayo a noviembre del 2019. Esta información que se comparte tiene un alto valor significativo social porque describe objetivamente la realidad de este problema en las mujeres gestantes de este sector, información con la que autoridades correspondientes pueden utilizarlos para que intervengan mediante acciones preventivas, además, de que sirva para que otros estudios referencien los resultados sirviéndoles para desarrollar sus discusiones.

Entonces, siendo muy importante conocer cuáles son los factores asociados a placenta previa, en la presente investigación estudiaremos estos factores que se presentan con mayor frecuencia, al no existir mayor investigación sobre este tema, es que se desconoce la magnitud del problema y por ende no se toman medidas preventivas. Por todo ello es necesario un estudio descriptivo de los factores asociados en gestantes con diagnóstico de placenta previa, estos 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.

1.6. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto en el periodo de mayo a noviembre del 2019?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto en el periodo de mayo a noviembre del 2019.

2.2. Objetivos específicos

.

1. Describir la frecuencia del tipo de placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto en el periodo de mayo a noviembre del 2019.
2. Identificar la edad materna como factor asociado a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.
3. Identificar la cesárea como antecedente y su frecuencia como factor asociado a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.
4. Identificar el aborto como antecedente y su frecuencia como factor asociado de placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.
5. Identificar el embarazo múltiple como antecedente y su frecuencia como factor asociado de placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.
6. Identificar la paridad como antecedente y su frecuencia como factor asociado de placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.
7. Identificar el periodo intergenésico como antecedente y su frecuencia como factor asociado de placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

2.3. Hipótesis de la investigación

Al ser una investigación de alcance descriptivo, sin que se niegue o afirme que uno o varios factores estén relacionados con el pronóstico de un hecho teórico y/o dato la hace implícita.

2.4. Sistema de variables

Identificación de variables

- **Placenta previa:** Es la placenta que se inserta parcialmente o en su totalidad al orificio del cuello uterino interno.

- **Factores de asociados:** Estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud como:

- Edad materna: es la edad de la madre que está comprendida en < 19 años; de 20 - 34 y > o = 35 años.
- Cesareada anterior: antecedente de una a más cesáreas.
- Aborto: antecedente de uno o más abortos.
- Embarazo múltiple: antecedente de dos o más gestaciones múltiples.
- Paridad: antecedentes del número de partos. A mayor partos mayor posibilidad de placenta previa.
- Periodo intergenésico: se tomará como parámetro la fecha en que terminó el embarazo previo y la fecha de la última menstruación que figuren en el carnet perinatal, considerando un PIG Corto <18 meses; Adecuado 18 – 59 meses y Largo >59 meses.

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición	Fuente
Placenta previa	Es aquella placenta que recubre o sitúa cercana al orificio cervical interno	Placenta previa confirmada por ecografía, Si >5cm No <5cm.	Si No	Cuantitativa nominal	Historia clínica
Edad materna	Tiempo cronológico que ha vivido una persona (en años) contando desde su nacimiento.	Dato obtenido en la historia clínica de la paciente: < 19 años; 20 – 34 años; > o = 35.	< 19 años 20 - 34 años > o = 35 años	Cuantitativa nominal	
Cesárea anterior	Intervención quirúrgica que se realiza con la intención de extraer	Antecedente de parto por vía alta.	Si No		

	el feto por vía abdominal al final del embarazo				
Aborto	Es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria hecha antes de las 22 semanas de gestación	Antecedente de una interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria,	Si No		
Embarazo múltiple	Gravidez con 2 o más productos.	Antecedente de embarazo con 2 o más productos.	Si No		
Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.	Número de partos.	Nulípara: 0. Primípara: Solo tuvo 1 parto. Multíparas: Mujer que ha presentado 2 o más partos.		
Periodo intergenésico	Período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos.	Se tomará como parámetro la fecha en que terminó el embarazo previo y la fecha de la última menstruación que figuren en el carnet perinatal	Ninguno Corto (<18 meses) Adecuado (18 – 59 meses) Largo (>59 meses)		

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo y nivel de investigación

Tipo de investigación.

El tipo de investigación es observacional, porque tiene como finalidad la obtención y recopilación de información para ir construyendo una base de conocimientos, que se va agregando a la información previa existente.

Nivel de investigación.

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo; porque determina la situación y describe el comportamiento de las características clínicas y epidemiológicas de la patología seleccionada.

3.2. Diseño de investigación

El presente estudio es una investigación de campo, pues se recolectará datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna. Asimismo, el diseño de estudio es no experimental, tipo observacional, analítico, retrospectivo, y transversal.

Gráficamente, se representa así:

M _____ O

Fuente: elaborado por el autor.

Dónde:

M : 66 pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto con diagnóstico de placenta previa

O : Observación de la muestra

3.3. Población y muestra

Población

Pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto con diagnóstico de placenta previa en el periodo de mayo a noviembre del 2019, siendo la población de estudio 654.

Muestra

Está conformada por pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto con diagnóstico de placenta previa que cumplan con los criterios de inclusión.

Tamaño de muestra:

El tamaño de muestra es de 66 pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto con diagnóstico de placenta previa, según la fórmula utilizada.

$$n = \frac{NZ^2p.q}{E^2N + Z^2p.q}$$

Dónde:

n: tamaño muestra

N: tamaño de la población=654

p: probabilidad de éxito (5%) =0.05

q: probabilidad de fracaso=1-p=1-0.05=0.95

Z: nivel de confianza (95%) = 1.96

E: margen de error de valor estándar = 0.05

Al remplazar los datos:

$$n = \frac{654x1.96^2x0.05x0.95}{0.05^2654 + 1.96^2x0.05x0.95}$$

Resolviendo, tenemos:

$$n = 66$$

Por lo cual, nuestra de estudio fue de 66 pacientes.

Criterios de inclusión:

Todas las historias clínicas completas de pacientes con diagnóstico de placenta previa, hospitalizadas y tratadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo mayo a noviembre del 2019.

Criterios de exclusión:

Todas las historias clínicas de pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión o tengan los datos incompletos e ilegibles.

Todas las historias clínicas de pacientes que no se encontraron en el archivo del Hospital MINSA II-2 Tarapoto al momento de la recolección de datos

3.4. Aspectos éticos

En la presente investigación no se requiere de la participación directa de los objetos de estudio debido a que utilizará datos ya registrados en la historia clínica. La información será empleada manteniendo la confidencialidad.

Este estudio será llevado a cabo con las regulaciones internacionales de ética para investigación. La base de datos solo almacenará información de la investigación, los datos se almacenarán sin identificadores y únicamente los responsables tendrán acceso a los datos.

En relación al consentimiento informado se solicitará el consentimiento al Hospital MINSA II-2 Tarapoto donde se realizará la ejecución del proyecto.

3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos

El método que se utilizara en la presente investigación es el análisis de la ficha de datos utilizando la técnica de revisión de documentos en este caso la revisión de las historias clínicas de las pacientes, donde consten las variables de estudio, los resultados de las ecografías gineco obstétricas. El procedimiento, para obtener la información requerida en el presente estudio, se solicitó el permiso al director del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto para acceder al área de archivo clínico a fin de revisar las historias clínicas de las pacientes y revisar el sistema informática que utilizan para el registro de la información de las pacientes. La información será recolectada en una ficha elaborada por el investigador.

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos

La información recogida fue ingresada a una base de datos en el programa IBM Statistics SPSS versión 26.0 para su análisis. Este análisis consistió en la realización de las operaciones a las que el investigador sometió con la finalidad de alcanzar los objetivos del estudio.

Revisión de los datos: Se examinó de forma cuidadosa la ficha de registro instrumento empleado por el autor, con el fin de comprobar la integridad de la información.

Tabulación: consistió en el recuento de los datos obtenidos del instrumento aplicado, el cual será sistematizado por la aplicación de las estadísticas descriptivas (frecuencia y porcentaje) e inferencial denominado Chi-Cuadrado (X^2).

La prueba estadística de Chi-Cuadrado (X^2) nos permitió determinar si los factores (edad materna, cesárea anterior, aborto, embarazo múltiple, paridad, periodo intergenésico) inciden significativamente con la placenta previa diagnosticadas en las pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Regla de decisión: si p-valor < 0.05, índice significativamente.

IV. RESULTADOS

4.1. Frecuencia del tipo de placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo de mayo a noviembre del 2019.

Tabla 1. Frecuencia del tipo de placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

Placenta previa	N° gestantes	% gestantes
De inserción baja	4	6
Marginal	37	56
Parcial	6	9
Total	19	29
Total general	**66**	**100**

Fuente: Base de datos del instrumento "Ficha de registro" aplicado por el autor.

Interpretación:

En la tabla 1, se observa que de las 66 gestantes con diagnóstico de placenta previa hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, existe una incidencia del 56% (37 casos) de gestantes con diagnóstico de placenta previa de tipo marginal siendo esta de mayor frecuencia en respuesta obtenida, mientras que el 29% (19 casos) presentaron el tipo de placenta previa total; un 9% (6 casos) presentaron el tipo de placenta previa parcial y; un 6% (4 casos) presentaron el tipo de placenta previa de inserción baja.

4.2. La edad materna como factor asociado a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

Tabla 2. Edad materna de la gestante asociado al tipo de placenta previa.

Placenta previa		Edad Menor a 20 años	De 20 a 34 años	Mayor a 35 años	Total general
De inserción baja	N°	1	3	0	4
	%	1.5	4.5	0.0	6.0
Marginal	N°	3	23	11	37
	%	4.5	35.0	17.0	56.5
Parcial	N°	3	3	0	6
	%	4.5	4.5	0.0	9.0
Total	N°	1	11	7	19
	%	1.5	17.0	10.0	28.5
Total general	N°	8	40	18	66
	%	12.0	61.0	27.0	100

Fuente: Base de datos del instrumento “Ficha de registro” aplicado por el autor.

Interpretación:

En la tabla 2, se muestra la distribución de la edad materna del paciente gestante con diagnóstico de placenta previa y que fueron hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto; donde el mayor número de gestantes con diagnóstico de placenta previa tienen edades que oscilan entre 20 a 34 años (40 casos) con 61%, a diferencia del grupo de gestantes menores de 20 años que presentaron una menor frecuencia de respuesta en placenta previa (8 casos) con 12%. Las pacientes que tuvieron placenta previa de inserción baja, el 4.5% tuvieron entre 20 a 34 años y el 1.5% tuvieron menos de 20 años. Las pacientes que tuvieron placenta previa marginal, el 35% tuvieron entre 20 a 34 años, mientras que el 17% fueron mayores a 35 años y el 4.5% fue menor de 20 años. Las que tuvieron placenta previa parcial, el 4.5% fueron menores de 20 años y el otro 4.5% tuvieron entre 20 a 34 años. Y, por último, las que tuvieron placenta previa total, el 17% tuvieron entre 20 a 34 años, mientras que el 10% fueron mayores a 35 años y el 1.5% tuvo menos de 20 años.

4.3. La cesárea como antecedente y su frecuencia como factor asociado a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

Tabla 3. Antecedente de cesárea de la gestante asociado al tipo de placenta previa.

Placenta previa		Cesárea		Total general
		No	Si	
De inserción baja	N°	2	2	4
	%	3.0	3.0	6.0
Marginal	N°	33	4	37
	%	50.0	6.0	56.0
Parcial	N°	6	0	6
	%	9.0	0.0	9.0
Total	N°	17	2	19
	%	26.0	3.0	29.0
Total general	N°	58	8	66
	%	88.0	12.0	100

Fuente: Base de datos del instrumento “Ficha de registro” aplicado por el autor.

Interpretación:

En la tabla 3, se muestra el antecedente de cesárea en las gestantes con diagnóstico de placenta previa que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto; donde la mayor frecuencia de respuesta se encuentra en el grupo de gestantes que no tuvieron cesárea con 58 casos (88%), a diferencia del grupo de gestantes que si tuvieron cesárea con 8 casos (12%). Las pacientes que tuvieron placenta previa de inserción baja, el 3% no tuvo cesárea, al igual que los que si lo tuvieron. Las pacientes que tuvieron placenta previa marginal, el 50% no tuvieron cesárea, mientras que el 6% si lo tuvieron. Las que tuvieron placenta previa parcial, el 9% no tuvieron cesárea. Y, por último, las que tuvieron placenta previa total, el 26% no tuvieron cesárea, mientras que el 3% si lo tuvieron.

4.4. El aborto como antecedente y su frecuencia como factor asociado a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

Tabla 4. Antecedente de aborto de la gestante asociado al tipo de placenta previa.

Placenta previa		Aborto		Total general
		Ninguna vez	Una o más veces	
De inserción baja	N°	3	1	4
	%	4.5	1.5	6.0
Marginal	N°	27	10	37
	%	41.0	15.0	56.0
Parcial	N°	1	5	6
	%	1.5	7.5	9.0
Total	N°	17	2	19
	%	26.0	3.0	29.0
Total general	N°	48	18	66
	%	73.0	27.0	100

Fuente: Base de datos del instrumento “Ficha de registro” aplicado por el autor.

Interpretación:

En la tabla 4, se muestra el antecedente de aborto en las gestantes con diagnóstico de placenta previa que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto; donde la mayor frecuencia de respuesta se encuentra en el grupo de gestantes sin antecedente de aborto (48 casos) con 73%, a diferencia del grupo de gestantes que tuvieron una o más veces aborto (18 casos) con 27%. Las pacientes que tuvieron placenta previa de inserción baja, el 4.5% nunca abortaron, mientras que el 1.5% abortó una o más veces. Las pacientes que tuvieron placenta previa marginal, el 41% no tuvieron cesárea, mientras que el 15% si lo tuvieron una o más veces. Las que tuvieron placenta previa parcial, el 7.5% abortaron una o más veces, mientras que el 1.5% nunca lo hicieron. Y, por último, las que tuvieron placenta previa total, el 26% nunca abortaron, mientras que el 3% si lo hicieron una o más veces.

4.5. El embarazo múltiple como antecedente y su frecuencia como factor asociado a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

Tabla 5. Antecedente de embarazo múltiple de la gestante asociado al tipo de placenta previa.

Placenta previa		Embarazo múltiple		Total general
		No	Si	
De inserción baja	N°	4	0	4
	%	6.0	0.0	6.0
Marginal	N°	34	3	37
	%	51.5	4.5	56.0
Parcial	N°	6	0	6
	%	9.0	0.0	9.0
Total	N°	19	0	19
	%	29.0	0.0	29.0
Total general	N°	63	3	66
	%	95.5	4.5	100

Fuente: Base de datos del instrumento “Ficha de registro” aplicado por el autor.

Interpretación:

En la tabla 5, se muestra el antecedente de embarazo múltiple en las gestantes con diagnóstico de placenta previa que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto; donde la mayor frecuencia de respuesta se encuentra en el grupo de gestantes que no tuvieron embarazo múltiple (63 casos) con 95.5%, a diferencia del grupo de gestantes que si lo tuvieron (3 casos) con 4.5%. Las pacientes que tuvieron placenta previa de inserción baja, el 6% no tuvieron embarazo múltiple. Las pacientes que tuvieron placenta previa marginal, el 51.5% no tuvieron embarazo múltiple, mientras que el 4.5% si lo tuvieron. Las pacientes que tuvieron placenta previa parcial, el 9% no tuvieron embarazo múltiple. Las pacientes que tuvieron placenta previa total, el 29% no tuvieron embarazo múltiple.

4.6. La paridad como antecedente y su frecuencia como factor asociado a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

Tabla 6. Antecedente de paridad de la gestante asociado al tipo de placenta previa

Placenta previa		Paridad			Total general
		Nulípara	Primípara	Multípara	
De inserción baja	N°	1	1	2	4
	%	1.5	1.5	3.0	6.0
Marginal	N°	11	3	23	37
	%	17.0	4.5	35.0	56.5
Parcial	N°	3	1	2	6
	%	4.5	1.5	3.0	9.0
Total	N°	6	3	10	19
	%	9.0	4.5	15	28.5
Total general	N°	21	8	37	66
	%	32.0	12.0	56.0	100

Fuente: Base de datos del instrumento “Ficha de registro” aplicado por el autor.

Interpretación:

En la tabla 6, se muestra el antecedente de paridad en las gestantes con diagnóstico de placenta previa que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto; donde la mayor frecuencia de respuesta se encuentra en el grupo de gestantes multíparas (37 casos) con 56%, a diferencia de las gestantes que son nulíparas (21 casos) con 32% y primíparas (8 casos) con 12%. Las pacientes que tuvieron placenta previa de inserción baja, el 3% fueron multíparas y dos grupos, ambos con 1.5% fueron nulíparas y primíparas. Las pacientes que tuvieron placenta previa marginal, el 35% fueron multíparas, el 17% fueron nulíparas y el 4.5% fueron primíparas. Las que tuvieron placenta previa parcial, el 4.5% fueron nulíparas, el 3% fueron multíparas y el 1.5% fueron primíparas. Y, por último, las que tuvieron placenta previa total, el 15% fueron multíparas, el 9% fueron nulíparas y el 4.5% fueron primíparas.

4.7. El periodo intergenésico como antecedente y su frecuencia como factor asociado a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

Tabla 7. Periodo intergenésico (PIG) del paciente gestante asociado al tipo de placenta previa.

Placenta previa		Periodo intergenésico				
		No	Corto < 18 meses	Adecuado 18 a 59 meses	Largo > 59 meses	Total general
De inserción baja	N°	2	0	2	0	4
	%	3.0	0.0	3.0	0.0	6.0
Marginal	N°	14	2	17	4	37
	%	21.0	3.0	26.0	6.0	56.0
Parcial	N°	4	0	2	0	6
	%	6.0	0.0	3.0	0.0	9.0
Total	N°	9	2	5	3	19
	%	14.0	3.0	7.0	5.0	29.0
Total general	N°	29	4	26	7	66
	%	44.0	6.0	39.0	11.0	100

Fuente: Base de datos del instrumento “Ficha de registro" aplicado por el autor.

Interpretación:

En la tabla 7, se muestra el antecedente de período intergenésico en las gestantes con diagnóstico de placenta previa que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto; donde la mayor frecuencia de respuesta se encuentra en las gestantes que no tienen PIG (29 casos) con 44%, a diferencia de las gestantes que tienen PIG adecuado (26 casos) con 39%, PIG largo (7 casos) con 11% y PIG corto (4 casos) con 6%. Las pacientes que tuvieron placenta previa de inserción baja, dos grupos, ambos con 3%, el primer grupo no tuvo PIG, mientras que el segundo grupo tuvo un PIG adecuado. Las pacientes que tuvieron placenta previa marginal, el 26% tuvieron un PIG adecuado, el 21% no tuvieron PIG, el 6% tuvieron un PIG largo y el 3% tuvieron un PIG corto. Las que tuvieron placenta previa parcial, el 6% no tuvieron PIG, mientras que el 3% tuvieron un PIG adecuado. Y, por último, las que tuvieron placenta previa total, el 14% no tuvieron PIG, el 7% tuvieron un PIG adecuado, el 5% tuvieron un PIG largo y el 3% tuvieron un PIG corto.

4.8. Factores asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto en el periodo de mayo a noviembre del 2019.

Tabla 8. Factores asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto

Datos generales	Edad gestacional		35,5	P-valor
Antecedentes sociodemográficos	Edad	< 20 años	8	Sig. <0.05 (X^2= 0.049)
		20 - 34 años	40	
		> 35 años	18	
Antecedentes quirúrgicos	Cesárea anterior	No	58	Sig. <0.05 (X^2 = 0.097)
		Si	8	
Antecedentes obstétricos	Abortos	Ninguna vez	48	Sig. <0.05 (X^2 = 0.007)
		Una a más veces	18	
	Número de paridad	Nulípara	21	Sig. <0.05 (X^2 = 0.815)
		Primípara	8	
		Multípara	37	
Factor fetal	Embarazo múltiple	Si	3	Sig. <0.05 (X^2 = 0.482)
		No	63	
Periodo intergenésico		No	29	Sig. <0.05 (X^2 = 0.807)
		Corto < 18 meses	4	
		Adecuado 18 a 59 meses	26	
		Largo > 59 meses	7	
Tipo de placenta previa		Parcial	6	Total 66
		Total	19	
		De inserción baja	4	
		Marginal	37	

Fuente: Base de datos del instrumento “Ficha de registro” aplicado por el autor - SPSS v26.

Interpretación:

En la tabla 8, se muestra el resultado de la prueba estadística Chi-Cuadrado (X^2) donde se determinó que los factores asociados a la placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, inciden significativamente en la población en estudio y son: Edad materna (X^2=0.049; Sig.<0.05); Número de paridad (X^2=0.815; Sig.<0.05); Periodo intergenésico (X^2=0.807; Sig.<0.05); con excepción de cesárea anterior, aborto y embarazo múltiple, por presentar una baja frecuencia no se considera como factor asociado en este estudio.

V. DISCUSIÓN

La placenta previa es una patología de gran importancia debido a que se relaciona con complicaciones importantes tanto maternas como perinatales y/o neonatales, las cuales ponen en riesgo la vida del binomio materno-fetal, y debido a que existe la posibilidad de hacer diagnóstico prenatal es obligatorio detectar oportunamente esta entidad, dado que existe un riesgo mayor de hemorragia post evento obstétrico. A pesar que en los últimos años se han logrado avances en diagnóstico y tratamiento, aún existe en nuestras unidades pacientes con esta patología la cual conlleva a complicaciones muy graves en futuro.

Como primer punto, en esta investigación se evidencia una frecuencia del 56% (37 casos) de gestantes con diagnóstico de placenta previa de tipo marginal en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto correspondiente al periodo de mayo a noviembre del 2019, siendo este resultado de mayor frecuencia en respuesta obtenida; mientras que el 29% (19 casos) presentaron el tipo de placenta previa total; un 9% (6 casos) presentaron el tipo de placenta previa parcial, y un 6% (4 casos) presentaron el tipo de placenta previa de inserción baja. Al respecto Arizapana C (2), en el desarrollo de su investigación en el Hospital Carlos Monge Medrano en Juliaca encontró que de un total de 3260 gestantes que tuvieron atención de parto durante el 2018; 53 gestantes fueron diagnosticadas con placenta previa con una incidencia de 1,6%. De estas 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. Mientras que Hernández (12), en Nicaragua en el 2015 encuentra que la variedad de placenta previa que predomina es la parcial con 48,7%, seguido de la placenta previa total con 25,4%, y esto difiere de nuestros resultados, dado que en nuestro trabajo predomina con mayor frecuencia la placenta previa total. Por otro lado, la OMS (4) sostiene que 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%.

En cuanto a la edad materna como factor asociado a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto;

los resultados obtenidos demuestran que predominó el rango de 20 a 34 años la edad de las gestantes que presentaron placenta previa de tipo marginal (23 casos), a diferencia de los que presentaron placenta previa total (11 casos), placenta previa parcial (3 casos) y placenta previa de inserción baja (3 casos). Al respecto Tito N (10), en su desarrollo de su investigación en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto correspondiente al periodo de julio 2014 a junio 2016, encontró que del 100% de pacientes que tuvieron placenta previa el 57.9% tienen de 35 a más años, siendo esto un factor asociado que significaría que a más edad mayor probabilidad de presentar esta patología; sin embargo esto difiere con nuestros resultados, dado que en nuestro trabajo predomina con mayor frecuencia la placenta previa de tipo marginal en gestantes que oscilan los 20 a 34 años de edad.

En cuanto a la cesárea como antecedente y su frecuencia como factor asociado a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto; los resultados obtenidos demuestran que predominó el grupo de gestantes sin antecedente de cesárea quienes tuvieron placenta previa de tipo marginal (33 casos), a diferencia de los que presentaron placenta previa total (17 casos), placenta previa parcial (6 casos) y placenta previa de inserción baja (2 casos) que presentaron este tipo de complicación. Al respecto Baqai S (8), en el desarrollo de su investigación en el Hospital de PNS Shifa Karachi en Pakistán correspondiente al periodo de marzo de 2014 a marzo de 2016, encontró que 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 asociado para diversas complicaciones maternas; sin embargo, esto difiere con nuestros resultados, dado que en nuestro trabajo predomina con mayor frecuencia la placenta previa de tipo marginal en gestantes que no tuvieron antecedente de cesárea.

En cuanto al aborto como antecedente y su frecuencia como factor asociado de placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto; los resultados obtenidos demuestran que predominó el grupo de gestantes sin antecedente de aborto quienes tuvieron placenta previa de tipo marginal (27 casos), a diferencia de los que presentaron placenta previa total (17 casos), placenta previa parcial (1 caso) y placenta previa de inserción baja (3 casos) que presentaron este tipo de diagnóstico. Al respecto Arizapana C (2), el desarrollo de

su investigación en el Hospital Carlos Monge Medrano en Juliaca; encontró que el aborto y el embarazo múltiple no presentaron una asociación estadística significativa, por lo que no se considera como factor asociado para placenta previa. Asimismo, Lazo Y (18), en los resultados de su estudio encontró que, de 18 casos de placenta previa, el 33% representado por 6 casos presentaron antecedente de aborto, por lo tanto, no existe relación entre aborto y placenta previa.

En cuanto al embarazo múltiple como antecedente y su frecuencia como factor asociado de placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto; los resultados obtenidos demuestran que predominó el grupo de gestantes sin antecedente de embarazo múltiple quienes tuvieron placenta previa de tipo marginal (34 casos), a diferencia de los que presentaron placenta previa total (19 casos), placenta previa parcial (6 casos) y placenta previa de inserción baja (4 casos) que presentaron este tipo de diagnóstico. Al respecto Arizapana C (2), en su investigación en el Hospital Carlos Monge Medrano en Juliaca; reportó que existe 3,8% de gestantes diagnosticadas con placenta previa que presentaron antecedente de embarazo múltiple. En tanto el aborto y el embarazo múltiple no presentaron una asociación estadística significativa, por lo que no se considera como factor asociado para placenta previa. 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 amniocidad. La complicación más común del embarazo múltiple es el nacimiento prematuro (15).

En cuanto a la paridad como antecedente y su frecuencia como factor asociado de placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto; los resultados obtenidos demuestran que predominó el grupo de gestantes multíparas tuvieron placenta previa de tipo marginal (23 casos), a diferencia de los que presentaron placenta previa total (10 casos), placenta previa parcial (2 casos) y placenta previa de inserción baja (2 casos) que presentaron este tipo de diagnóstico. Al respecto Licera Z (9), en su investigación desarrollada en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote concluyó que el 26.5% de

mujeres con placenta previa fueron gran multíparas, constituyéndose también en un factor asociado de placenta previa OR=2,46 IC95% (1,25-4,85) p=0,01; esto es similar con nuestros resultados, dado que en nuestro trabajo predomina con mayor frecuencia el grupo de gestantes multíparas.

En cuanto al periodo intergenésico como antecedente y su frecuencia como factor asociado de placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto; los resultados obtenidos demuestran que predominó las gestantes con PIG adecuado que tuvieron placenta previa de tipo marginal (17 casos), a diferencia de los que presentaron placenta previa total (5 casos), placenta previa parcial (2 casos) y placenta previa de inserción baja (2 casos) que presentaron este tipo de diagnóstico. Al respecto Guisado C (15), sostiene que existe un alto riesgo de presentar distintas complicaciones en el embarazo, y esto aumenta dependiendo del PIC transcurrido, ya sea 3, 6, 9, 12 o 18 meses, entre estas complicaciones se encuentra la placenta previa.

En cuanto a los factores asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto en el periodo de mayo a noviembre del 2019; los resultados obtenidos a través de la prueba estadística Chi-Cuadrado (X^2) demuestran que los factores asociadas a la placenta previa inciden significativamente en la población en estudio y son: Edad materna (X^2=0.049; Sig.<0.05); Número de Paridad (X^2=0.815; Sig.<0.05); Periodo Intergenésico (X^2=0.807; Sig.<0.05). Al respecto Arizapana C (2), en su investigación determinó que los factores asociados, estadísticamente significativos para placenta previa fueron edad de las gestantes, antecedente de cesárea, multiparidad, y periodo intergenésico corto.

VI. CONCLUSIONES

1. Se determina que si existe factores asociados a placenta previa en la población en estudio y son: la edad materna entre 20 a 34 años de edad, multiparidad y el periodo intergenésico adecuado y son de carácter no prevenible, pero si controlables.

2. El tipo de placenta previa más frecuente es la PP marginal con una frecuencia de 56% en el servicio de Ginecol Obstetricia del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto en el periodo de mayo a noviembre del 2019.

3. La edad materna en el rango de 20 a 34 años, si es un factor asociado para placenta previa y si muestra asociación estadística significativa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto en el periodo de mayo a noviembre del 2019.

4. La multiparidad, si es un factor asociado a placenta previa y muestra asociación estadística significativa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto en el periodo de mayo a noviembre del 2019.

5. El periodo intergenésico adecuado, si es un factor asociado a placenta previa y muestra asociación estadística significativa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto en el periodo de mayo a noviembre del 2019.

VII. RECOMENDACIONES

1. En base al presente estudio se debería empezar a concientizar y educar a las gestantes acerca de la placenta previa, debido que sus factores asociados no son prevenibles, pero si controlables con un diagnóstico oportuno.

2. Dar mayor énfasis en la realización de los respectivos controles prenatales para detectar los factores asociados a placenta previa y estar alertos ante una posible aparición.

3. Capacitar periódicamente al personal de salud que laboran en esa área para el reconocimiento precoz de todos los factores asociados para placenta previa e intervenir oportunamente.

4. Elaborar y ampliar 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 MINSA II – 2 Tarapoto, como en los centros de atención primaria, y hacer entender los riesgos que este podría presentar.

5. Realizar más estudios donde se tomen en cuenta otros factores asociados no considerados en la presente investigación y que podrían influir en el tipo de placenta previa que pueda presentar la gestante.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina J, Hernández A. Placenta previa acreta: un problema singular. Comunicación de dos casos y revisión de la bibliografía, editores Ginecol. Obstet, ed Mex. 2011.

2. Arizapana C. Factores de riesgo asociado a placenta previa en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca Año 2018. [Tesis Pregrado]. Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Medicina Humana. Lima 2019.

3. Oscanoa A. Placenta previa en Instituto Especializado Materno Perinatal. Rev. Per Ginecol obstet, ed.Lima 2015.

4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud materno perinatal en Latinoamérica: forjemos el futuro. Ediciones OMS, ed Ginebra.2018.

5. Esther L. Hemorragias del tercer trimestre: Placenta previa. [Seminario] Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete 2011.

6. Senkoro, E., Mwanamsangu, A., & Chuwa, F. Frequency, Risk Factors, and Adverse Fetomaternal Outcomes of Placenta Previa in Northern Tanzania. Ed Journal of pregnancy. DOI, ed. Tanzania. 2017.

7. Martinelli, Katrini Guidolini. Edad materna avanzada y su asociación con placenta previa y desprendimiento de la placenta: un metaanálisis. Cad. Saúde Pública [online]. 2018, vol.34, n.2, e00206116. Epub Feb 19, 2018. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311x00206116.

8. Baqai S, Nusrat N. A comparison of morbidity associated with placenta previa with and without previous caesarean sections. Pak Armed Forces. edit Med J, ed India 2018.

9. Licera Z. Edad materna mayor a 35 años y gran multiparidad como factores de riesgo de placenta previa en el hospital Guzmán Barrón 2018. [Tesis Pregrado]. Universidad Cesar Vallejo. Lima 2019.

10. Tito N**.** Factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016. [Tesis Pregrado]. Universidad Alas Peruanas. Tarapoto 2017.

11. Zavala A. Periodo Intergenésico: Revisión de Literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.83 no.1, ed. Santiago. 2018.

12. Hernández C. Placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón de Enero a Diciembre del 2014. [tesis pregrado]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua 2015.

13. Segovia M. Alteraciones placentarias en mujeres embarazadas con cesáreas previas. Rev. Nac. (Itauguá) vol.5 no.1, ed. Itauguá.2013.

14. 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. Edit. Med Sci, ed. Paquistan.2015.

15. 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]. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. Lima: 2018.

16. Martinez Marylin. Revisión de Placenta previa. [tesis postgrado]. Universidad privada de Ica. 2015.

17. Cunningham, Leveno, Bloom. Williams Obstetricia. 25 ed. New York: Mc Graw Hill; 2016.

18. Lazo Y. Factores que influyen en la Placenta Previa en gestantes diagnosticadas mediante ecografía que acuden Hospital Apoyo Ilave – Puno Enero - Abril 2015.

IX. ANEXOS

ANEXO N° 1: FICHA DE REGISTRO DE DATOS*

Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo de mayo a noviembre del 2019.

I. Datos Generales

Ficha Nº: ……... HC: ……

Edad Gestacional: ……

II. Antecedentes Sociodemográficos
Edad:
a) < 20 años
b) 20-34 años
c) > o =35 años

III. Antecedentes Quirúrgicos
Cesárea Anterior:
a) No
b) Sí

IV. Antecedentes Obstétricos
Abortos:
a) Ninguna vez
b) Una o más veces

Número de Paridad:
a) Nulípara
b) Primípara
c) Multípara

V. Factor Fetal
Embarazo Múltiple
a) SI
b) NO

VI. Tipo de Placenta Previa
a) Parcial
b) Total
c) De inserción baja
d) Marginal

VII. Periodo Intergenésico
a) Ninguno
b) CORTO <18 meses
c) ADECUADO 18 – 59 meses
d) LARGO >59 meses

**Instrumento adaptado de la investigación de Arizapana, C,2019. (2)*