



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL TIPO DE PLACENTA
PREVIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DURANTE EL AÑO 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
YHOYI PALOMINO HUAMAN**

**ASESOR:
DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA**

ABANCAY, PERÚ - 2018

DEDICATORIA

A Dios porque ha estado conmigo en cada paso y momentos importantes de mi carrera profesional y de mi vida, cuidándome y dándome fortaleza para continuar a pesar de las dificultades que se presentaron durante mi formación profesional. A mi madre, quien me ha velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. A mi sobrina por ser el motor y motivo para mi superación personal y hacer que no decaiga por muy fuertes que fueran las adversidades

AGRADECIMIENTO

Este trabajo, está dedicado a todos aquellos profesionales quienes me guiaron durante mi formación profesional, a mis familiares quienes con su apoyo emocional y desinteresado, me dieron fuerzas para culminar con éxito mi carrera profesional y así poder ser útil a la sociedad sin interés alguno.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo relacionados al tipo de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017. **MATERIAL Y MÉTODOS:** El presente trabajo de investigación es de tipo observacional según la intervención del investigador, retrospectivo según la planificación de la investigación, transversal según el número de medición y analítico según el análisis de la variable y el instrumento fue la recolección de datos previamente elaborado, y aplicado a 339 gestantes que fueron parte de la muestra. **RESULTADOS:** se encontró en la presente investigación que el 26.8% tienen la edad de 20 a 34 años, 19.7% son gran multíparas, el 22.2% no presentaron anemia, el 2.6% no son fumadoras, el 23.8% son de zona rural, el 19.2% tienen la ocupación de ama de casa, el 16.3% son convivientes, el 16.7% tienen el grado de instrucción primario, el 18% tienen el periodo intergenésico adecuado, el 23% no presentaron antecedentes de AMEU, el 23,4% no tienen el antecedente de placenta previa anterior, el 24.7% tuvo el antecedente de legrado uterino, el 32.6% la gestación fue única y el 20.9% tuvieron la presentación fetal cefálica. **CONCLUSIÓN:** existe relación significativa entre la edad materna, paridad, tabaquismo de los factores de riesgo maternos con la placenta previa, la procedencia y el grado de instrucción de los factores de riesgo sociodemográficos tienen relación significativa con la placenta previa y existe relación significativa entre el periodo intergenésico, AMEU, legrado uterino y la presentación fetal de los factores de riesgo obstétricos.

Palabra clave: placenta previa y los factores de riesgo.

ABSTRAC

OBJECTIVE: To determine the risk factors related to the type of placenta previa in pregnant women treated at the Guillermo Díaz de la Vega Regional Hospital during 2017. **MATERIAL AND METHODS:** The present research work is of observational type according to the intervention of the researcher, retrospective according to the planning of the research, transversal according to the number of measurement and analytical according to the analysis of the variable and the instrument was the collection of data previously developed, and applied to 339 pregnant women who were part of the sample. **RESULTS:** it was found in the present investigation that 26.8% are aged 20 to 34 years old, 19.7% are large multiparous women, 22.2% have no anemia, 2.6% are non-smokers, 23.8% are from rural areas, 19.2% have the occupation of a housewife, 16.3% are cohabitants, 16.7% have the primary level of education, 18% have the appropriate intragenic period, 23% have no history of MVA, 23.4% have no have a history of previous placenta prevail, 24.7% had a history of uterine curettage, 32.6% had a single gestation and 20.9% had a fetal cephalic presentation. **CONCLUSION:** there is a significant relationship between maternal ages, parity, smoking of maternal risk factors, placenta previa, the origin and degree of education of sociodemographic risk factors have a significant relationship with placenta previa, and there is a significant relationship between intergenesic period, MVA, uterine curettage and fetal presentation of obstetric risk factors.

Keyword: placenta previa and risk factors.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRAC.....	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
INTRODUCCIÓN	xiii
CAPITULO I.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1 Descripción de la realidad problemática	14
1.2 Delimitación de la investigación	15
1.2.1 Delimitación Temporal.....	15
1.2.2 Delimitación Social	16
1.3 Formulación del problema.....	16
1.3.1 Problema principal.....	16
1.3.2 Problemas secundarios	16
1.4 Objetivos de la investigación.....	16
1.4.1 Objetivo general	16
1.4.2 Objetivo especifico	16
1.5 Hipótesis de la investigación.....	17

1.5.1	Hipótesis principal.	17
1.5.2	Hipótesis secundaria.	17
1.6	Justificación e importancia de la investigación.....	17
CAPITULO II		19
MARCO TEÓRICO		19
2.1	Antecedentes de la investigación.....	19
2.2	Bases teóricas	23
2.2.1	Placenta previa.....	23
2.2.2	Epidemiología:.....	23
2.2.3	Incidencia	24
2.2.4	Anatomía patológica.....	24
2.2.5	Clasificación de la placenta previa	25
2.2.6	Factores de riesgo.....	26
2.2.7	Clínica	27
2.2.8	Diagnóstico:.....	28
2.2.9	Diagnóstico diferencial	29
2.2.10	Manejo clínico.....	30
2.2.11	Pronóstico.....	31
2.2.12	Complicaciones	33
2.2.13	Factores de riesgo maternos:	34
2.2.14	Factores de riesgo obstétricos:.....	36
2.3	Definición de términos básicos	40
CAPITULO III.....		42
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		42

3.1	Tipo de investigación	42
3.2	Diseño de la investigación	42
3.3	Población y muestra de la investigación	43
3.3.1	Población.....	43
3.3.2	Muestra	43
3.4	Variables, dimensiones e indicadores.....	44
3.5	Técnicas e instrumentos de la recolección de datos.....	46
3.5.1	Técnicas	46
3.5.2	Instrumentos.....	46
3.6	Procedimientos	46
CAPITULO IV		48
RESULTADOS		48
4.1	Resultados descriptivos:	49
4.2	Resultados correlacionados:.....	64
4.3	Discusión de los resultados	77
CONCLUSIONES		78
RECOMENDACIONES		80
BIBLIOGRAFÍA		81
ANEXO		85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Gestantes según placenta previa en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	49
Tabla 2: Gestantes según la edad en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	50
Tabla 3: Gestantes según paridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	51
Tabla 4: Gestante según la anemia en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	52
Tabla 5: Gestantes según tabaquismo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	53
Tabla 6: Gestantes según procedencia en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	54
Tabla 7: Gestantes según la ocupación en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	55
Tabla 8: Gestantes según el estado civil en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	56
Tabla 9: Gestantes según el grado de instrucción en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	57
Tabla 10: Gestantes según el periodo intergenésico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	58
Tabla 11: Gestantes según el antecedente de aspiración manual endouterina en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	59

Tabla 12: Gestantes según el antecedente de placenta previa anterior en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	60
Tabla 13: Gestantes según antecedente de legrado uterino en pacientes atendidas en el en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.....	61
Tabla 14: Gestantes según el tipo de embarazo en pacientes atendidas en el en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.....	62
Tabla 15: Gestantes según la presentación fetal en pacientes atendidas en el en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.....	63
Tabla 16: Gestantes con placenta previa según factores de riesgo maternos en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	64
Tabla 17: Gestantes con placenta previa según factores de riesgo sociodemográficos en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	67
Tabla 18: Gestantes con placenta previa según factor de riesgo obstétrico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Porcentaje de gestantes según placenta previa en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.....	49
Gráfico 2: Porcentaje de gestantes según la edad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.....	50
Gráfico 3: Porcentaje de gestantes según parida en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	51
Gráfico 4: Porcentaje de gestante según la anemia en gestación pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.....	52
Gráfico 5: Porcentaje de gestantes según tabaquismo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.....	53
Gráfico 6: Porcentaje de gestantes según procedencia en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.....	54
Gráfico 7: Porcentaje de Gestantes según la ocupación en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.....	55
Gráfico 8: Porcentaje de gestantes según el estado civil de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.....	56
Gráfico 9: Porcentaje de gestantes según el grado de instrucción en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017	57
Gráfico 10: Porcentaje de gestantes según el periodo intergenésico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	58
Gráfico 11.- Gestante según el antecedente de aspiración manual endouterina en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.....	59

Grafico 12: Porcentaje de gestantes según el antecedente de placenta previa anterior en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	60
Grafico 13: Porcentaje de gestantes según el antecedente de legrado uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	61
Grafico 14: Porcentaje de gestantes según el tipo de embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	62
Grafico 15: Porcentaje de gestantes según la presentación fetal en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	63
Grafico 16: Porcentaje de gestantes con placenta previa según factores de riesgo maternos en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	65
Grafico 17: Porcentaje de gestantes con placenta previa según factores de riesgo sociodemográficos en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	68
Grafico 18: Porcentaje de gestantes con placenta previa según factores de riesgo obstétricos en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	71

INTRODUCCIÓN

La placenta durante la gestación, es un órgano muy importante, ya que es el encargado del intercambio de la madre y el feto, el cual tiene dos caras, la corionica de la cual sale el cordón umbilical, el amnion que se adhiere al endometrio materno.

La placenta previa es una de las causas de hemorragia en la segunda mitad de gestación, ya que se implanta en el segmento uterino inferior, muy cerca del orificio cervical interno o en ocasiones cubre el mismo.

La organización panamericana de salud (OPS) define a la placenta previa como la implantación anormal de la misma en relación con el orificio interno del útero, parcial o cubriendo totalmente, y esto se produce después de la semana 24 de gestación, siendo cesárea anterior y legrado del útero factores de riesgo.(1)

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

Existen factores de riesgo que aumenta el riesgo de presentar placenta previa como son: periodo intergenésico, AMEU, antecedentes de placenta previa, legrado uterino, tipo de embarazo, edad, paridad, Anemia en gestación, tabaquismo.

El objetivo del presente estudio es determinar los factores de riesgo relacionados al tipo de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La hemorragia de la segunda mitad del embarazo es una de las complicaciones y, está entre las principales causas de morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal. La frecuencia de eventos hemorrágicos después de la semana 20 puede reportarse hasta en un 5% de las gestaciones. El incremento de sangrados pequeños puede convertirse en situaciones catastróficas rápidamente progresivas.

A nivel mundial se tiene una incidencia entre 0.12% a 0.5%, es decir un caso entre 83 a 200 partos. En Cuba, se informa que su frecuencia oscila entre el 0,5 al 1 % del total de partos. En relación con los factores de riesgo de placenta previa, se dice que los fundamentales son: historia anterior de placenta previa, edad avanzada de la madre, multiparidad, antecedentes de cesárea anterior y abortos inducidos, embarazo gemelar, y algunos autores incluyen también entre estos al sexo masculino del feto y al tabaquismo durante el embarazo.⁽²⁾

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. ⁽³⁾

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. ⁽⁴⁾. 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. ⁽⁵⁾

En Perú, en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMPN), Oscanoa Aníbal, determino que la incidencia acumulada de placenta previa, fue 0,63%, con una letalidad fetal de 3,39%; 44% fue placenta previa central total y 33,9% marginal. ⁽⁶⁾

En el Perú las principales causas de muerte materna directa son las hemorragias (36,5%), siendo las hemorragias del tercer período del parto (alumbramiento), inercia uterina, embarazo ectópico, hemorragias postparto inmediatas y placenta previa las que concentran el mayor número de casos, según datos de la investigación epidemiológica. ⁽⁷⁾

1.2 Delimitación de la investigación

1.2.1 Delimitación Temporal

Se realizó durante el año 2017 y tuvo como ámbito espacial el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, de categoría nivel II – 2, perteneciente al Ministerio de Salud, ubicado en la Av. Daniel Alcides Carrión S/N provincia de Abancay región Apurímac.

1.2.2 Delimitación Social

El presente trabajo de investigación durante su desarrollo y ejecución estuvo constituido por gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, del departamento de gineco-obstetricia.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema principal

- ❖ ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados al tipo de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017?

1.3.2 Problemas secundarios

- ❖ ¿Cómo los factores de riesgo se relaciona con el tipo de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017?
- ❖ ¿Cómo es el tipo de presentación de la placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

- ❖ Determinar los factores de riesgo relacionados al tipo de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

1.4.2 Objetivo específico

- ❖ Identificar los factores de riesgo que se relacionan al tipo de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

- ❖ Identificar el tipo de presentación de la placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

1.5 Hipótesis de la investigación

1.5.1 Hipótesis principal.

- ❖ Los factores de riesgos obstétricos, maternos y sociodemográficos tienen relación significativamente al tipo de placenta previa en gestantes atendida en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

1.5.2 Hipótesis secundaria.

- ❖ Los factores de riesgo obstétricos tienen relación significativamente al tipo de placenta previa en gestantes atendida en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.
- ❖ La placenta previa marginal se presenta con mayor frecuencia en gestantes atendida en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

1.6 Justificación e importancia de la investigación

Durante el ejercicio práctico de la profesión en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega se pudo observar repetitivos casos de complicaciones en partos de mujeres que presentaban placenta previa. La preocupación nace al constatar que las mujeres que presentan placenta previa con pequeños sangrado pueden incrementarse y convertirse en mortal para la madre y el producto.

Ya que la falta de conocimientos y la escasa información sobre esta patología materna influyen de manera directa en los altos índices de riesgos y complicaciones a la hora del parto. Es esta la finalidad de la investigación,

identificar los factores que están relacionados a la aparición de esta condición en mujeres en etapa de gestación. Esta información sería de gran importancia para la realización de futuras investigaciones sobre este tema, así como para el nosocomio según la estrategias apropiadas que aborden la problemática de la salud materno perinatal. Este trabajo de investigación es importante ya que ayudara, a disminuir la morbi-mortalidad materna, y a mantener el pleno desarrollo físico y social de las mujeres. Con esta investigación se da a conocer algunos factores de riesgo que se relacionan con la presentación de la placenta previa, aportando nuevos conocimientos estadísticos y epidemiológicos para el nosocomio, y material de estudio para los internos y estudiantes de obstetricia y medicina, e incluso para los mismos profesionales que laboran en el Hospital, como médicos, ginecólogos y obstetras.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

GALLARDO LEÓN LEYDI PILAR. (2018) Estudia factores predisponentes de placenta previa en pacientes entre 20 a 25 años. ⁽⁸⁾

Objetivo: Identificar los factores que contribuyen a la presentación de la condición de Placenta Previa en mujeres de 20 a 25 años en el Hospital Gineco-obstétrico “Matilde Hidalgo de Procel” desde Enero a Diciembre del 2016”. Determinar posibles soluciones que eviten el incremento de la tasa de morbilidad y mortalidad feto - materno.

Método: el método de estudio fue cuantitativo con enfoque, descriptiva, observacional, basado en datos estadísticos aproximados mediante los cuales se tabulo y se logró alcanzar objetivos y establecer propuestas de prevención de riesgos.

Resultado: Se concluye que la Placenta Previa en pacientes de 20 a 25 años ocupa una baja incidencia en relación con las mayores de 25 años, sin embargo,

está asociada a componentes predisponentes para desencadenarla como la presencia de tumores o uterinas, deficientes controles prenatales durante el embarazo, las cuales fueron de mayor frecuencia. Otra consecuencia materna es que el 100% de los casos terminaron su embarazo por cesárea a causa de esta patología.

BAHOZ COBOS YANEYZI RACHEL. (2015) Estudio factores predisponentes de placenta previa en pacientes entre 20 a 25 años de edad en el hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo de enero a diciembre del 2014.⁽⁹⁾

Objetivo: identificar principales factores predisponentes asociados y las consecuencias materno-fetales causadas por la misma.

Método: se utilizados, en éste trabajo están basados en un estudio Retrospectivo, Descriptivo no experimental.

Resultado: Placenta Previa en pacientes de 20 a 25 años ocupa una baja incidencia en relación con las mayores de 25 años, sin embargo está asociada a factores predisponentes para desencadenarla como la etnia mestiza, multigravidez y deficientes controles prenatales durante el embarazo, las cuales fueron de mayor frecuencia.

Antecedentes nacionales

GUISADO AGUAYO CAROL LISSETTE. (2016) Estudio prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero-setiembre 2015 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.⁽¹⁰⁾

Objetivo: Identificar los factores de riesgo de las gestantes con diagnóstico de placenta previa.

Metodología: estudio descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo enero-setiembre 2015, en el Departamento de Obstetricia, siendo la población y muestra 46 casos comprobado por ecografía en el segundo y/o tercer trimestre de gestación.

Resultados: el grupo etario más afectado fueron 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%.

LAZO HERRERA. (2015) Estudio factores que influyen la placenta previa en gestantes diagnosticadas mediante ecografía que acuden hospital apoyo llave-Puno enero abril 2015. ⁽¹¹⁾

Objetivo: identificar las Características clínicas y epidemiológicas de las gestantes que presentan placenta previa.

Método: diseño, descriptivo, retrospectivo y transversal. Lugar, Hospital de Apoyo llave, Puno Departamento de Obstetricia.

Resultados: incidencia acumulada 0.65%, el grupo etéreo 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..

TITO HUAMAN NANCY KARINA. (2017) Estudio factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes atendidas en el hospital de contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016. ⁽¹²⁾

Objetivo: es determinar los factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016.

Método: tipo de investigación observacional, transversal, analítico, retrospectivo con una muestra de 38 gestantes con diagnóstico de placenta previa.

Resultados: del 100% de pacientes que tuvieron placenta previa el 57.9% tienen de 35 a menos años. El 63.2% de las gestantes que tuvieron placenta previa tienen de 3 a más partos. El 57.9% de las gestantes que tuvieron placenta previa tuvieron legrado uterino. El 50.0% de las gestantes que tuvieron placenta previa tuvieron cesáreas anteriores.

Antecedentes locales

HUANCA TORBISCO, ANA MARITZA. (2017) estudio placenta previa en el hospital II de Abancay. ⁽¹³⁾

En el presente trabajo académico, se define la placenta previa como una placenta localizada en el segmento inferior del útero; es una condición que incrementa el riesgo de morbilidad materna y perinatal. Se clasifica en: de grado IV o placenta previa total o central, grado III o parcial, grado II o marginal, grado I o placenta baja.

Entre los factores de riesgo, se mencionan: multiparidad, edad materna avanzada, antecedentes de placenta previa y embarazo múltiple, situaciones que interfieren el flujo sanguíneo hacia la placenta o que causan lesiones y cicatrices en la pared uterina, como: abortos, partos por cesárea, infección uterina y tumores uterinos, cirugía uterina o extracción manual de placenta. Además el tabaquismo materno, tratamientos de infertilidad. Este sangrado puede ser repetitivo y causar anemia en la gestante y afectar al feto; pero

también la hemorragia puede provocar contracciones uterinas y dar paso a un parto prematuro.

El estudio de caso describe la ocurrencia de hemorragia indolora en una gestante de 30 sem, de 30 años, múltipara. Una vez hospitalizada la paciente recibe tratamiento para promover la maduración pulmonar del feto, así como las medidas tocolíticas. Después de este primer episodio la gestante aparentemente llegó a las 38 semanas de gestación en condiciones normales. Ya en esta etapa la gestante presenta hemorragia por lo que se procede a realizar la cesárea por emergencia, para de este modo evitar riesgos para la madre y para el feto. En el periodo del puerperio la paciente se recupera normalmente no existiendo ninguna complicación.

No se encontraron más antecedentes locales.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Placenta previa

Se conoce con el nombre de placenta previa a un proceso caracterizado, anatómicamente por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y, clínicamente, por hemorragia de intensidad variable. La hemorragia, aunque, puede estar presente en el proceso: existen por lo tanto formas anatómicas sin expresión clínica. Esta variedad constituye el 25% de todos los casos carece de importancia. ⁽¹⁴⁾

2.2.2 Epidemiología:

La incidencia de placenta previa varía desde una por cada 167 a uno por cada 327 embarazos mayores de 24 semanas de gestación. La incidencia de los distintos tipos de placenta previa es:

- La placenta previa total: 23-31.3 %.

- La placenta previa parcial:20-63%
- Placenta de inserción baja: 37-54.9%. ⁽¹⁵⁾

2.2.3 Incidencia

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.

⁽¹⁶⁾

2.2.4 Anatomía patológica

Dado que la placenta previa responde muy frecuentemente a la necesidad de un aporte mayor de sangre para el desarrollo fetal, esta es más extensa y delgada de lo habitual que en las gestaciones normales. Puede ocurrir que se trate de una placenta succenturiada y que sea el corion aberrante el que sea previo. También se asocia a acretismo placentario con una frecuencia mayor que las gestaciones normales, pudiendo presentar también, aunque más raramente, acretismo e incluso ser percreta. La asociación a acretismo se produce sobre todo cuando existen cicatrices en el segmento inferior, debidas fundamentalmente a cesáreas anteriores. Posiblemente debidos al deficiente flujo sanguíneo, se han descrito también necrosis deciduales con hiperplasia vellositaria. La inserción velamentosa del cordón umbilical tiene en este tipo de patología placentaria una incidencia superior, lo cual se explica porque en la etiología de la inserción velamentosa también existen autores que

defienden una mala vascularización decidual. Existe un engrosamiento de las membranas. La parte de segmento inferior en el que asienta este tipo de placentas está muy vascularizada y, dado el poco grosor de su pared, por la falta de fibras musculares, con alguna frecuencia está penetrada por vellosidades coriales. ⁽¹⁷⁾

2.2.5 Clasificación de la placenta previa

Durante el embarazo:

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

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)⁽¹⁶⁾

Se clasifican según su situación en:

a) Placentas oclusivas:

- Placenta oclusiva total (tipo I): ocluye totalmente el OCI.
- Placenta oclusiva parcial (tipo II): cubre parcialmente el OCI.

b) Placentas no oclusivas:

- Placenta marginal (tipo III): llega hasta OCI sin sobrepasarlo.
- Placenta lateral o de inserción baja (tipo IV): no llega al OCI. ⁽¹⁸⁾

Con la *introducción de la exploración ultrasónica*, se ha planteado una nueva clasificación de la placenta previa en función de la distancia, medida en centímetros, desde el borde placentario hasta el orificio cervical interno. Se sugiere que se clasifiquen como placentas previas aquellas que guardan una distancia inferior a 2 cm, medidos por ecografía intravaginal, porque, cuando la placenta está alejada, no presenta ninguna de las complicaciones propias de la placenta previa. Se establece, pues, esa distancia de 2 cm. (20 mm) para comenzar a clasificar a la placenta como de inserción baja. ⁽¹⁶⁾

2.2.6 Factores de riesgo

Se describen a continuación los principales factores de riesgo para la presencia de placenta previa:

- ✓ Edad materna superior a los 35 años (riesgo relativo 4.7). ⁽¹⁹⁾
- ✓ Multiparidad: en la placenta previa se presenta en un 80% de los casos. Su frecuencia va de 1/1.500 en mujeres nulíparas a 1/20 en grandes multíparas.
- ✓ Gestaciones múltiples.
- ✓ Placentas macrosómicos
- ✓ Anemia.
- ✓ Periodo intergenésico corto. ⁽²⁰⁾
- ✓ Abortos a repetición o legrados uterinos enérgicos.
- ✓ Histeroscopia Operatoria.
- ✓ Cicatriz previa por miomectomía, o cirugía uterina.
- ✓ Antecedente de placenta previa la tasa recidiva es del 4-8%.
- ✓ Tumores uterinos, miomas submucosos y pólipos endometriales

- ✓ Alteraciones funcionales de la mucosa, sinequias intrauterinas o endometriales residuales localizadas.
- ✓ Tabaquismo, cocaína, sexo masculino del feto e historia previa de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta.
- ✓ Etnia negra u otras minorías étnicas.

Hallazgos en un estudio muestran que el grupo predominante de pacientes con placenta previa tenían una edad de 27 a 32 años, mientras que otros autores coinciden en que el mayor número de casos se presenta en mujeres mayores de 35 años. ⁽²¹⁾

2.2.7 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 desencadenado 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”.⁽¹⁶⁾

2.2.8 Diagnóstico:

El diagnóstico se precisa mediante ecografía, la cual tiene un 93% de certeza si es transabdominal. Tiene 7% de falsos positivos y 8% de falsos negativos. La visualización se dificulta con placentas en ubicación posterior, pacientes obesas y con sobre distensión vesical.

Ante duda diagnóstica, la ecografía transvaginal define con precisión la relación placenta-OCI. Tiene un valor predictivo positivo (VPP) de 93% y un valor predictivo negativo (VPN) de 98%. Es un método seguro porque el transductor no requiere contactarse con el cérvix. El diagnóstico de Placenta Previa debe hacerse después de la semana 32 de gestación, por la existencia de la “migración placentaria”.

Se debe evitar hacer tacto vaginal para el diagnóstico, porque incluso el más suave puede terminar en hemorragia (1 de 16 tactos desencadena hemorragia importante, y 1 de 25 llega al shock). Si no se dispone de procedimientos complementarios para realizar el diagnóstico y se debe tomar una conducta, como por ejemplo decidir la vía de parto, se deberá realizar un tacto vaginal en el momento oportuno: este deberá ser hecho en pabellón quirúrgico, por un médico experimentado, con equipo médico completo, listos para realizar una cesárea de urgencia en caso de metrorragia importante o frente al diagnóstico de placenta previa oclusiva total. ⁽²²⁾

2.2.9 Diagnóstico diferencial

TABLA1. Diagnóstico diferencial entre placenta previa, DPPNI, rotura uterina y rotura de vasos previos:⁽¹⁶⁾

	Placenta previa	DPPNI	Rotura uterina	Rotura de vasa previos
Inicio	Insidioso	Brusco	Brusco	Brusco (tras amniorrexis)
Hemorragia	Externa	Interna o mixta	Interna o mixta	Externa
Sangrado	Roja brillante	Roja oscura	Roja	Líquido Amniótico sanguinolento
Hipertensión	No	Frecuente	No	No
Shock	Ocasional	Frecuente	Frecuente	No
Dolor	No	Si	Si	No
Útero	Relajado	Hipertónico	No se palpa	-----
Palpación fetal	Normal	Difícil	Fácil	-----
Cicatriz uterina	Eventualmente	No	Habitual	-----

Ecografía	Placenta previa	Placenta normoinserta	Variable	-----
Contracciones	Generalmente no	Si	Si (puede Cesar)	-----
Bienestar fetal	Normal	Alterado	Alterado	Rápida afectación a la FCF

2.2.10 Manejo clínico

a. Nivel de atención

La mujer portadora de una placenta previa debe ser derivada a un centro terciario de atención dado que el sangrado puede ser de curso impredecible, la resolución quirúrgica de riesgos y se debe contar con banco de sangre y unidades de cuidados intensivos para la eventual atención de la mujer y/o del recién nacido.

b. Hemorragia severa y compromiso hemodinámico

Interrupción del embarazo mediante operación cesárea, independiente de la edad gestacional, de la condición fetal o del tipo de placenta previa.

c. Hemorragia moderada y embarazo mayor de 36 semanas

Interrupción del embarazo.

d. Hemorragia moderada y embarazo menor de 36 semanas

- Conducta expectante con la mujer hospitalizada para efectuar una estricta vigilancia materna y fetal.
- Reposo en cama.
- Inducción de madurez pulmonar con corticoides si la edad gestacional es menor de 35 semanas.
- Tocolisis si hay actividad uterina concomitante.
- Vigilar hematocrito con el objeto de llegar al parto con valores > 28%.

- Ferroterapia.
- Medidas para facilitar la evacuación intestinal.

e. Hemorragia leve o intermitente

- Privilegiar la hospitalización.
- En mujeres cuyo sangrado haya cesado por al menos 48 horas se puede plantear el manejo ambulatorio.
- Interrupción del embarazo hacia las 36-37 semanas.
- Idealmente confirmar madurez pulmonar previa a la interrupción.
- El resto de las indicaciones como en el punto anterior.

f. Placenta previa asintomática

Cesárea electiva a las 37 semanas si la placenta es oclusiva. En las placentas marginales o de inserción baja, se puede esperar el inicio del trabajo de parto espontáneo y decidir la vía de parto según la evolución de cada caso. ⁽²³⁾

g. Hemorragia Severa

Pérdida mayor o igual al 30% de la volemia. Paciente hipotensa, en shock, con sangrado genital profuso. La conducta se orientará al soporte vital y a la interrupción inmediata del embarazo por cesárea, independientemente de la edad gestacional, la condición fetal o el tipo de placenta previa. ⁽²²⁾

2.2.11 Pronóstico

La evolución de la paciente y pronóstico para el binomio van a estar muy influidos por el momento en que se produce el primer sangramiento y su cuantía.

Estos episodios de sangramiento se repiten, como ya planteamos, y suele ser cada vez mayores, así como los intervalos entre ellos son más cortos. Pueden asociarse con la rotura de membranas, y por la frecuencia de presentaciones viciosas, se pueden también relacionar con prociencia de cordón. El parto pretérmino es otra de las complicaciones. Lo más importante para la conducción correcta del pronóstico es que, independientemente de los sangramientos que pudiera obligar a una conducta de cesárea hemostática urgente, la repetición de los sangramientos no muy abundantes y soportables por la madre llevan a una situación muy peligrosa para el feto, porque cada zona de placenta que se ha separado no es funcional, por lo tanto, provoca la anoxia del feto, con retardo de su crecimiento o prematuridad, por esta razón, la mortalidad perinatal es elevada; la mortalidad materna puede producirse por la anemia, shock, infección, en ocasiones, por rotura traumática del útero, y en casos más raros por embolismo aéreo.⁽²⁴⁾

A) Pronóstico materno

Desde el punto de vista materno, agravan la morbimortalidad la hemorragia (60-65%), la infección (30-35%) y los accidentes tromboembólicos (4-6%). El pronóstico en parte dependerá de la variedad anatómica, de la intensidad y frecuencia de las pérdidas hemorrágicas, de la precocidad y eficacia del tratamiento establecido.

B) Pronóstico fetal

Las causas más habituales de mortalidad fetal son la prematuridad (60-80%), la anoxia, la anemia, los traumatismos obstétricos y las malformaciones fetales. En cuanto a la morbilidad fetal hay que destacar

que es más frecuente el retraso de crecimiento intrauterino, lo que implica un incremento de los recién nacidos de bajo peso. Incluso se ha descrito que a los 4 años de edad los niños nacidos de madres con placenta previa tenían menor peso, talla y circunferencia cefálica que el promedio. ⁽²⁵⁾

2.2.12 Complicaciones

Según los protocolos de la Clínica Barcelona:

- ❖ Mayor morbi-mortalidad perinatal: Ruptura prematura de membranas, parto prematuro.
- ❖ Mala presentación fetal.
- ❖ Hemorragia grave, necesidad de drogas vasoactivas y transfusión, shock hipovolémico.
- ❖ Presencia de placenta ácreta, vasa previa, inserción velamentosa de cordón.

Hemorragia posparto: debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, las pacientes con placenta previa tienen un mayor riesgo de hemorragia posparto. ⁽²⁶⁾

La mortalidad materna por placenta previa ha disminuido de manera estrepitosa en los últimos 60 años, desde 30% a menos de 1%; esto es resultado sobre todo de preferir la cesárea y el tratamiento expectante cuidadoso. El riesgo de hemorragia antes, durante el parto o ambas es una amenaza constante para la paciente con placenta previa. La hemorragia puede intensificarse si además existe placenta acreta o atonía uterina.

La placenta previa predispone al parto prematuro, lo cual coloca en mayor riesgo al feto. ⁽²⁷⁾

2.2.13 Factores de riesgo maternos:

a) Anemia materna :

La anemia en la gestación se define como un nivel bajo de hemoglobina, en el primer trimestre menor a 11g/dl, en el segundo trimestre menor a 10,5 g/dl, en el tercer trimestre menor a 11 g/dl. La hemoglobina transporta el oxígeno a los tejidos de todo el cuerpo dentro de los glóbulos rojos o hematíes, por lo que es imprescindible para la buena respiración u oxigenación de los tejidos. Su deficiencia a nivel del periné, puede ocasionar que los tejidos vulvo perineales sean friables. ⁽²⁹⁾

Clasificación de la anemia materna ⁽³⁰⁾

Mujeres Gestantes y Puérperas	Severa	Moderada	Leve
Mujer Gestante de 15 años a mas	< 7.0	7.0 – 9.9	10.0 – 10.9
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0- 10.9	11.0 – 11.9

Tablas para ajuste de Hemoglobina según la altura sobre el nivel del mar.

El ajuste de los niveles de hemoglobina se realiza cuando el niño, adolescente, gestante o puérpera que residen en localidades ubicadas en altitudes por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar. El nivel de hemoglobina ajustada es el resultado de aplicar el factor de ajuste a nivel de hemoglobina observada.⁽³⁰⁾

Fórmula

Niveles de hemoglobina ajustada = hemoglobina observada – factor de ajuste por altitud

ALTITUD (msnm)		Factor de ajuste por altitud
DESDE	HASTA	
1000	1041	0.1
1042	1765	0.2
1266	1448	0.3
1449	1608	0.4
1609	1751	0.5
1752	1882	0.6
1883	2003	0.7
2004	2116	0.8
2117	2223	0.9
2224	2375	1.0
2326	2422	1.1
2423	2515	1.2
2516	2604	1.3
2605	2690	1.4
2691	2773	1.5
2774	2853	1.6
2854	2932	1.7
2933	3007	1.8
3008	3081	1.9

ALTITUD (msnm)		Factor de ajuste por altitud
DESDE	HASTA	
3082	3153	2.0
3154	3224	2.1
3225	3292	2.2
3293	3360	2.3
3361	3425	2.4
3426	3490	2.5
3491	3553	2.6
3554	3615	2.7
3615	3676	2.8
3677	3736	2.9
3737	3795	3.0
3796	3853	3.1
3854	3910	3.2
3911	3966	3.3
3967	4021	3.4
4022	4076	3.5
4077	4129	3.6
4130	4182	3.7

ALTITUD (msnm)		Factor de ajuste por altitud
DESDE	HASTA	
4183	4235	3.8
4236	4286	3.9
4287	4337	4.0
4338	4388	4.1
4389	4437	4.2
4438	4487	4.3
4488	4535	4.4
4536	4583	4.5
4584	4631	4.6
4632	4678	4.7
4679	4725	4.8
4726	4771	4.9
4772	4816	5.0
4817	4861	5.1
4862	4906	5.2
4907	4951	5.3
4952	4994	5.4
4995	5000	5.5

b) Tabaquismo:

La OMS define al tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central. Es una de las drogas más adictivas (con más “enganche”), aún más que la cocaína y la heroína. Por ello es importante saber que aunque el 70% de los fumadores desean dejar de fumar, de ellos sólo el 3% por año lo logran sin ayuda. ⁽³¹⁾

Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar. ⁽³²⁾

2.2.14 Factores de riesgo obstétricos:

a) Periodo intergenésico:

El periodo intergenésico se define como el lapso de tiempo el final de un embarazo y el inicio del siguiente embarazo y otro. Se recomienda según estudios que el mínimo es de dos años. Lo recomendable sería entre dos y cinco años, ya que si el tiempo entre un embarazo y el siguiente, es menor a los dos años, aumentan las complicaciones. El período intergenésico corto menor a dos años, es considerado no recomendable porque, es el tiempo que se debe dar para que el crecimiento de la mujer vuelva a su estado normal, a través del puerperio y sus cambios anatómo-fisiológicos. ⁽²⁸⁾

b) Aspiración Manual Endo-Uterina:

Es el método de elección para la evacuación de la cavidad uterina cuando se ha producido el aborto, hasta las doce semanas de gestación y sin complicaciones infecciosas, que se realiza mediante la aspiración manual. Disminuye las complicaciones, costos y estancia hospitalaria. ⁽³³⁾

Indicaciones:

- En los casos de aborto no complicados por debajo de las 12 semanas de gestación.
- Biopsia endometrial. ⁽³³⁾

Pasos para el procedimiento de AMEU:

- ❖ Dilatación cervical si es necesaria, comenzando con el dilatador más pequeño y terminando con el más grande.
- ❖ Inserción de la cánula correspondiente mientras se aplica una tracción ligera del cuello uterino. La cánula debe insertarse directa y lentamente en la cavidad uterina hasta que toque el fondo, pero no más de 10 cm, teniendo extremo cuidado de no tocar las paredes vaginales.
- ❖ Medir la profundidad del útero por los puntos visibles en la cánula y luego retirar un poco la cánula.
- ❖ Conectar la jeringa de AMEU, ya preparada, a la cánula a la cual previamente se le ha hecho el vacío.
- ❖ Liberar la válvula o valvas de paso de la jeringa para transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula.
- ❖ Evacuar el contenido uterino haciendo girar con delicadeza la jeringa de un lado a otro y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia delante y atrás dentro de la cavidad uterina.
- ❖ Puede ser necesario vaciar la jeringa y aplicar nuevamente el vacío, sin retirar la cánula, a menos que haya indicios que ésta se haya obstruido y necesite ser liberada con una pinza estéril.
- ❖ Para evitar que se pierda la succión, no retirar la abertura de la cánula más allá del orificio del cuello uterino. Si se pierde el vacío, o si se ha

llenado más de la mitad de la jeringa, vacíela por completo y luego establezca el vacío.

- ❖ Verificar señales de un vaciamiento completo (cese del sangrado, la cánula percibe la aspereza de la cavidad uterina vacía y se extrae espuma de color rojiza).
- ❖ Retirar la cánula, luego separar la jeringa. Con la válvula abierta, vaciar el contenido de la jeringa de Aspiración Manual Endo-uterina en un tamiz empujando el émbolo.
- ❖ Retirar el tenáculo y el espejulo; previa revisión de la hemostasia.
- ❖ Descontaminar el material.
- ❖ Examinar los restos extraídos y enviar muestras para estudio histopatológico.

Durante el procedimiento el personal de apoyo (orientadora/or) constantemente estará conversando con la paciente y vigilando sus funciones vitales y reacciones. ⁽³³⁾

c) Legrado uterino:

Evacuación del contenido uterino y raspado medido del endometrio con fines terapéuticos (aborto incompleto) o diagnósticos (biopsia endometrial).

Indicaciones:

- ❖ Terapéuticas: Aborto incompleto, aborto frustrado, enfermedad trofoblástica gestacional, alumbramiento incompleto, hemorragia uterina disfuncional, embarazo ectópico.
- ❖ Diagnósticas: Infertilidad, infecciones crónicas, hiperplasia endometrial, poliposis endometrial, biopsias.

Procedimiento:

- Lavado de manos.
- Usar guantes estériles.
- Vía segura con ClNa 9‰.
- Evacuación vesical, preferentemente por micción.
- Administración de anestesia.
- Aplicar solución antiséptica yodada a la región perineal, vagina y cuello uterino.
- Realizar examen pélvico bimanual para evaluar el tamaño y posición del útero.
- Colocación de valvas.
- Verificar presencia de desgarros o productos de la concepción que estén protruyendo.
- Si hay productos de la concepción en vagina o el cuello uterino, extraer los utilizando una pinza de Foerster.
- Pinzamiento del labio anterior del cuello uterino.
- Histerometría.
- Dilatación cervical si fuera necesario, comenzando con el dilatador más pequeño y terminando con el más grande.
- Evacuar el contenido uterino con una pinza Foerster o una cureta grande.
- Legrar con delicadeza las paredes del útero hasta percibir una sensación de aspereza recorriendo la cavidad uterina en forma horaria del fondo hacia el cerviz.
- Revisar hemostasia.

- Usar oxitócicos a criterio clínico.
- Examinar el material evacuado y enviar muestra a Anatomía- Patológica.

Complicaciones:

- ❖ Perforación uterina.
- ❖ Hemorragia.

2.3 Definición de términos básicos

- a) Placenta previa:** El término se usa para describir aquella que está implantada sobre o muy cerca del orificio interno del cuello uterino.
- b) Factores de riesgo:** Son aquellos rasgos, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
- c) Periodo Intergenésico:** El periodo intergenésico se define como el lapso de tiempo el final de un embarazo y el inicio del siguiente embarazo y otro.
- d) Paridad:** Cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500g o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional, tendrá 4 índices; nulípara, primípara, multípara y gran multípara.
- e) Anemia en gestación:** se define como un nivel bajo de hemoglobina, en el primer trimestre menor a 11g/dl, en el segundo trimestre menor a 10,5 g/dl, en el tercer trimestre menor a 11 g/dl.
- f) Anemia:** es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo.

- g) Tabaquismo:** es un tipo de adicción que lleva consigo un daño crónico por la inhalación de sustancias tóxicas presentes en los cigarrillos, como la nicotina, principal principio adictivo del tabaco.
- h) Legrado uterino:** el legrado es utilizado por los ginecólogos para diversas pruebas y sus funciones son principalmente recoger muestras del endometrio para analizarlas o vaciar el interior del útero.
- i) AMEU:** la Aspiración Manual Endouterina es un método actualmente recomendado por la OMS por su eficacia y seguridad para la interrupción del embarazo.
- j) Antecedentes de placenta previa anterior:** es aquella patología que se repite para luego ser un factor de riesgo.
- k) Tipo de embarazo:** Se denomina al desarrollo simultáneo en el útero de uno o más fetos.
- l) Presentación fetal:** es la parte del feto que está en relación con el estrecho superior de la pelvis materna, es decir, la más descendida (variedades de nalgas: nalgas puras, nalgas y pies, ambos pies...; variedades cefálicas: vértice, sincipucio, frente y cara).

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación

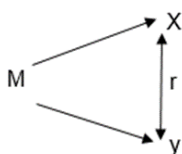
El presente trabajo de investigación es de tipo observacional según la intervención del investigador, retrospectivo según la planificación de la investigación, transversal según el número de medición y analítico según el análisis de variable.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño considerado fue el descriptivo correlacional, no experimental, por que permitió describir los hechos observados a nivel de variables, dimensiones y tablas de contingencia de estudio. Seguidamente se emitió el nivel de correlacional entre las variables y dimensiones según que se consideró en los objetivos.

Su esquema correspondiente es el siguiente:

Esquema:



Donde:

M= Muestra

X: variable 1

Y: Variable 2

R= correlación de las variables de estudio.

3.3 Población y muestra de la investigación

3.3.1 Población

La población, objeto de estudio, fue constituida por 633 pacientes gestantes atendidas durante el año 2017, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, del departamento de gineco-obstetricia.

3.3.2 Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el algoritmo para población finita o conocida, siendo:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

N = Población

n = Muestra

p = Proporción de personas con el fenómeno a estudiar.

q = Proporción de personas sin el fenómeno a estudiar.

Z = Desviación normal de la muestra al nivel de error aceptado

$\alpha=0.05=1.96$

d = Precisión de la muestra

La muestra representativa de la investigación es de tipo probabilístico

$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$		
Marco muestral	N =	633
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.050
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0.975
Z de (1- $\alpha/2$)	$Z (1 - \alpha/2) =$	1.960
Prevalencia de la enfermedad	p =	0.500
Complemento de p	q =	0.500
Precisión	d =	0.050
Tamaño de la muestra	n =	239.30

La muestra representativa de la investigación es del tipo probabilístico, es la técnica de muestreo en que todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser seleccionadas. Las unidades de estudio, fueron seleccionados a través de la técnica de selección aleatoria; estos valores se consideraron del marco lista de la población.

El procedimiento empleado fue el siguiente:

- Se asignó un número a cada individuo de la población total a ser estudiada.
- A través de números aleatorios generados con un ordenador, se eligió tantos sujetos como sea necesario para completar el tamaño de la muestra requerida para el trabajo de investigación.

3.4 Variables, dimensiones e indicadores

OPERALIZACION DE VARIABLE			
Variable	Dimensión	INDICADOR	VALOR FINAL
		Edad	≤19 años

FACTORES	Factores maternos		20 a 34 años ≥35 años
		Paridad	Primípara Multípara Gran Multípara
		Anemia en gestación	Si No
		Tabaquismo	Si No
	Factores sociodemográficos	Procedencia	Rural Urbano Ama de casa
		Ocupación	Estudiante comerciante Profesional
		Estado civil	Casada Soltera Conviviente
		Grado de Instrucción	Analfabeta primaria secundaria superior
		Factores obstétricos	Periodo intergenésico
	AMEU		Si No
	Antecedentes de placenta Previa		Si No
	Legrado uterino		SI NO

		Tipo de embarazo	único múltiple
	Placenta previa	Presentación fetal	cefálica podálica Transversa
PLACENTA PREVIA		Lateral Marginal Parcial total	3 cm del OCI Borde del OCI Cubre parcialmente el OCI Cubre el OCI

3.5 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

3.5.1 Técnicas

La técnica que se utilizó fue la revisión documental, ya que la información requerida estuvo contenida en las historias clínicas.

3.5.2 Instrumentos

El instrumentó fue la ficha de recolección de datos, ya que los datos fueron recopilados de las historias clínicas. La misma que se validó mediante la técnica de juicio de expertos.

3.6 Procedimientos

Para el cumplimiento del objetivo del presente trabajo de investigación se realizó las siguientes coordinaciones y procedimientos.

Se solicitó al comité de investigación de la Universidad Alas Peruanas Filial - Abancay para que brinde las facilidades en la ejecución del presente trabajo de investigación, una vez aceptada se procedió a realizar el estudio.

Se elaboró el instrumento para medir el objetivo de la investigación en pacientes gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017 Abancay, el mismo que fue validada por el juicio de expertos.

Se solicitó un oficio al comité de investigación de la Universidad Alas Peruanas-Filial Abancay, para la autorización de la recolección de la información requerida dirigida al director del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

Una vez obtenida la autorización, se realizó la coordinación con los encargados de los servicio de gineco-obstetricia y estadística para solicitarle las facilidades para la recolección de la información requerida.

Las pacientes gestantes fueron seleccionadas para la población y muestra.

Se procedió a recopilar la información hasta completar la muestra requerida, durante este procedimiento no se presentaron inconvenientes.

Se procedió a verificar y codificar toda información obtenida para luego ser tabulada en el programa Excel 2010, para luego ser ingresadas al programa estadístico SPSS 20 (IBM SPSS Statistics), el cual mostro los resultados a través de tablas y figuras estadísticas las cuales fueron interpretadas y analizadas.

Se realizó el análisis y la redacción del informe final del trabajo de investigación

CAPITULO IV

RESULTADOS

La investigación está referida a gestantes que fueron atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

Esta investigación tuvo como propósito determinar los factores de riesgo relacionados al tipo de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

La información correspondiente se recogió a través de las fichas de recolección datos documentada en las historias clínicas; en este instrumento se consideraron ítems relacionados a las variables y dimensiones de estudio.

Se debe indicar que los resultados estadísticos se utilizaron para redactar la discusión de la investigación, contrastando los contenidos del marco teórico y los estudios realizados por otros investigadores.

A continuación se presentan en detalle los resultados estadísticos obtenidos.

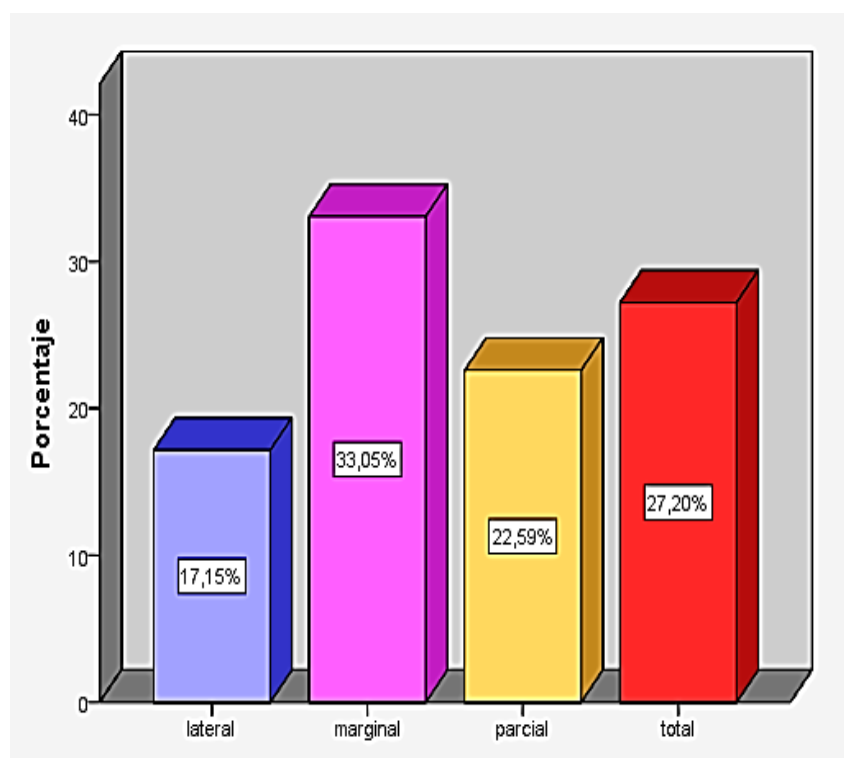
4.1 Resultados descriptivos:

Tabla 1: Gestantes según placenta previa en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	lateral	41	17,2	17,2	17,2
	marginal	79	33,1	33,1	50,2
	parcial	54	22,6	22,6	72,8
	total	65	27,2	27,2	100,0
	Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Gráfico 1: Porcentaje de gestantes según placenta previa en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

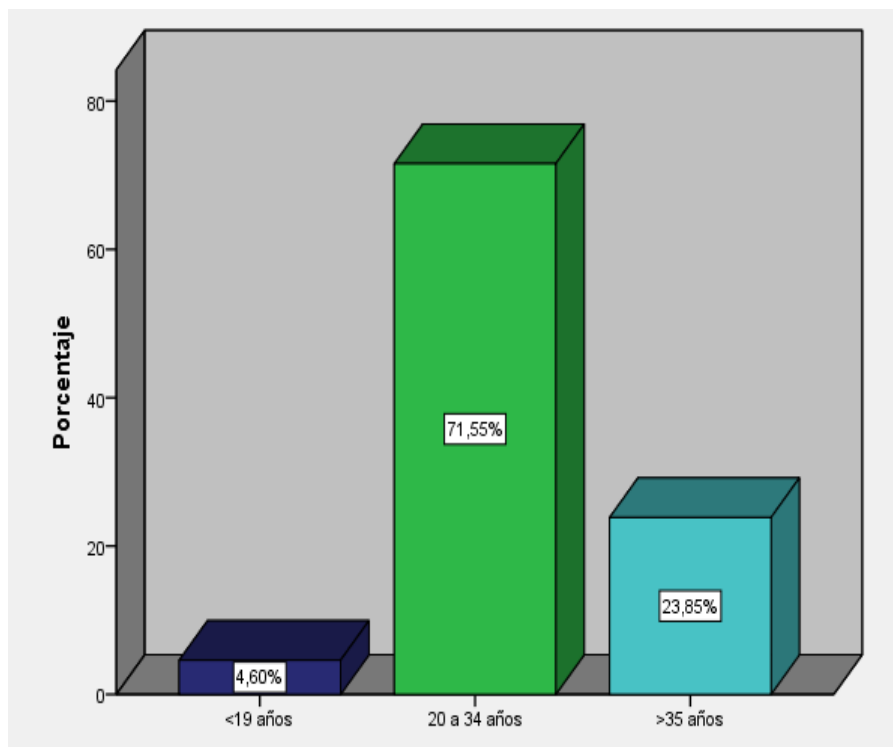
En el cuadro se observan que del 239 pacientes gestantes, el 33.05%% presentan placenta previa marginal durante la segunda mitad de gestación, seguido de un 27.20% presentan placenta previa total en la segunda mitad de gestación.

Tabla 2: Gestantes según la edad en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido <19 años	11	4,6	4,6	4,6
20 a 34 años	171	71,5	71,5	76,2
>35 años	57	23,8	23,8	100,0
Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Gráfico 2: Porcentaje de gestantes según la edad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

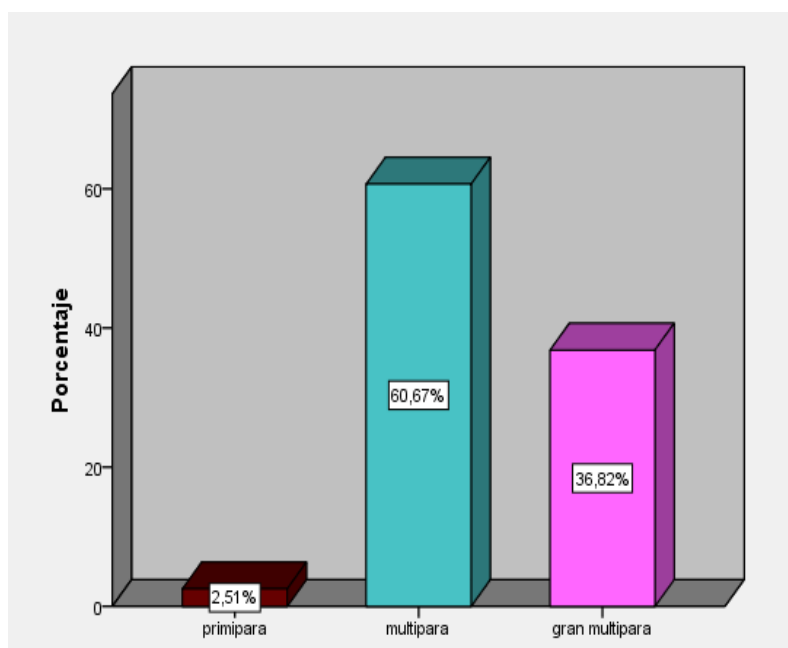
En el cuadro se observan del 239 gestantes, el 71.55% tienen la edad de 20 a 34 años, seguido del 23.85% tienen la edad mayor de 35 años.

Tabla 3: Gestantes según paridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido primípara	6	2,5	2,5	2,5
multípara	145	60,7	60,7	63,2
gran multípara	88	36,8	36,8	100,0
Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Gráfico 3: Porcentaje de gestantes según parida en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

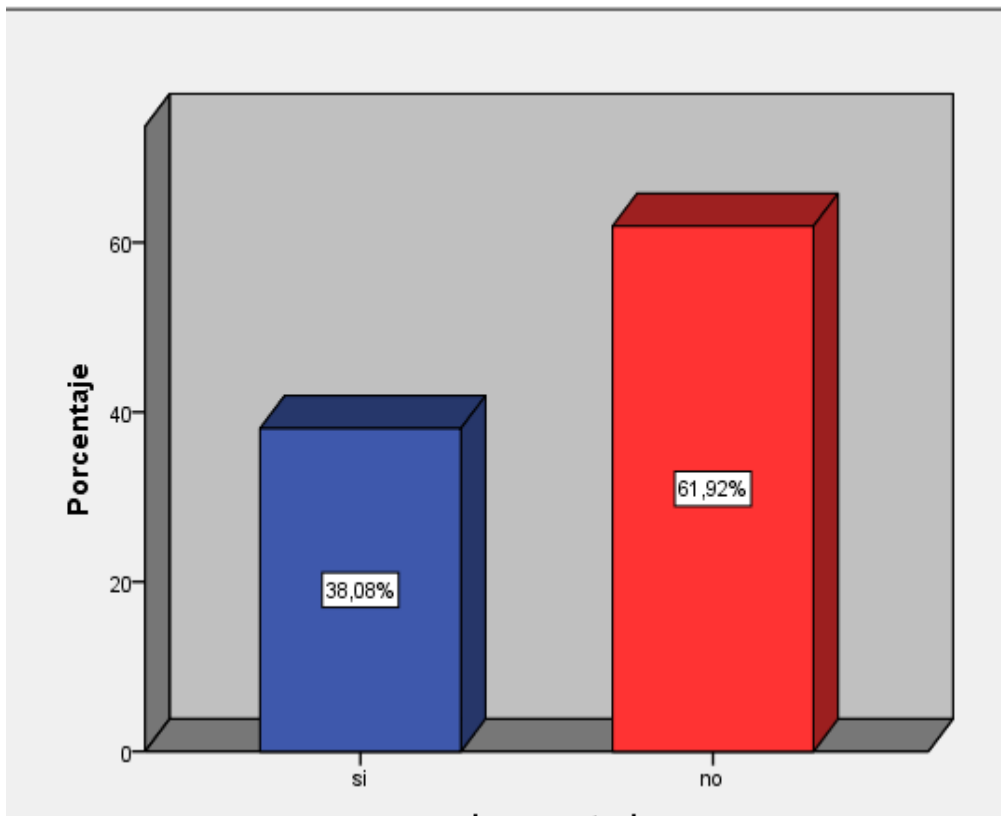
En el cuadro se observan del 239 gestantes, el 60.67% son multíparas, seguido del 36.82% son gran multíparas y el 2.51% son primíparas.

Tabla 4: Gestante según la anemia en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	91	38,1	38,1	38,1
no	148	61,9	61,9	100,0
Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Gráfico 4: Porcentaje de gestante según la anemia en gestación pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

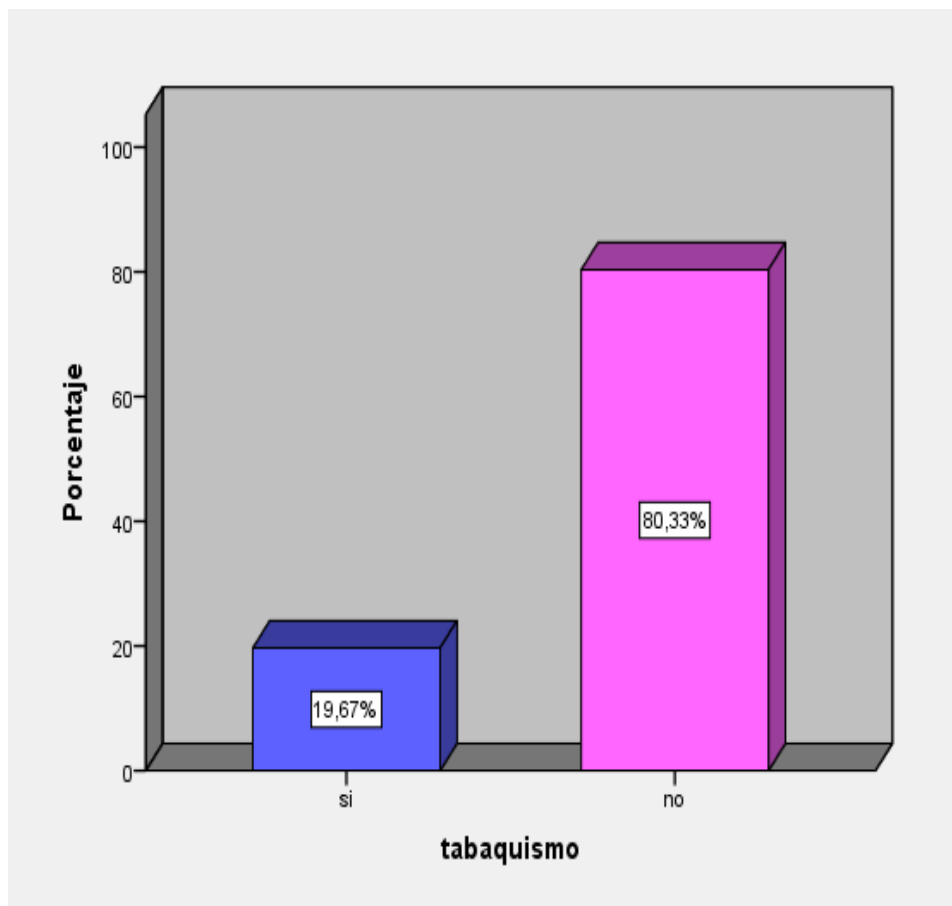
En el cuadro se observan del 239 gestantes, el 61.92% no presentan anemia materna, seguido del 38.08% que presentan anemia en gestación.

Tabla 5: Gestantes según tabaquismo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	47	19,7	19,7	19,7
	no	192	80,3	80,3	100,0
	Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Gráfico 5: Porcentaje de gestantes según tabaquismo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

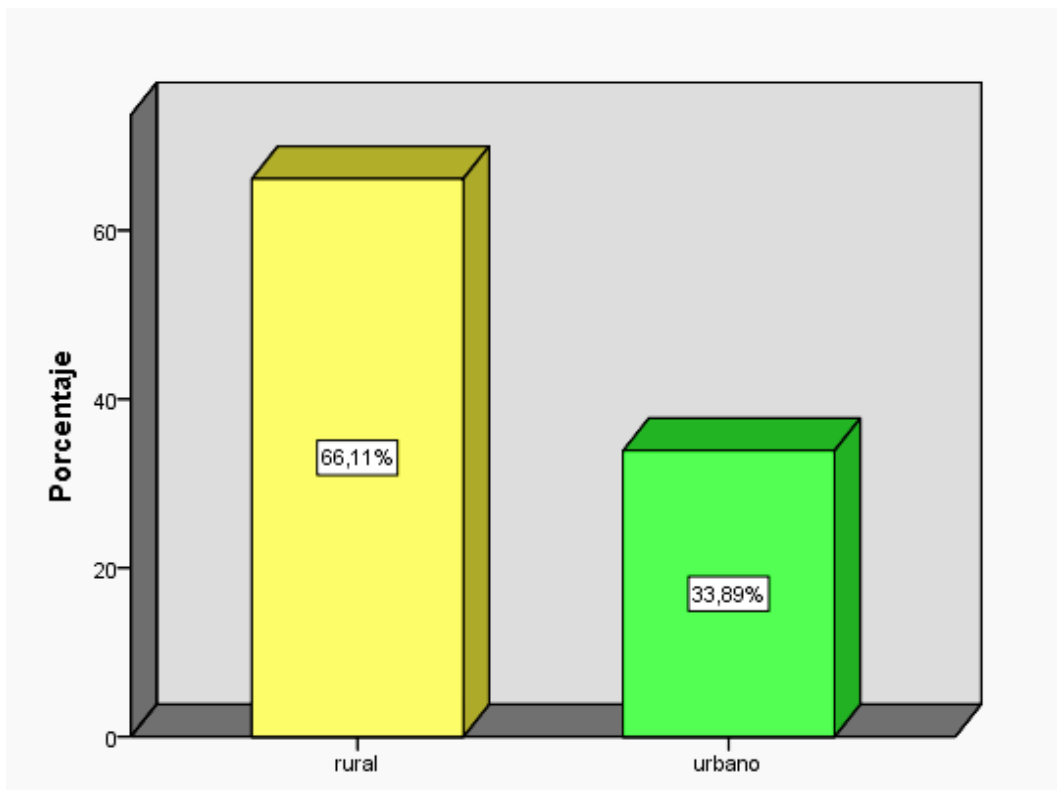
En el cuadro se observan del 239 gestantes, el 80.33% no son fumadoras, mientras que el 19.67% si son fumadoras.

Tabla 6: Gestantes según procedencia en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido rural	158	66,1	66,1	66,1
urbano	81	33,9	33,9	100,0
Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Gráfico 6: Porcentaje de gestantes según procedencia en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

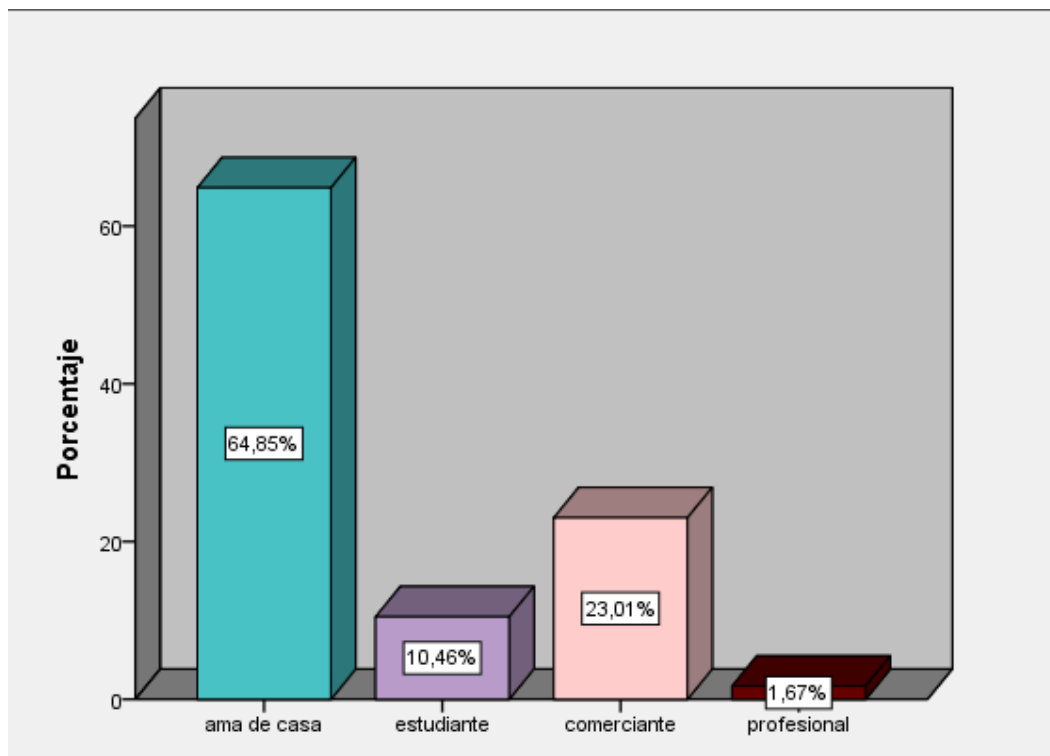
En el cuadro se observan del 239 de gestantes, el 66.11% viven en una zona rural, mientras el 33.89% viven en la zona urbana.

Tabla 7: Gestantes según la ocupación en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido ama de casa	155	64,9	64,9	64,9
estudiante	25	10,5	10,5	75,3
comerciante	55	23,0	23,0	98,3
profesional	4	1,7	1,7	100,0
Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Gráfico 7: Porcentaje de Gestantes según la ocupación en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

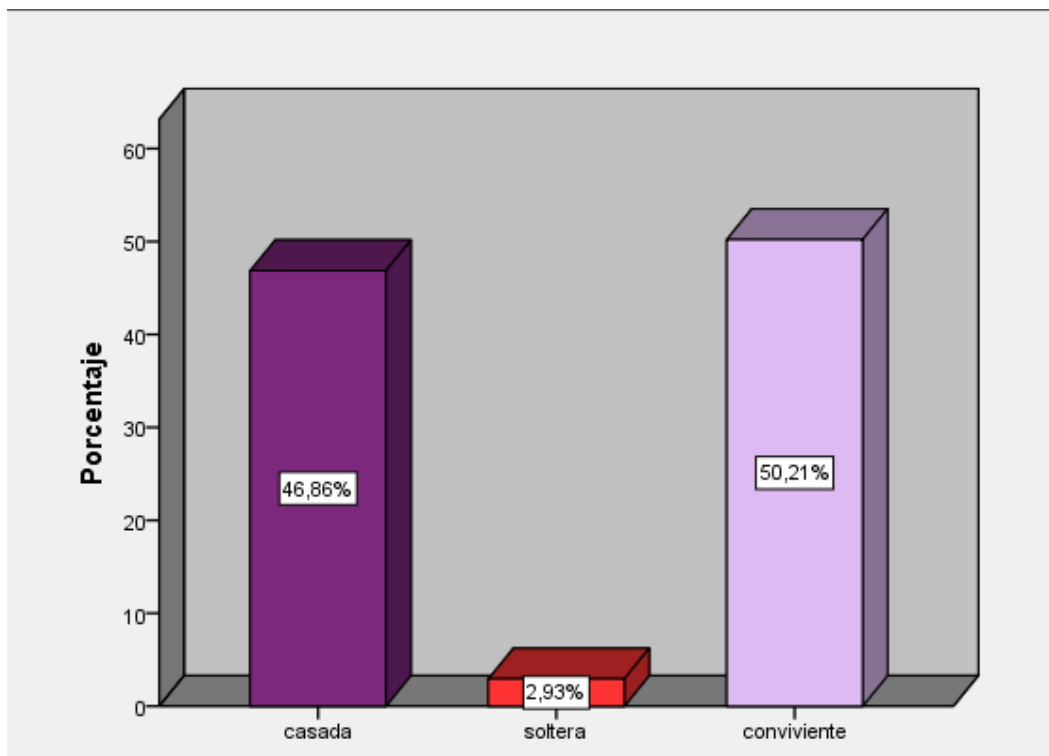
En el cuadro se observan del 239 gestantes, el 64.85% tiene la ocupación de ama de casa, seguido del 23.01% tienen la ocupación de comerciante.

Tabla 8: Gestantes según el estado civil en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido casada	112	46,9	46,9	46,9
soltera	7	2,9	2,9	49,8
conviviente	120	50,2	50,2	100,0
Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Grafico 1: Porcentaje de gestantes según el estado civil de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

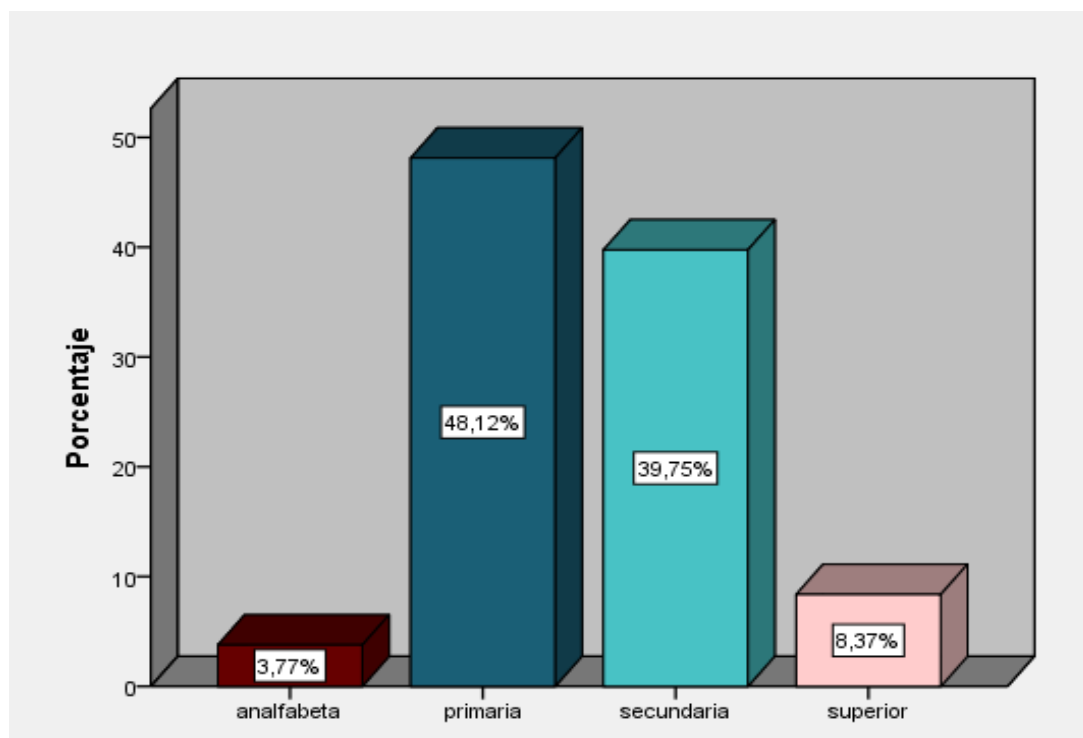
En el cuadro se observan de 239 gestantes, el 50.21% son convivientes, mientras que el 46.86% son casadas y el 2.93% son solteras.

Tabla 9: Gestantes según el grado de instrucción en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido analfabeta	9	3,8	3,8	3,8
primaria	115	48,1	48,1	51,9
secundaria	95	39,7	39,7	91,6
superior	20	8,4	8,4	100,0
Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Grafico 2: Porcentaje de gestantes según el grado de instrucción en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

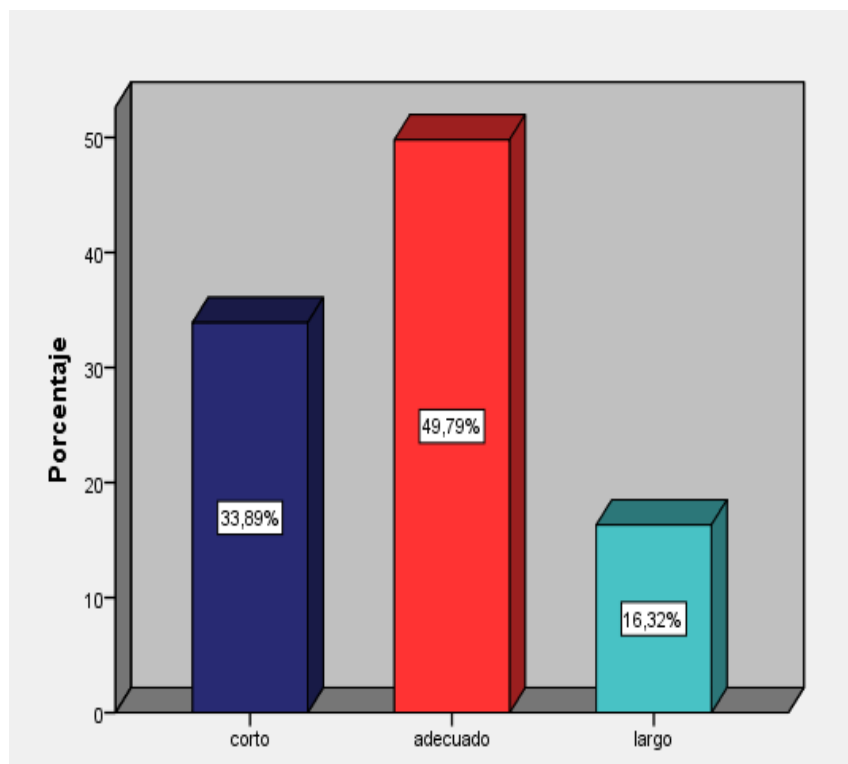
En el cuadro se observan del 239 gestantes, el 48.12% tienen el grado de instrucción primaria, mientras el 39.75% tienen el grado de instrucción secundaria.

Tabla 10: Gestantes según el periodo intergenésico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido corto	81	33,9	33,9	33,9
adecuado	119	49,8	49,8	83,7
largo	39	16,3	16,3	100,0
Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Grafico 3: Porcentaje de gestantes según el periodo intergenésico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

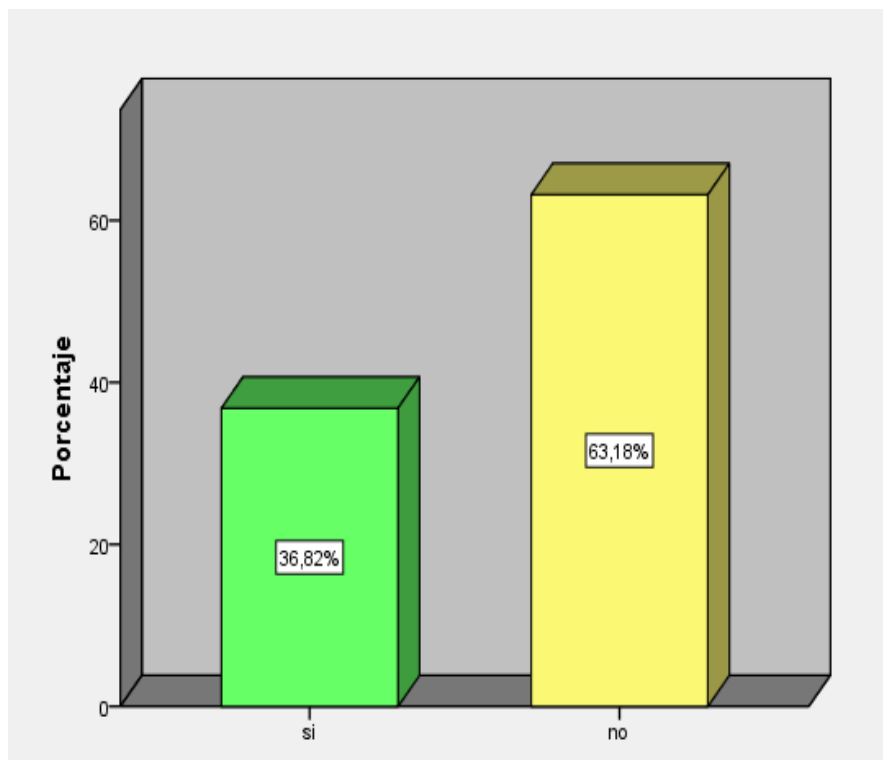
En el cuadro se observan del 239 gestantes, el 49.79% tiene el periodo intergenésico adecuado, seguido que el 33.89% tienen el periodo intergenésico corto y el 16.32% tienen el periodo intergenésico largo.

Tabla 11: Gestantes según el antecedente de aspiración manual endo-uterina en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	88	36,8	36,8	36,8
no	151	63,2	63,2	100,0
Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Grafico 4.- Gestante según el antecedente de aspiración manual endo-uterina en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

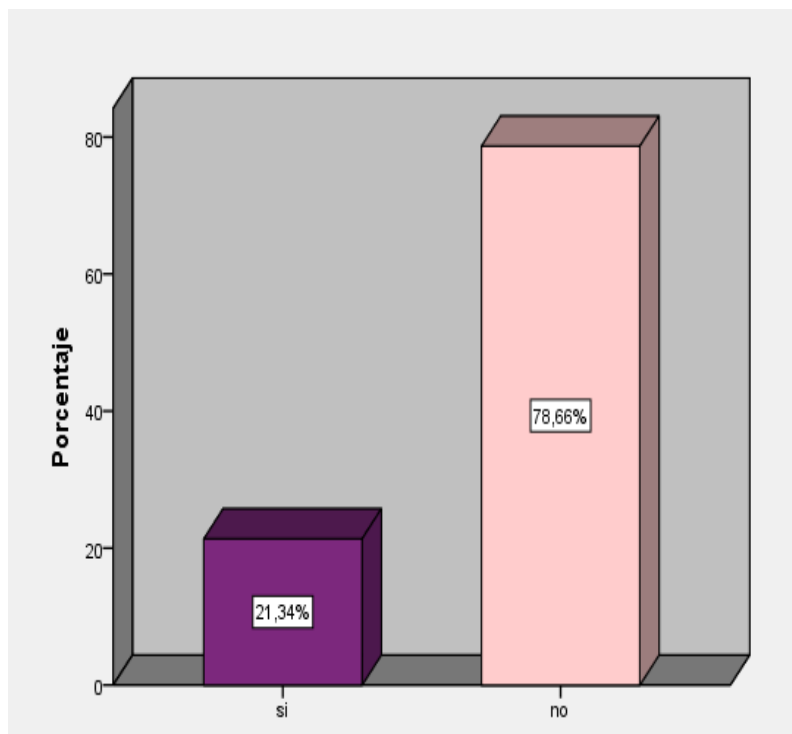
En el cuadro se observan del 239 gestantes, el 63.18% tiene como antecedente aspiración manual endo-uterina, seguido que el 36.82% no tienen como antecedente aspiración manual endo-uterina..

Tabla 12: Gestantes según el antecedente de placenta previa anterior en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	51	21,3	21,3	21,3
no	188	78,7	78,7	100,0
Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Grafico 5: Porcentaje de gestantes según el antecedente de placenta previa anterior en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

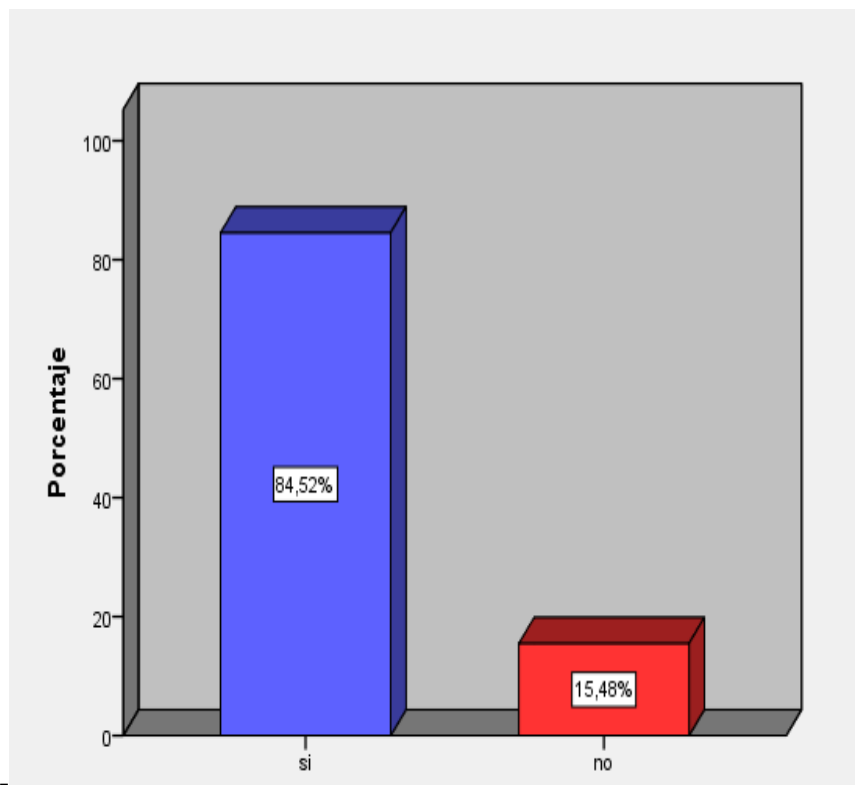
En el cuadro se observan del 239 gestantes, el 78.66% presenta el antecedente de placenta previa anterior, mientras el 21.34% no presentan antecedentes de placenta previa anterior.

Tabla 13: Gestantes según antecedente de legrado uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	202	84,5	84,5	84,5
no	37	15,5	15,5	100,0
Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Grafico 6: Porcentaje de gestantes según el antecedente de legrado uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

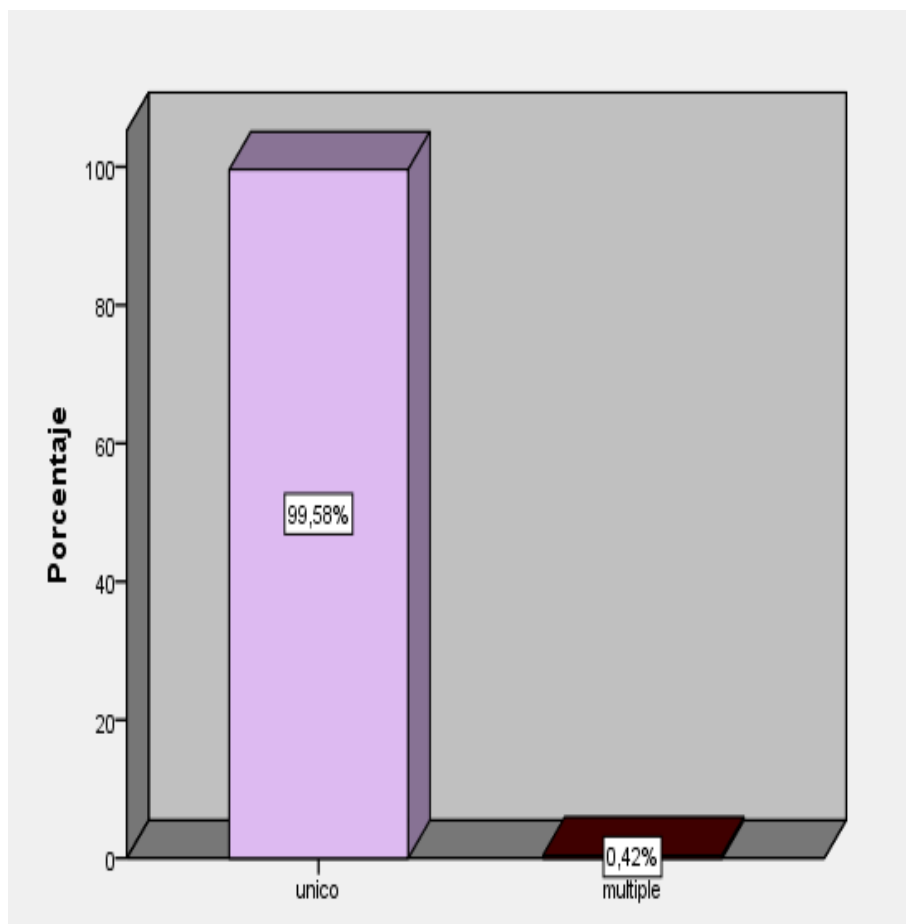
En el cuadro se observan del 239 gestantes, el 84.52% presenta el antecedente de legrado uterino, seguido del 15.48% no presentan el antecedente de legrado uterino.

Tabla 14: Gestantes según el tipo de embarazo en pacientes atendidas en el en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido único	238	99,6	99,6	99,6
múltiple	1	,4	,4	100,0
Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Grafico 7: Porcentaje de gestantes según el tipo de embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

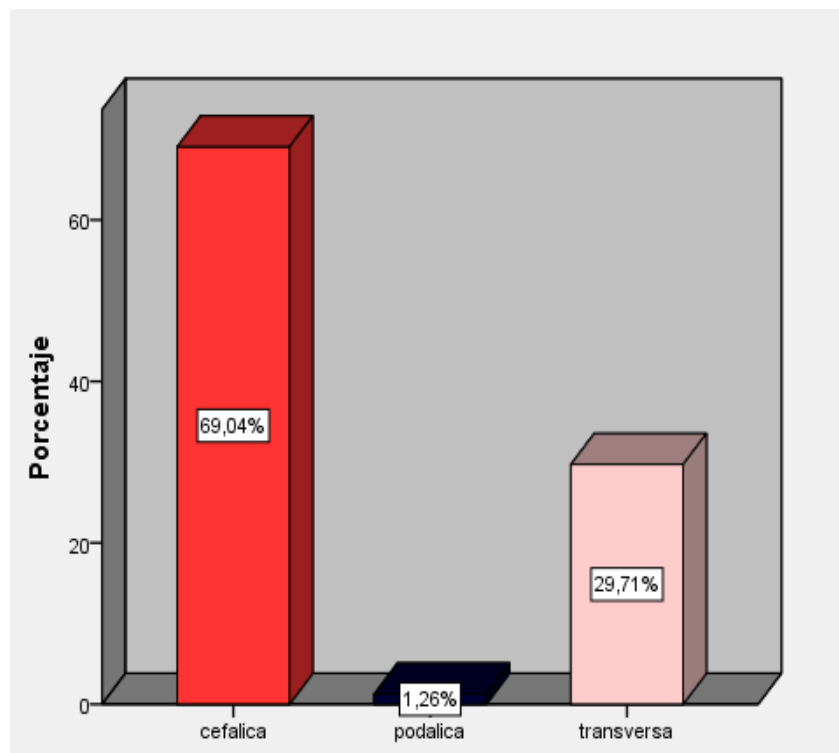
En el cuadro se observan del 239 gestantes, el 99.58% presenta el tipo de embarazo único, mientras el 0.42% presentan el tipo de embarazo múltiple.

Tabla 15: Gestantes según la presentación fetal en pacientes atendidas en el en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido cefálica	165	69,0	69,0	69,0
podálica	3	1,3	1,3	70,3
transversa	71	29,7	29,7	100,0
Total	239	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Grafico 8: Porcentaje de gestantes según la presentación fetal en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

En el cuadro se observan del 239 gestantes, el 69.04% tienen la presentación fetal cefálica, mientras el 29.17% tienen la presentación fetal transversa y el 1.26% tienen la presentación fetal podálica.

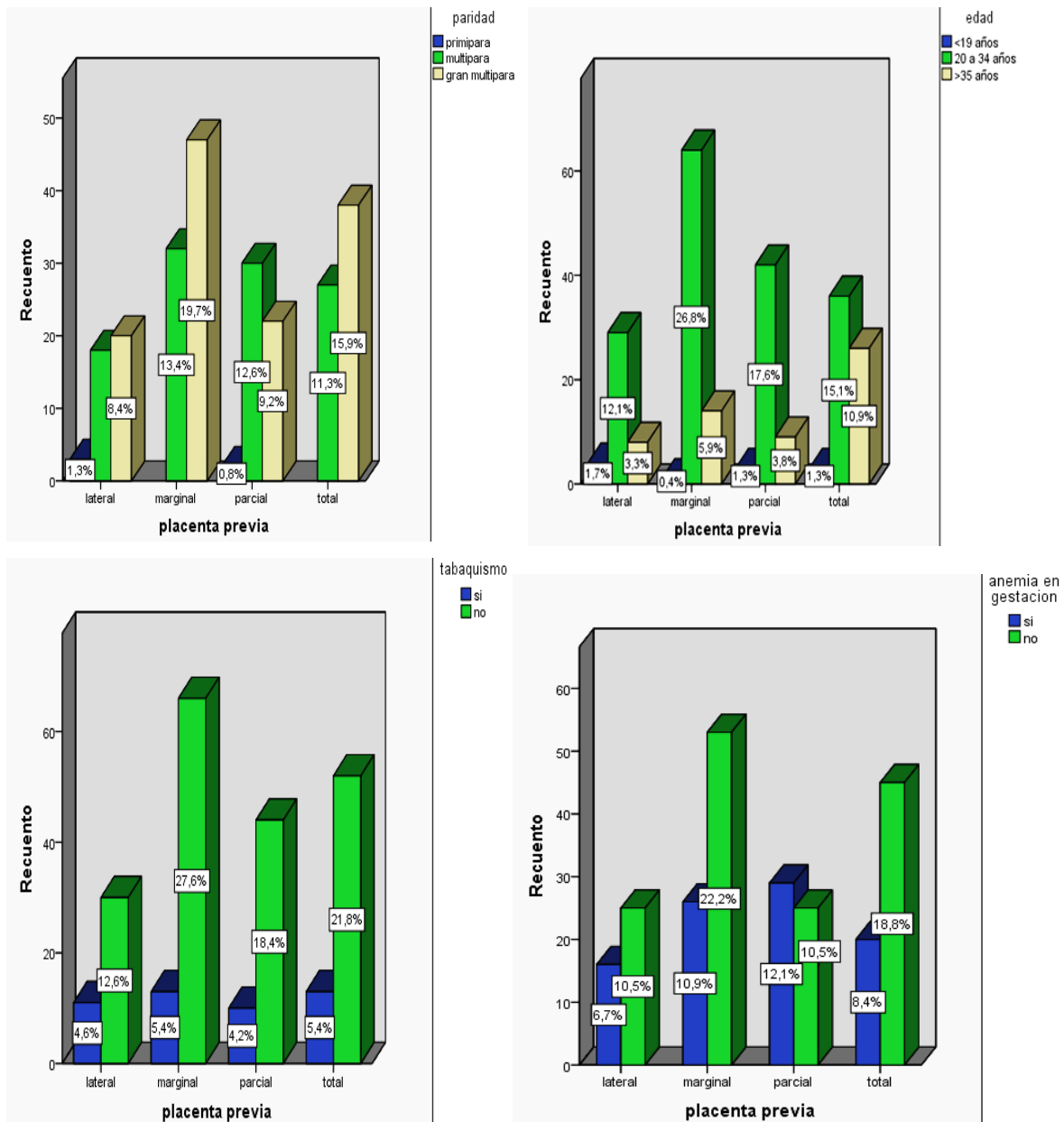
4.2 Resultados correlacionados:

Tabla 16: Gestantes con placenta previa según factores de riesgo maternos en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

		Placenta previa									
		Lateral		marginal		parcial		total		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad	≤19 años	4	1,7	1	0,4	3	1,3	3	1,3	11	4,6
	20 a 34 años	29	12,1	6	26,4	4	17,6	3	15,1	17	71,5
	≥35 años	8	3,3	1	5,9	9	3,8	2	10,9	57	23,8
Paridad	Primípara	3	1,3	0	0,0	2	0,8	0	0,0	5	2,1
	Múltipara	18	7,5	32	13,4	30	12,6	27	11,3	107	44,8
	Gran Múltipara	20	8,4	47	19,7	22	9,2	38	15,9	127	53,1
Anemia en gestación	SI	16	6,7	26	10,9	29	12,1	20	8,4	91	38,1
	NO	25	10,5	53	22,2	25	10,5	45	18,8	148	61,9
Tabaquismo	SI	11	4,6	13	5,4	10	4,2	13	5,4	47	19,7
	NO	30	12,6	66	27,6	44	18,4	52	21,8	192	80,3

Fuente: Base de datos

Grafico 9: Porcentaje de gestantes con placenta previa según factores de riesgo maternos en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

En los siguientes gráficos se observan que del total de gestantes, el 12.1% cuya edad es de 20 a 34 años presentaron placenta previa lateral durante la segunda mitad de gestación, el 26.8% cuya edad es de 20 a 34 años presentaron placenta previa margina durante la segunda mitad de gestación, el 17.6% cuya edad es de 20 a 34

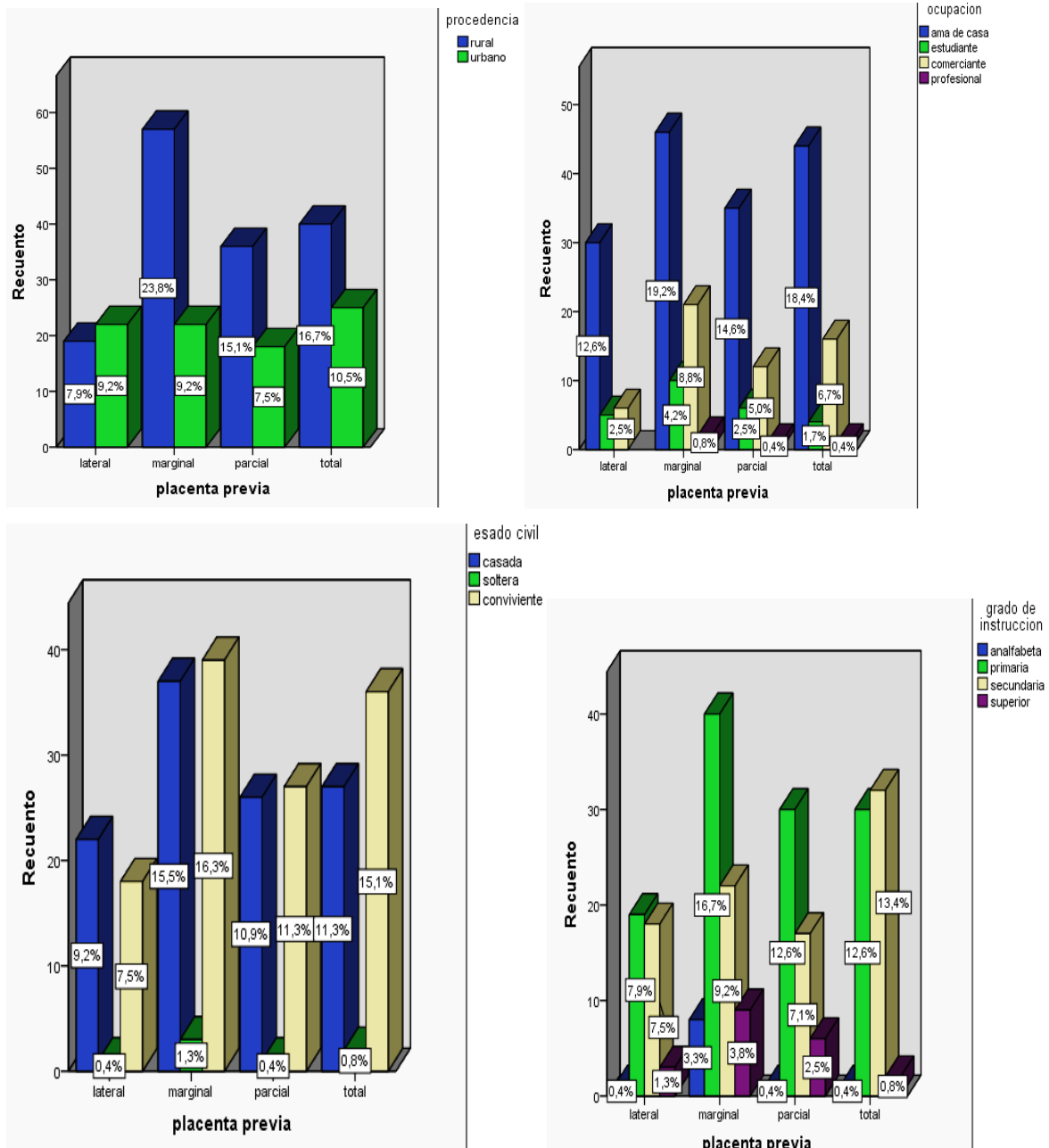
años presentaron placenta previa parcial durante la segunda mitad de gestación y el 15.1% cuya edad es de 20 a 34 años presentaron placenta previa total durante la segunda mitad de gestación, seguidamente se aprecia en el gráfico del total de gestantes, el 8.4 % cuya paridad es Gran múltipara presentaron placenta previa lateral durante la segunda mitad de gestación, el 19.7% cuya paridad es de Gran múltipara presentaron placenta previa marginal durante la segunda mitad de gestación, 12.6 % el cuya paridad es de múltipara presentaron placenta previa parcial durante la segunda mitad de gestación y el 39% cuya paridad es de múltipara presentaron placenta previa total durante la segunda mitad de gestación, seguidamente se aprecia en el grafico del total de gestantes, el 6.7% cuya anemia en la gestación presentaron placenta previa lateral en la segunda mitad de gestación, el 10.9% cuya anemia en gestación presentaron placenta previa marginal en la segunda mitad de gestación, el 12.1% cuya anemia en gestación presentaron placenta previa parcial en la segunda mitad de gestación y el 8,4% cuya anemia en gestación presentaron placenta previa total en la segunda mitad de gestación, finalizando en el grafico se aprecia del total de gestantes el 4.6% presentaron placenta previa lateral en la segunda mitad de gestación fueron fumadoras, el 5.4% presentaron placenta previa marginal y total en la segunda mitad de gestación fueron fumadoras, el 4.2% presentaron placenta previa parcial en la segunda mitad de gestación fueron fumadoras.

Tabla 17: Gestantes con placenta previa según factores de riesgo sociodemográficos en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

		Placenta previa									
		lateral		marginal		parcial		total		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Procedencia	rural	19	7,9	57	23,8	36	15,1	40	16,7	152	63,6
	urbano	22	9,2	22	9,2	18	7,5	25	10,5	87	36,4
Ocupación	Ama de casa	30	12,6	46	19,2	35	14,6	44	18,4	155	64,9
	estudiante	5	2,1	10	4,2	6	2,5	4	1,7	25	10,5
	comerciante	6	2,5	21	8,8	12	5,0	16	6,7	55	23,0
	profesional	0	0,0	2	0,8	1	0,4	1	0,4	4	1,7
Estado civil	Casada	22	9,2	37	15,5	26	10,9	27	11,3	112	46,9
	soltera	1	0,4	3	1,3	1	0,4	2	0,8	7	2,9
	conviviente	18	7,5	39	16,3	27	11,3	36	15,1	120	50,2
Grado de instrucción	Analfabeta	1	0,4	8	3,3	1	0,4	1	0,4	11	4,6
	Primaria	19	7,9	40	16,7	30	12,6	30	12,6	119	49,8
	Secundaria	18	7,5	22	9,2	17	7,1	32	13,4	89	37,2
	superior	3	1,3	9	3,8	6	2,5	2	0,8	20	8,4

Fuente: Base de datos

Gráfico 10: Porcentaje de gestantes con placenta previa según factores de riesgo sociodemográficos en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.



Fuente: Base de datos

En los siguientes gráficos se observan que del total de gestantes, el 9.2% cuya procedencia es de zona urbana presentaron placenta previa lateral durante la segunda mitad de gestación, el 23.8% cuya procedencia es de zona rural presentaron

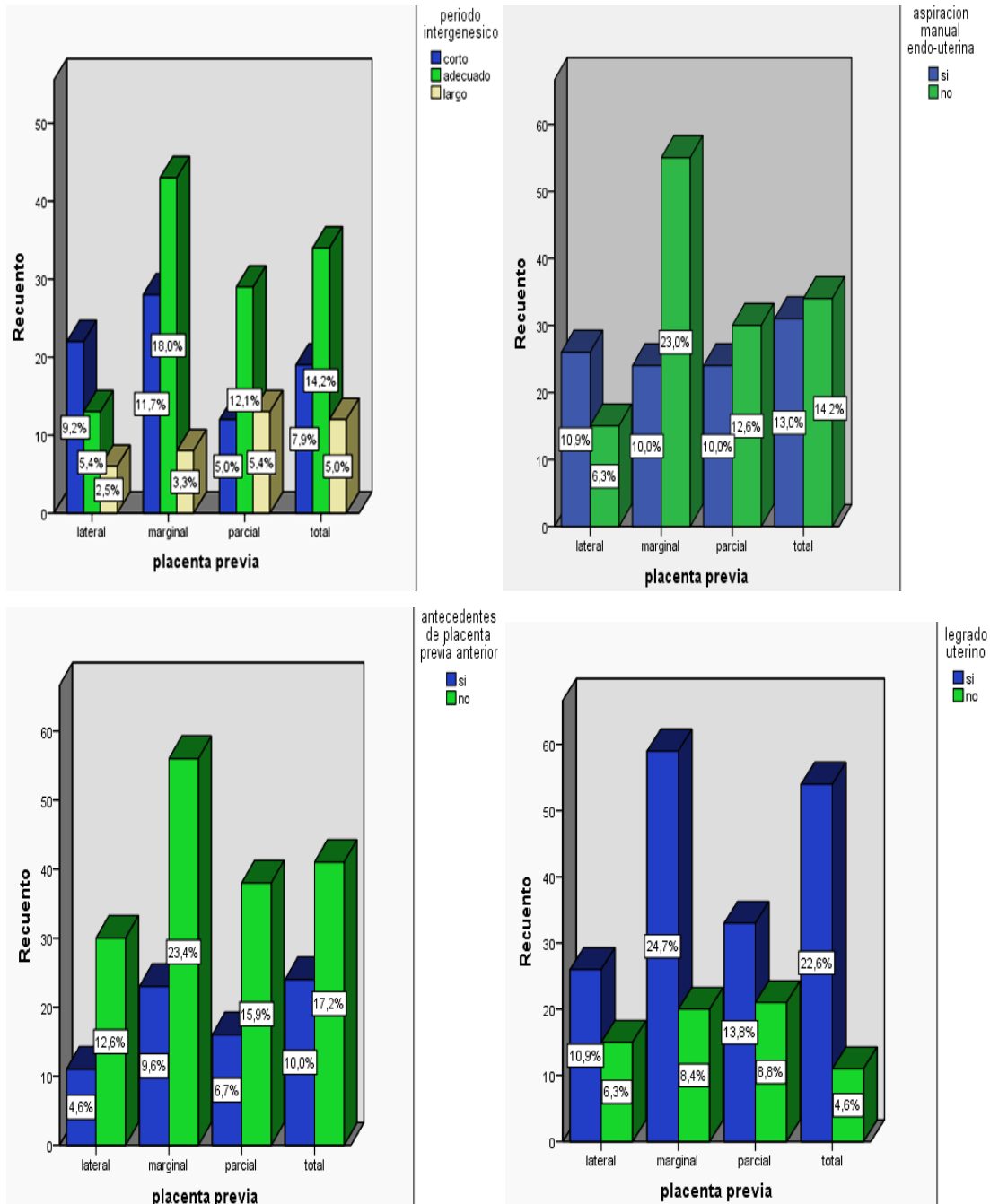
placenta previa margina durante la segunda mitad de gestación, el 15.1% cuya procedencia es de zona rural presentaron placenta previa parcial durante la segunda mitad de gestación y el 16.7% cuya procedencia es de zona rural presentaron placenta previa total durante la segunda mitad de gestación, seguidamente se aprecia en el gráfico del total de gestantes, el 12.6% cuya ocupación es de ama de casa presentaron placenta previa lateral durante la segunda mitad de gestación, el 19.2% cuya ocupación es de ama de casa presentaron placenta previa marginal durante la segunda mitad de gestación, 14.6 %cuya ocupación es de ama de casa presentaron placenta previa parcial durante la segunda mitad de gestación y el 18.4% cuya ocupación es de ama de casa presentaron placenta previa total durante la segunda mitad de gestación, seguidamente se aprecia en el grafico del total de gestantes, el 9.2% cuyo estado civil es de casada presentaron placenta previa lateral en la segunda mitad de gestación, el 16.3% cuyo estado civil es de conviviente presentaron placenta previa marginal en la segunda mitad de gestación, el 11.3% cuyo estado civil es de conviviente presentaron placenta previa parcial en la segunda mitad de gestación y el 15.1% cuyo estado civil es de casada presentaron placenta previa total en la segunda mitad de gestación, finalizando en el grafico se aprecia del total de gestantes el 7.9% tienen el grado de instrucción primario presentaron placenta previa lateral durante la segunda mitad de gestación, el 16.7% tienen el grado de instrucción primario presentaron placenta previa marginal durante la segunda mitad de gestación, el 12.6% tienen el grado de instrucción primario presentaron placenta previa parcial durante la segunda mitad de gestación y el 13.4 % tienen el grado de instrucción secundario presentaron placenta previa total durante la segunda mitad de gestación.

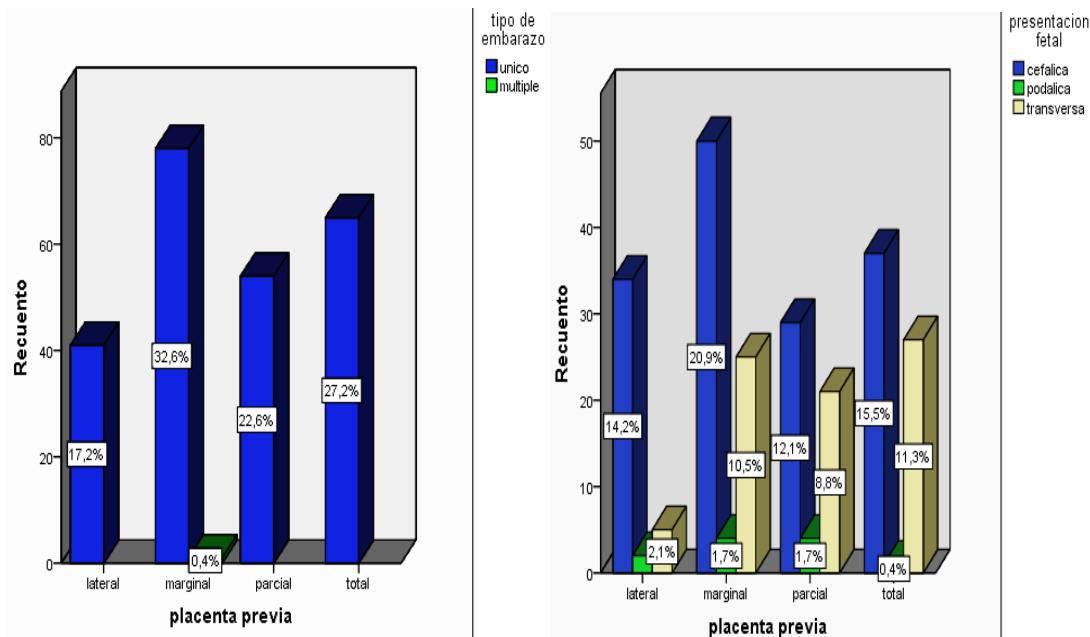
Tabla 18: Gestantes con placenta previa según factor de riesgo obstétrico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

		Placenta previa									
		Lateral		Marginal		Parcial		Total		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Periodo intergenésico	Corto	22	9,2	28	11,7	12	5,0	19	7,9	81	33,9
	Adecua-do	13	5,4	43	18,0	29	12,1	34	14,2	119	49,8
	Largo	6	2,5	8	3,3	13	5,4	12	5,0	39	16,3
Aspiración manual endo-uterina	SI	26	10,9	24	10,0	24	10,0	31	13,0	105	43,9
	NO	15	6,3	55	23,0	30	12,6	34	14,2	134	56,1
Antecedentes de placenta previa anterior	SI	11	4,6	23	9,6	16	6,7	24	10,0	74	31,0
	NO	30	12,6	56	23,4	38	15,9	41	17,2	165	69,0
Legrado uterino	SI	26	10,9	59	24,7	33	13,8	54	22,6	172	72,0
	NO	15	6,3	20	8,4	21	8,8	11	4,6	67	28,0
Tipo de embarazo	SI	41	17,2	78	32,6	54	22,6	65	27,2	238	99,6
	NO	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Presentación fetal	cefálica	34	14,2	50	20,9	29	12,1	37	15,5	150	62,8
	Podálica	2	0,8	4	1,7	4	1,7	1	0,4	11	4,6
	Transversa	5	2,1	25	10,5	21	8,8	27	11,3	78	32,6

Fuente: Base de datos

Grafico 11: Porcentaje de gestantes con placenta previa según factores de riesgo obstétricos en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.





Fuente: Base de datos

En los siguientes gráficos se observan que del total de gestantes, el 9.2 % tienen el periodo intergenésico corto presentaron placenta previa lateral durante la segunda mitad de gestación, el 18% tienen el periodo intergenésico adecuado presentaron placenta previa marginal durante la segunda mitad de gestación, el 12.1% tienen el periodo intergenésico adecuado presentaron placenta previa parcial durante la segunda mitad de gestación y el 14.2 % tienen el periodo intergenésico adecuado presentaron placenta previa total durante la segunda mitad de gestación, seguidamente se aprecia en el gráfico del total de gestantes, el 10.9% de gestantes con antecedente de AMEU presentaron placenta previa lateral durante la segunda mitad de gestación, el 10% de gestantes con antecedente de AMEU presentaron placenta previa marginal y parcial durante la segunda mitad de gestación, 13% de gestantes con antecedente de AMEU presentaron placenta previa total durante la segunda mitad de gestación, seguidamente se aprecia en el gráfico del total de gestantes, el 4.6% con antecedentes de placenta previa anterior presentaron placenta previa lateral, el 9.6% con antecedentes de placenta previa anterior presentaron

placenta previa marginal, el 6.7% con antecedentes de placenta previa anterior presentaron placenta previa parcial y el 10% con antecedentes de placenta previa anterior presentaron placenta previa total, seguidamente se aprecia en el grafico del total de gestantes, el 10.9% con antecedentes de legrado uterino presentaron placenta previa lateral, el 24.7% con antecedentes de legrado uterino presentaron placenta previa marginal, el 13.8% con antecedentes de legrado uterino presentaron placenta previa parcial y el 22.6% con antecedentes de legrado uterino presentaron placenta previa total, seguidamente se aprecia en el grafico del total de gestantes, el 32.6% cuya gestación única presentaron placenta previa marginal durante la segunda mitad de gestación, mientras que el 0.4% cuya gestación múltiple presentaron placenta previa marginal durante la segunda mitad de gestación, finalizando en el grafico se aprecia del total de gestantes, el 14.2% cuya presentación fetal cefálica presentaron placenta previa lateral durante la segunda mitad de gestación, el 20.7 % cuya presentación fetal cefálica presentaron placenta previa marginal durante la segunda mitad de gestación, 12.1% cuya presentación fetal cefálica presentaron placenta previa parcial durante la segunda mitad de gestación y 15.5% cuya presentación fetal cefálica presentaron placenta previa total durante la segunda mitad de gestación.

Contrastación de hipótesis

Hipótesis nula (h0)

No existe relación entre los factores de riesgo maternos con el tipo de placenta previa en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

Hipótesis alterna (H1/HA):

Existe relación entre los factores de riesgo maternos con el tipo de placenta previa en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

		Placenta previa	
factores maternos	Edad	Chi-cuadrado	17,887 ^a
		Gl	6
		Sig.	,007
	Paridad	Chi-cuadrado	12,322 ^a
		Gl	6
		Sig.	,035
	Anemia en gestación	Chi-cuadrado	7,975 ^a
		Gl	3
		Sig.	,047
	Tabaquismo	Chi-cuadrado	8,219 ^a
		Gl	3
		Sig.	,042

En el cuadro se observa que el valor de "sig." de 0,07; ,035; ,047 y ,042 es menor de nivel de significancia de 0,05 de los factores de riesgo materno, entonces se rechaza la hipótesis nula (H0); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% existe relación con el tipo de placenta previa.

Hipótesis nula (H₀)

No existe relación entre los factores riesgo sociodemográficos con el tipo de placenta previa en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

Hipótesis alterna (H₁/H_A):

Existe relación entre los factores sociodemográficos con el tipo de placenta previa en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

		Placenta previa	
Factores sociodemográficos	Procedencia	Chi-cuadrado	8,109 ^a
		Gl	3
		Sig.	,044
	Ocupación	Chi-cuadrado	5,536 ^a
		Gl	9
		Sig.	0,785
	Estado civil	Chi-cuadrado	1,955 ^a
		Gl	6
		Sig.	,924
	Grado de instrucción	Chi-cuadrado	17,439 ^a
		Gl	9
		Sig.	,042

En el cuadro se observa que los valores de "sig." son,044 y ,042, es menor de nivel de significancia de 0,05 de los factores de riesgo sociodemográficos, entonces se descarta la hipótesis nula (H₀); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% que existe relación con el tipo de placenta previa.

Hipótesis nula (h0)

No existe relación entre los factores obstétricos con el tipo de placenta previa en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

Hipótesis alterna (H1/HA):

Existe relación entre los factores obstétricos con el tipo de placenta previa en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.

		Placenta previa	
Factores obstétricos	Periodo intergenésico	Chi-cuadrado	14,753 ^a
		Gl	6
		Sig.	,022
	Aspiración manual endo-uterina	Chi-cuadrado	12,587 ^a
		Gl	3
		Sig.	,006
	antecedentes de placenta previa anterior	Chi-cuadrado	1,579 ^a
		Gl	3
		Sig.	,664
	Legrado uterino	Chi-cuadrado	8,907 ^a
		Gl	3
		Sig.	,031
	Tipo de embarazo	Chi-cuadrado	2,034 ^a
		Gl	3
		Sig.	,565
Presentación fetal	Chi-cuadrado	13,509 ^a	
	Gl	6	
	Sig.	,036	

En el cuadro se observa que los valores de "sig." son, ,022; ,006; ,031 y ,036, es menor de nivel de significancia de 0,05 de los factores de riesgo obstétricos, entonces se descarta la hipótesis nula (H0); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% que existe relación con el tipo de placenta previa.

4.3 Discusión de los resultados

- ❖ Según el autor Lazo Herrera, el 56% fueron gran multíparas las que presentaron Placenta previa. En el presente trabajo de investigación las la multiparidad es un factor de riesgo relacionado para la placenta previa (ver cuadro 1).
- ❖ Según el autor Tito Huamán Nancy Karinadel 100% de pacientes que tuvieron placenta previa el 57.9% tienen de 35 a menos años. En el presente trabajo de investigación la edad de 20 a 34 años es un factor relacionado con la placenta previa (ver cuadro 1).
- ❖ El 57.9% de las gestantes que tuvieron placenta previa tuvieron legrado uterino. En el presente trabajo de investigación el legrado uterino es un factor de riesgo relacionado para la placenta previa.
- ❖ Según el autor Huanca Torvisco, Ana Maritza, el tabaquismo es un factor de riesgo para presentar placenta previa, según el trabajo de investigación el tabaquismo con un 19.7 % es un factor relacionado para la placenta previa.
- ❖ Según el presente estudio la anemia en gestación es un factor de riesgo para presenta placenta previa con un 38.1%.

CONCLUSIONES

El propósito de estudio de esta tesis es determinar la relación que existe entre los factores de riesgo con la placenta previa, se demuestra que existe relación significativa entre la variable factores de riesgo materno, sociodemográficos, obstétrico con la variable placenta previa.

En relación al primer objetivo específico se aprecia en el cuadro de contrastación de hipótesis, la relación significativa de los factores de riesgos con la variable placenta previa.

- ❖ La edad materna de los factores de riesgo materno tiene relación significativa con placenta previa.
- ❖ La paridad de los factores de riesgo materno tiene relación significativa con placenta previa.
- ❖ El tabaquismo de los factores de riesgo materno tiene relación significativa con placenta previa.
- ❖ El grado de instrucción de los factores de riesgo sociodemográficos tiene relación significativa con la placenta previa.
- ❖ El periodo intergenésico de los factores de riesgo obstétricos tiene relación significativa con la placenta previa.
- ❖ El grado de instrucción de los factores de riesgo obstétricos tiene relación significativa con la placenta previa.
- ❖ El AMEU de los factores de riesgo obstétricos tiene relación significativa con la placenta previa.
- ❖ El legrado uterino de los factores de riesgo obstétricos tiene relación significativa con la placenta previa.

- ❖ La presentación fetal de los factores de riesgo obstétricos tiene relación significativa con la placenta previa.

RECOMENDACIONES

- ❖ Al MINSA, capacitar al equipo de atención primaria de salud encargado de la atención a la mujer gestante para una correcta evaluación del paciente y así verificar la presencia de algunos de los riesgos estudiados a fin de prevenir la placenta previa y las posibles complicaciones a las que estas conllevan.
- ❖ Al profesional en Obstetricia es responsable de la atención prenatal, debe identificar características y morbilidades en las gestantes (adolescente, añosa, paridad y anemia) para tomar las medidas adecuadas y evitar complicaciones futuras.
- ❖ En los libros de parto se debe registrar el tipo de placenta previa, esto permitiría que en futuras investigaciones los datos puedan ser más fidedignos.
- ❖ Se recomienda que en estudios posteriores se considere otros tipos de variables como antecedentes de cesáreas para que el trabajo o futuros estudios se enriquezca de forma más completa.
- ❖ El personal responsable de la salud materna debería fomentar la paternidad y el uso responsable de los métodos anticonceptivos a fin de disminuir la cantidad de gestaciones lo cual aumenta el riesgo de presentar placenta previa por la multiparidad y estas actividades deben ser desarrolladas periódicamente o difundidas a través de los medios de comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS. Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. 2015; Available. ; http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf.
2. McShane PM, Heyl PS, Epstein MF. Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta previa. .
3. Rosemberg T Pariente G Sergienko R Wiznitzer A Sheiner E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. Arch Gynecol Obstet.; 2011; 284: 47–51.
4. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis and Management of Placenta Previa. J Obstet Gynaecol Can; 2007; 29(3): 261–266.
5. Rowe T. Placenta Previa. J ObstetGynaeco Can. 2014; 36(8): 667–668.
6. Oscanoa, Aníbal Placenta previa. Instituto Especializado Materno Perinatal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2005,51.
7. Boletín epidemiológico semanal URL: <http://www.dge.gob.pe..>
8. leydi pilar gl. factores predisponetes de placenta previa en pacientes entre 20 a 25 años. tesis de pregrado. Guayaquil: Hospital Gineco- Obstetricia “Matilde Hidalgo de Procel; 2018.
9. BAHUZ CYRfpdppepe2a2adeeehgoECSeepdeadd2. factores predisponentes de placenta previa en pacientes entre 20 a 25 años de edad. tesis de pregrado. Guayaquil-Ecuador: hosital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor ; 2014.

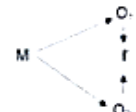
10. CAROL LISSETTE GA. prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa. tesis de pregrado. lima : Hospital Edgardo Rebagliati Martins; 2016.
11. HERRERA L. factores que influyen la placenta previa en gestantes diagnosticadas mediante ecografía. Huanuco: hospital apoyo llave-puno ; 2015.
12. karina Nancy TH. factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes atendidas. tesis de pregrado. Ica : hospital de contingencia II-2 tarapoto.
13. HUANCA TORBISCO AM. placenta previa. TRABAJO ACADEMICO DE POSGRADO. ICA: Hospital II de abancay; 2017.
14. Schwarcz RL. Obstetricia. Quinta ed. Schwarcz RL,: editor. Argentina: El ateneo,; 2012.pag 225.
15. Las evidencias obstetrica. hemorragias de la segunda mitad de la gestacion,Aljandra guarin n, Omar mendez s, Rodrigo sufuentes B. ;(pag 155).
16. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. PROSEGO.. 2012.
17. Perelló, M. López M. Anomalías Placentarias (Placenta Previa, Placenta Accreta Y Vasa Previa) y Manejo de la Hemorragia del Tercer Trimestre. Protocols Medicina Fetal I Perinatal. Servei De Medicina Maternofetal – ICGON – Hospital Clínic Barcelona. 20. .
18. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA AMIR. 3rd ed.
19. Steve G. y otros, Obstetricia tomo 1 Madrid - España, Marban libros S.L 2004, pp. 516. .

20. Pérez Sánchez Alfredo, Obstetricia, Santiago de Chile, Editorial Mediterráneo Ltda. 2011, pp. 815. .
21. RIVAS G, Marianela, LOPEZ GOMEZ, José Ramón, CAPRETTA C, Domenico et al. Placenta previa. Estudio retrospectivo 1988 - 1992. Rev Obstet Ginecol Venez. [online]. set. 2001, vol.61, no.4 [citado 14 mayo de 2010], p.217-222. .
22. Guías Clínicas, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital clínico Universidad de Chile-2005.Libro de chile.cap23; pag 306. .
23. Ministerio de Salud. Guía Perinatal. Santiago MINSAL 2015. 1ª edición y publicación 2015. Subsecretaría de Salud Pública. .
24. Obstetricia y ginecología/ Orlando Rigol Ricardo. La Habana: editorial ciencias médicas; 2004,pag 158. .
25. Dioses-Guerrero E, Oña-Gil J, Cardoza-Jiménez K, Meza-Liviapoma J, Matorel- Ruiz M. Rev. cuerpo méd. 2014. (Disponible en: http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v7-n4-2014/RCM-V7-N4-2014_pag22-26.pdf). .
26. Clínica Barcelona Hospital Universitario. Medicina fetal barcelona.org. [Online]; 2012 [cited 2017 Julio 13. Available from: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anoma. .
27. Hacker F, Gombone J, Hobel C, Ginecología y Obstetricia de Hacker y Moore. quinta ed. Mexico: El Manual Moderno; 2010. .
28. Abril-González FP GVARCARRJ. Factores de riesgo para desgarro perineal en parto sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento

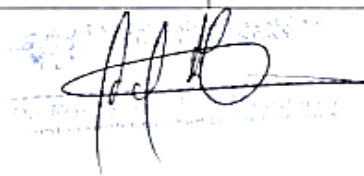
- en un Hospital Universitario de Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 2(60).
29. Solis Almonacid N. Factores de riesgo Asociados al Traumatismo Perineal Posterior Grave en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé entre enero y diciembre del 2012. Tesis para optar el Título profesional especialista en Gineco Obstetricia. Universidad Mayor de San Marcos; 2013.
 30. Salud OMDl. tabaquismo. 2017.
 31. salud omdl. Manual Nacional para el Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención. ;(11).
 32. salud omdl. <http://www.who.int/topics/tobacco/es/#>. .
 33. MINSA. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS SEGÚN NIVELDE CAPACIDAD RESOLUTIVA. In sinco eltd, editor. ASPIRACION MANUAL ENDO UTERINA.: primera ed ; 2007.
 34. González FP GVARCARRJ. Factores de riesgo para desgarro perineal en parto sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un Hospital Universitario de Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 2(60).

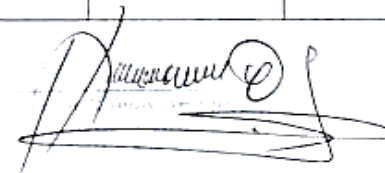
ANEXO

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL TIPO DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DURANTE EL AÑO 2017

Pregunta general	Objetivo general	Hipótesis general	OPERALIZACION DE VARIABLE				METODOLOGIA
			Variable asociada	Dimensión	INDICADOR	VALOR FINAL	
¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados al tipo de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017?	Determinar los factores de riesgo relacionados al tipo de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	Los factores obstétricos, maternos tienen relación significativamente al tipo de placenta previa en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el Año 2017.	FACTORES	Factores maternos	Edad	≤19 años 20 a 34 años ≥35 años	<p><u>Tipo:</u> Básica, observacional, prospectiva, transversal, analítica</p> <p><u>Nivel:</u> Correlacional</p> <p><u>Diseño:</u> Transaccional correlacional</p> <p>Se recolectan datos y se describe relación.</p> 
					Paridad	Primipara Multipara Gran Multipara	
					Anemia gestación	en Si No	
					tabaquismo	Si No	
					Procedencia	Rural Urbano Ama de casa Estudiante comerciante Profesional Casada Soltera Conviviente Analfabeta primaria secundaria superior Corto	<p>Población 633</p> <p>Muestra: 239</p> <p>Técnica: revisión documental.</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p> <p>Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio sistemático.</p> <p>Método de análisis de datos: Estadística descriptiva a través de cuadros de distribución de frecuencias, cuadros de contingencia gráficos de barras simples y apiladas, contraste de hipótesis con técnica estadística no paramétrica a través del Chi cuadrado de homogeneidad, con un nivel de significancia De 0.05.</p>
					Ocupación		
Pregunta específico	Objetivo específico	Hipótesis específica	Variable de supervisión	Factores sociodemográficos	estado civil		
¿Cómo el factor se relaciona con el tipo de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017?	Identificar los factores que se relacionan al tipo de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	Los factores obstétricos tienen relación significativamente al tipo de placenta previa en gestantes atendida en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el año 2017.			grado de instrucción	Adecuado Largo Si No Si No SI NO	
¿Cómo es el tipo de presentación de la placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017?	Identificar el tipo de presentación de la placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2017.	La placenta previa marginal se presenta con mayor frecuencia en gestantes atendida en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el año 2017	Placenta previa	Factores obstétricos	periodo intergenésico	AMEU Si No Si No SI NO	
					Antecedentes de placenta previa	único múltiple cefálica podálica Transversa	
					legrado uterino		
					tipo de embarazo		
					Presentación fetal		
					Lateral Marginal Parcial total	3 cm del OCI Borde del OCI Cubre parcialmente el OCI Cubre el OCI	


 Dra. Carolina Ramírez
 OBSTETRA
 C.O.P. N° 13133





FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° DE FICHA: _____ N° H.C.: _____

“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL TIPO DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DURANTE EL AÑO 2017”

Por favor, marque con una X su respuesta.

A. PLACENTA PREVIA:

- ❖ Lateral ()
- ❖ Marginal ()
- ❖ Parcial ()
- ❖ Total ()

B. FACTORES DE RIESGO MATERNOS:

- ❖ EDAD:
 1. ≤19 años ()
 2. 20 a 34 años ()
 3. ≥35 años ()
- ❖ PARIDAD:
 1. PRIMÍPARA ()
 2. MULTÍPARA ()
 3. GRAN MULTÍPARA ()
- ❖ ANEMIA EN GESTACION:
 1. SI ()
 2. NO ()
- ❖ TABAQUISMO:
 1. SI ()
 2. NO ()

C. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS:

- ❖ PROCEDENCIA:
 1. RURAL ()
 2. URBANO ()
- ❖ OCUPACION:
 1. AMA DE CASA ()
 2. ESTUDIANTE ()
 3. COMERCIANTE ()
 4. PROFESIONAL ()
- ❖ ESTADO CIVIL:
 1. CASADA ()
 2. SOLTERA ()
 3. CONVIVIENTE ()
- ❖ GRADO DE INSTRUCCION:
 1. ANALFABETA ()
 2. PRIMARIA ()
 3. SECUNDARIA ()
 4. SUPERIOR ()

D. FACTORES DE RIESGO OBSTETRICOS:

- ❖ PERIODO INTERGENESICO
 - 1.- CORTO ()
 - 2.- ADECUADO ()
 - 3.- LARGO ()
- ❖ ASPIRACIÓN MANUAL ENDO-UTERINA:
 1. SI ()
 2. NO ()
- ❖ ANTECEDENTES DE PLACENTA PREVIA ANTERIOR:
 1. SI ()
 2. NO ()
- ❖ LEGRADO UTERINO:
 1. SI ()
 2. NO ()
- ❖ TIPO DE EMBARAZO:
 1. UNICO ()
 2. MULTIPLE ()
- ❖ PRESENTACION FETAL:
 1. CEFALICA ()
 2. PODALICA ()
 3. TRANSVERSA ()


 Ysela M. Cisneros Raymont
 OBSTETRA
 C.O.P. N° 13133


 Dr. Feri Sandoval
 OBSTETRA
 C.O.P. N° 13133


 OBSTETRA
 C.O.P. N° 13133



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS


SEÑOR(A) OBSTETRA:.....

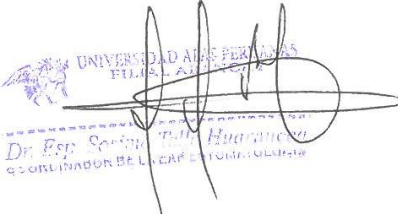
Sírvase realizar la validación del instrumento para la recolección de datos de mi tesis denominada:
FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL TIPO DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DURANTE EL AÑO 2017

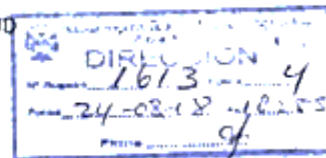
VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	ESCALA DE VALORACION	
	Favorable (1 punto)	Desfavorable (0 puntos)
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	
3. La estructura del instrumentos es adecuado.	1	
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claras y entendibles)	1	
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalizacion de la variable.	1	
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	1	
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	1	


Ysela M. Cárdenas Raymon
OBSTETRA
C.O.P. N° 13133


Dr. Esp. Soraya Huamán
COORDINADORA DEL CAP ESTOMACAL


UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. Esp. Soraya Huamán
COORDINADORA DEL CAP ESTOMACAL



CARTA DE PRESENTACIÓN

DR : DR. JORGE PONCE JUAREZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA

ATENCIÓN : LIC. DINA PEÑA Q.
JEFE (A) DE LA UNIDAD DE DOCENCIA Y CAPACITACIÓN

ASUNTO : PRESENTACIÓN DE BACHILLER EN OBSTETRICIA PARA RECOGER DATOS DE INVESTIGACIÓN.

Abancay, 21 de Agosto del 2018

Previa un cordial saludo a la vez presentar a la Srta. **PALOMINO HUAMAN, YHOYI**, Bachiller de la Escuela profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas Filial Abancay, identificado con **DNI: N° 70772148**, código de estudiante **N° 2012129307**, quién cumple con los requisitos establecidos en el reglamento para realizar su investigación de la facultad de **MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD** de nuestra Universidad; que por Título lleva "**FACTORES RELACIONADOS AL TIPO DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DURANTE EL AÑO 2017**", por ello recurrimos a su digno despacho para solicitarle se permita realizar su recolección de datos de su trabajo de investigación, en un periodo de 15 días hábiles estando a la respuesta de su aceptación de su I institución que Ud. Dignamente dirige.

Agradezco su atención las que sirvan la complementación en la formación profesional de nuestra estudiante.

Atentamente:



Lic. Obst. Yulith Alvarado Torre
DORADORA CATEDRÁTICA DE OBSTETRICIA

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

CONSTANCIA DE RECOPIACION DE DATOS

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Distrito de Abancay; Provincia Abancay. Departamento Apurímac.

HACE CONSTAR:

Que, la Sra. YHOYI PALOMINO HUAMAN, ha realizado la recopilación de datos para el trabajo de tesis, realizado en el mes de setiembre donde dicha actividad se da por concluida.

Se le expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada para los fines y usos que crea por conveniente.

Abancay, 24 de octubre del 2018.


Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
ABANCAY
Ing. Elvis C. Gamarra Román
Jefe de Estadística e Informática



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”

INFORME ANTIPLAGIO Nro.20-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA

COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA

DE : ING. EIDER LEÓN CONDORCUYA

ASUNTO : INFORME ANTI PLAGIO BACHILLER PALOMINO HUAMAN YHOYI

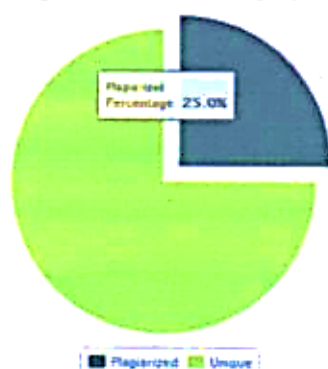
FECHA : 19 DE OCTUBRE DEL 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación del antiplagio con nivel 5 dando como resultado 25% de plagio, tema **“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL TIPO DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DURANTE EL AÑO 2017”**, presentado por la bachiller en Obstetricia, PALOMINO HUAMAN YHOYI, la cual tiene el calificativo APTO para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente:

PlagiarismCheckerX Summary Report




Plagiarism Checker X Originality Report



Plagiarism Quantity: 25% Duplicate

Date	Monday, October 19, 2018
Words	3039 Plagiarized Words / Total 12076 Words
Sources	More than 183 Sources Identified
Remarks	Medium Plagiarism Detected - Your Document needs Selective Improvement


Eider Leon Condorcuya
ING. SISTEMAS E INFORMÁTICA
CIP. 195541



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

INFORME METODOLOGICO Nro.01-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP

A : DR. YUDITH ROCIO AIQUIPA TORRE
COORDINADORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA

DE : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ASUNTO : INFORME DE TESIS DE LA BACHILLER YHOYI
PALOMINO HUAMAN

FECHA : 12 DE NOVIEMBRE DEL 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área temática con el tema de **“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL TIPO DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DURANTE EL AÑO 2017”**, presentado por la bachiller en obstetricia, **YHOYI PALOMINO HUAMAN**, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

INFORME TEMATICO Nro.02-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP

A : DR. YUDITH ROCIO AIQUIPA TORRE
COORDINADORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA

DE : OBST. YSELA MARY CARDENAS RAYMONDI
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR
TEMATICO

ASUNTO : INFORME DE TESIS DE LA BACHILLER YHOYI PALOMINO
HUAMAN

FECHA : 13 DE NOVIEMBRE DEL 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área metodológica con el tema de "**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL TIPO DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DURANTE EL AÑO 2017**", presentado por la bachiller en obstetricia, **PALOMINO HUAMAN YHOYI** la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

OBST. YSELA MARY CARDENAS RAYMONDI



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

INFORME ESTADISTICO Nro.03-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP

A : OBST. YUDITH ROCIO AIQUIPA TORRE
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA

DE : ING. EIDER LEON CONDORCUYA
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR
ESTADISTICO


ASUNTO : INFORME DE TESIS DEL BACHILLER YHOYI PALOMINO
HUAMAN

FECHA : 12 DE NOVIEMBRE DEL 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área estadística con el tema de **“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL TIPO DE PLACENTA PREVIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DURANTE EL AÑO 2017”**, presentado por la bachiller en obstetricia, YHOYI PALOMINO HUAMAN, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente


 Eider Leon Condorcuya
ING. SISTEMAS E INFORMATICOS
CIP. 195541

ING. EIDER LEON CONDORCUYA

yoyi datos.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	P1	Númerico	8	2	placenta previa	{1,00, latera...	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
2	P2	Númerico	8	2	edad	{1,00, <19 a...	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
3	P3	Númerico	8	2	paridad	{1,00, primi...	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
4	P4	Númerico	8	2	anemia en gest...	{1,00, si}...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
5	P5	Númerico	8	2	tabaquismo	{1,00, si}	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
6	P6	Númerico	8	2	procedencia	{1,00, rural}	Ninguna	7	Derecha	Nominal	Entrada
7	P7	Númerico	8	2	ocupacion	{1,00, ama...	Ninguna	7	Derecha	Nominal	Entrada
8	P8	Númerico	8	2	esado civil	{1,00, casa...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	P9	Númerico	8	2	grado de instru...	{1,00, analfa...	Ninguna	7	Derecha	Ordinal	Entrada
10	P10	Númerico	8	2	periodo interge...	{1,00, corta}	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
11	P11	Númerico	8	2	aspiracion man...	{1,00, si}	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
12	P12	Númerico	8	2	antecedentes d...	{1,00, si}	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
13	P13	Númerico	8	2	legrado uterino	{1,00, si}	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
14	P14	Númerico	8	2	tipo de embarazo	{1,00, unico...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
15	P15	Númerico	8	2	presentacion fetal	{1,00, cefali...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

yoyi datos.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

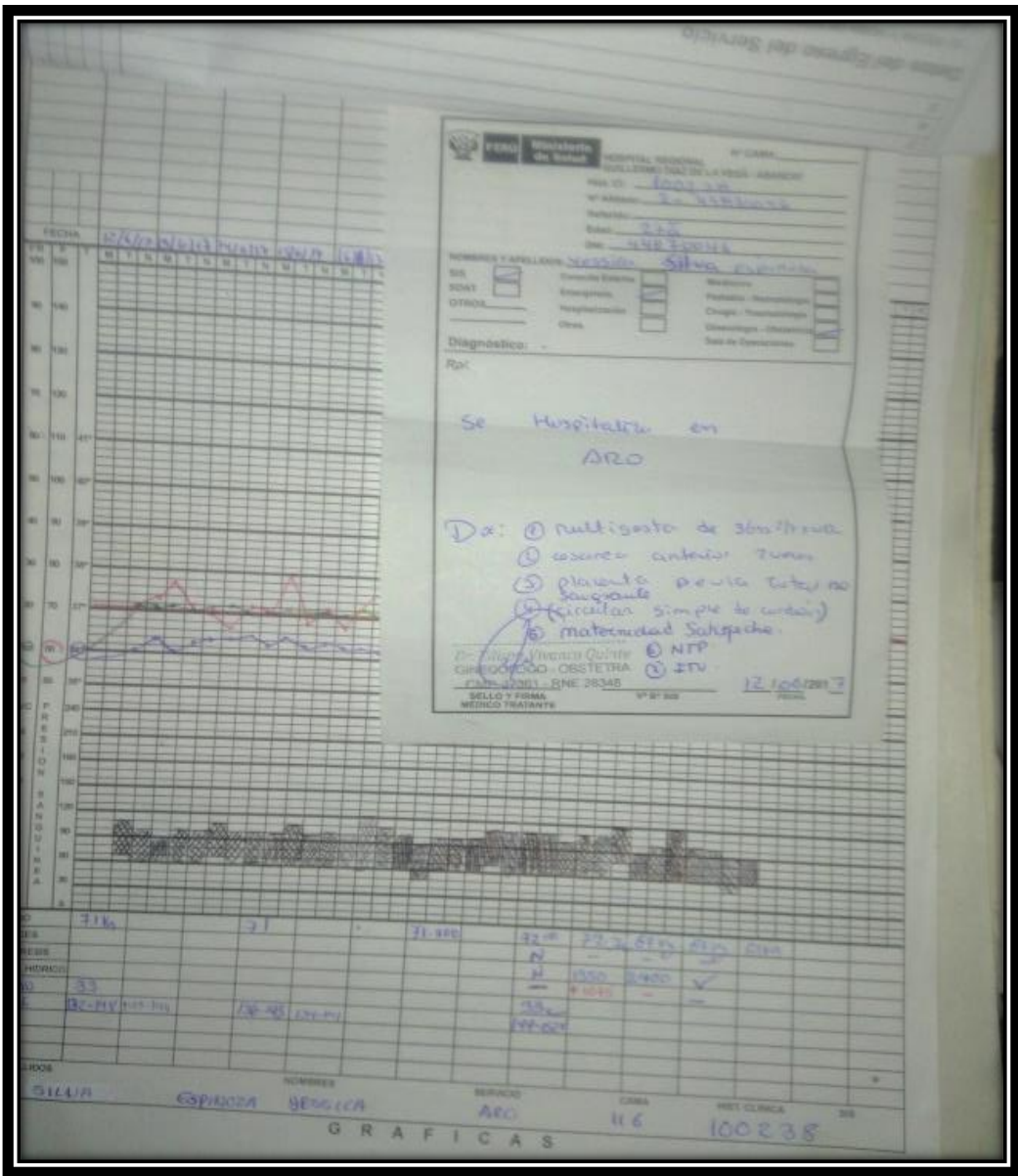
Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 15 de 15 variables

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	var	var
1	3,00	2,00	3,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	3,00		
2	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00		
3	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00		
4	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	3,00		
5	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	4,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00		
6	4,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
7	4,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,00	3,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	3,00		
8	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00		
9	1,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00		
10	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00		
11	4,00	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00		
12	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00		
13	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00		
14	1,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00		
15	4,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	3,00		
16	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00		
17	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00		
18	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00		
19	4,00	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00		
20	4,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00		
21	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00		
22	3,00	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	3,00		
23	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00		

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF



PERU Ministerio de Salud
 HOSPITAL REGIONAL
 HULLERMAN TALA DE LA ROSA - AREQUIPA

No. C.R. 100238
 No. Atendido 100238
 Fecha 12/12/2017
 Edad 33 años
 Sexo Femenino

NOMBRES Y APELLIDOS: Verónica Silvia Espinoza

SEXO: Femenino Masculino
OTROS: Embarazo Parto - Normal Parto - Instrumental Cesárea Otros

Diagnóstico: _____
Rx: _____

Se Hospitalizó en
ARO

Dx:
 1) multigesta de 36w/7ma
 2) cesárea anterior 7ma
 3) placenta previa total no
 4) fetal simple de cordón
 5) maternidad Sahpacho

D. Verónica Espinoza
 GINECOLOGA - OBSTETRA
 RNE 28348

NFP
 ITU
 12 100238 7

FECHA	HORA	TEMPERATURA	PULSO	TENSIÓN	GLUCOSA	OTROS
12/12/2017	7:16		71	11/100	32.0	77.3, 81.5, 81.5, 81.5
					N	
					H	1850, 2400
						1000, 1000

CODER: **SILVIA** NOMBRE: **ESPINOZA VERÓNICA** SERVICIO: **ARO** CUBA: **46** REG. CLINICA: **100238**

GRAFICAS

FORMATO DE ATENCION DE EMERGENCIAS

Fecha: 12.06.17 Hora: 17:00 Referido de: S.R. Hist. Clínica: 120217

Apellidos y Nombres: Silva Ysabel Ysabel Edad: 37 años N° Carta: 120217

MOTIVO DE ATENCION:
 Tumoración Puntos de Inyección Fiebre 120217
 Traumatismo Vómitos 120217
 Síndrome Convulsiones 120217
 120217

ANTECEDENTES:
 Paciente con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, enfermedad tiroidea, enfermedad autoinmune, enfermedad infecciosa, enfermedad neurológica, enfermedad psiquiátrica, enfermedad oncológica, enfermedad hematológica, enfermedad inmunológica, enfermedad genética, enfermedad congénita, enfermedad adquirida, enfermedad idiopática, enfermedad de causa desconocida.
 Médica: Urología
 Diagnóstico: ECG normal

EXAMEN FISICO GENERAL:
 Escala general y sensorio: 100%
 Aparato cardiovascular: sin ruidos anormales
 Aparato respiratorio: sin ruidos anormales
 Aparato urinario: sin ruidos anormales
 Abdomen: sin ruidos anormales
 Extremidades: sin ruidos anormales

EXAMEN GINECOLOGICO:
 GE Y GUS: Normal Anormal
 Vagina:
 Cervix:
 Utero:
 Anexos:
 F de saco de Douglas:
 Papanicolaou (P.A.P.):
 Varies:

EXAMEN OBSTETRICO:
 ABDOMEN: A.U. 33 cm, L.F. 100 x min.
 FETO: SITUACION: Longitudinal Transversal
 POSICION: Derecha Izquierda
 PRESENCIA: Cefálica Podalica
 EMBARAZO MULTIPLE: Feto (1) Feto (2) Feto (3)

TACTO VAGINAL: Dificultad, no sangra
 Distancia:
 Incorporación:
 Altura:
 Presentación:
 Variedad:
 Presentación:

LIQUIDO AMNIOICO: Claro Murcho
PELVIOMETRIA:
PLAN DE TRABAJO:
 1. Multipar 36 años
 2. Bobaron 2 veces
 3. 37.5 cm
 4. Placenta previa total
 5. Maturidad Somfords

IMPRESION DIAGNOSTICA (CIE 10):
 1. Multipar 36 años
 2. Bobaron 2 veces
 3. 37.5 cm
 4. Placenta previa total
 5. Maturidad Somfords

TIP. TAMB. NTO:
 1. IC + UAG
 2. Diferencia 15mg III sub
 3. mmf
 4. CPV
 5. Clonidina 9mg 900mg 900mg 900mg 900mg
 6. Demerol 4mg 4mg

(Handwritten signature and stamp)

