



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

TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PLACENTA PREVIA EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE CONTINGENCIA II-2
TARAPOTO, JULIO 2014 A JUNIO 2016**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: TITO HUAMAN NANCY KARINA

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ICA – PERU

2017

DEDICATORIA

A MIS PADRES por estar a mi lado cuando más los necesité; en especial a mi madre por su ayuda y constante cooperación

NANCY

AGRADECIMIENTO

A DIOS por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre sobre todo felicidad.

A MIS PADRES que han dado todo el esfuerzo para que yo ahora este culminando esta etapa de mi vida y darles las gracias por apoyarme en todos los momentos difíciles de mi vida tales como la felicidad la tristeza pero ellos siempre han estado junto a mí.

A MI HERMANO DIEGO pues él fue el principal cimiento para la construcción de mi vida universitaria, sentó en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación y siempre lo tendré presente.

A MIS DOCENTES durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, y en especial a mis profesores la obstetra Zulma por su comprensión y su paciencia en querer que sus alumnas tengan la mayor experiencia en el campo de la obstetricia y a mi asesor por su paciencia y comprensión para poder realizar esta tesis de investigación.

RESUMEN

Se realizó un estudio de investigación cuyo 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, utilizando el tipo de investigación observacional, transversal, analítico, retrospectivo con una muestra de 38 gestantes con diagnóstico de placenta previa; los resultados fueron: 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; lo que llegó a la conclusión: la edad menor de 35 años es un factor de riesgo para presentar placenta previa en el hospital de contingencia II-2 tarapoto. De acuerdo a los factores de riesgo asociados a la placenta previa se encontró que la paridad mayor o igual a 2 es un factor de riesgo para presentar placenta previa lo que concluye que a más embarazos mayor probabilidad de presentar esta patología. Según los estudios en esta investigación nos indica que el antecedente de haber tenido legrado uterinos es un factor de riesgo para presentar placenta previa el antecedente de haber tenido cesáreas anteriores es un factor de riesgo importante para presentar placenta previa

Palabras clave: Factores riesgo, placenta previa.

ABSTRACT

A research study was conducted to determine the risk factors associated with the placenta previa in pregnant patients served in the contingency Hospital II-2 Tarapoto, July 2014 to June 2016, using the type of observational research, Transverse, analytical, retrospective with a sample of 38 pregnant women diagnosed with placenta previa; The results were: of 100% patients who had previous afterbirth 57.9% has of 35 at least years. 63.2% of the gestantes that had preiouus afterbirth has of 3 to more child bear is 57.9% of gestantes that had previous afterbirth had uterine scrape. 50% of the gestantes that had previous afterbirth had previous Cesarean sections; what came to the conclusion: According to the results of the two years of study we have that the age under 35 years is a risk factor to present placenta previa that in those patients who are older than 35 years; According to the risk factors associated with placenta previa, it was found that parity of 3 to more is a risk factor for presenting placenta previa which concludes that more pregnancies are more likely to present this pathology; According to the studies in this research tells us That the antecedent of having had uterine curettage is a risk factor to present placenta previa which we concluded that the uterine scars are greater cause to present placenta previa; From the background that was studied in this investigation it was concluded that the antecedent of having had previous Caesarean sections is an important risk factor to present placenta previa which indicates to us that there should be more control in these patients With this kind of background.

Key words: Risk factors, placenta previa.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	viii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	9
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	11
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS	11
1.4. OBJETIVOS	11
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	11
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.5.1. HIPÓTESIS	12
1.5.2. VARIABLES	13
1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	14
1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	15
1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	15
1.6.3. MÉTODO	15
1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.7.1. POBLACIÓN	15

1.7.2.MUESTRA	15
CRITERIOS DE CASO	16
CRITERIOS DE CONTROL	16
1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	16
1.8.1. TÉCNICAS	16
1.8.2. INSTRUMENTOS	16
1.8.3. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS	16
1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	17
ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN	17

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.2. BASES TEÓRICAS	21
2.3. MARCO CONCEPTUAL	34

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICO	38
3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	42
3.3. CONCLUSIONES	45
3.4. RECOMENDACIONES	46
3.5. FUENTES DE INFORMACIÓN	47

ANEXOS	50
- Matriz de Consistencia	51
- Modelo de ficha epidemiológica	53

INTRODUCCIÓN

La Placenta Previa es una complicación obstétrica que ocurre en el segundo y tercer trimestre de gestación. Su incidencia reportada es de 0.5-1.0% del total de embarazos, aunque el diagnóstico es relativamente no común es considerado como una de las primeras causas de hemorragia en las últimas etapas de la gestación, siendo reconocida como una importante determinante en la morbimortalidad materno perinatal.¹

Está definida como la anormal implantación del tejido placentario cerca del orificio cervical interno, pudiendo esta ocluir total o parcialmente el orificio. Su manifestación clínica clásica es la aparición de hemorragia vaginal no asociado a dolor durante el segundo y tercer trimestre y el diagnóstico se realiza mediante ecografía transvaginal.

Existen factores que aumentan el riesgo de presentar placenta previa como son las cirugías uterinas previas: cesáreas, legrados uterinos, miomectomías, extracción manual de placentas y otras como edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida.

También la presencia de placenta ácreta, vasa previa, e inserción velamentosa de cordón, provoca hemorragia posparto debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, determinando una histerectomía de urgencia, y complicándose con embolia de líquido amniótico.

También existen reportes de complicaciones perinatales como prematuridad con puntaje de Apgar menor de 7, mayor admisión a unidad de cuidados intensivos neonatales, óbito fetal y muerte.²

Con este panorama es menester realizar una investigación a fin de conocer la realidad de esta patología en la Región San Martín en un Hospital representativo de la zona como es el Hospital de contingencia II-2 Tarapoto, para lo cual se diseña esta investigación así en el primer capítulo se aborda la problemática desde un punto de vista macro, meso y micro; Se traza los objetivos y se justifica la investigación así mismo se indica las variable, el diseño de la investigación técnica de análisis. En el capítulo dos se trata el marco teórico, así como los antecedentes de la investigación. En el capítulo tres se presentan los resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La placenta previa es una complicación obstétrica que se presenta entre el segundo y tercer trimestre de gestación, causando importante morbimortalidad materna.

A nivel mundial se tiene una incidencia entre 0.12% a 0.5%, es decir un caso entre 83 a 200 partos.

En los Estados Unidos ocurre en 0.3-0.5% de todas las gestaciones.

A nivel de Latinoamérica, y el Caribe en Cuba, se informa que su frecuencia oscila entre el 0,5 al 1 % del total de partos.

Dentro de los factores de riesgo relacionados se encuentran la edad materna avanzada, cicatrices previas uterinas y multiparidad. El solo antecedente de cesárea previa aumenta el riesgo en 1,5-5 veces de presentar esta complicación, la práctica de cesáreas en un estudio peruano entre el 2001 al 2008 reporta que la tasa de cesáreas mensual es de 36,9 % \pm 9,1%, siendo el 10% lo recomendado por la OMS.³

El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas. También hay un mayor riesgo en otros casos de cirugía uterina como miomectomía o en antecedentes de legrado o extracción manual de placenta. Otros factores de riesgo son la edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida.

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

En el Perú las causas más frecuentes de hemorragias uterinas son placenta previa (PP) y desprendimiento prematuro de placenta (DPP), menos frecuentes son rotura uterina (RU), rotura del seno marginal y vasa previa.

Sin embargo, a pesar del escrutinio de la placenta después del parto, no se llega a encontrar una causa identificable de la hemorragia en 25 a 35% de los casos.⁴

La principal categoría de causas de muertes para San Martín son las hemorragias obstétricas (35.6%), por esta causa ocurrieron 63.1% muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. La tendencia de esta causa de muerte es descendente. (DISA San Martín)

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación Espacial. – La investigación se realizó en el servicio de obstetricia del Hospital.

Delimitación Temporal. – Gestantes atendidas de julio 2014 a junio 2016.

Delimitación Social. – Gestantes con diagnóstico de placenta previa.

Delimitación Conceptual. – El estudio pretende identificar los principales factores de riesgo que se asocian a la placenta previa.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son 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?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

1. ¿La edad materna es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016?
2. ¿La multiparidad es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016?
3. ¿El antecedente de legrados uterinos es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016?
4. ¿La condición de cesareada anterior es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

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

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar si la edad materna es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016
2. Investigar si la multiparidad es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016
3. Determinar si el antecedente de legrados uterinos es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016
4. Precisar si la condición de cesareada anterior es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES

1.5.1 Hipótesis

Existen factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

1.5.1. VARIABLES

1.5.1.1. DEPENDIENTE

Placenta previa

1.5.1.2. INDEPENDIENTE

Factores de riesgo

1.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	VALORES	INSTRUMENTO	FUENTE
Placenta previa	Es la placenta que se inserta parcialmente o en su totalidad al orificio del cuello uterino interno.	Placenta previa	Implantación anómala de la placenta	Si No	Ficha de recolección de datos	HC
Factores de riesgo	Característica que, aumenta el riesgo o probabilidad de que un problema de salud ocurra	Edad	Años cumplidos	-Menos de 35 años -De 35 a más años	Ficha de recolección de datos	HC
		Multiparidad	Partos presentados	≤2 ≥3	Ficha de recolección de datos	HC
		Antecedente de legrados uterinos	Legrados practicados	Si No	Ficha de recolección de datos	HC
		Antecedente de cesárea anterior	Cesárea practicada	Si No	Ficha de recolección de datos	HC

1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional pues no se intervienen en las variables

Descriptiva pues describe el fenómeno en estudio.

Transversal por tener una sola medida de las variables

Retrospectiva por que los datos fueron tomados de registros de fechas pasadas.

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva

1.6.3. MÉTODO

Inductivo por que se analizó cada factor de riesgo independientemente, y luego se concluyó de manera general.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

Se estudió los casos de placenta previa presentados durante el año julio del 2014 a junio 2016 que son un total de 38 casos.

1.7.2 MUESTRA:

Se toma el 100% de la población teniendo un muestreo no probabilístico por conveniencia

1.7.3 UNIDAD DE ANÁLISIS: Historia clínica de pacientes que acudieron al hospital de contingencia II-2 de tarapoto en el año julio 2014 a julio 2016 con el diagnóstico de placenta previa.

Criterios de inclusión:

- Gestante que presentó diagnóstico clínico ecográfico de placenta previa.
- Historia clínica con datos completos

Criterios de exclusión:

- Gestante que no presentó diagnóstico clínico ecográfico de placenta previa.
- Historia clínica con datos incompletos

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICAS

La técnica que se empleó para la recolección de los datos fue la documental, pues se revisaron registros documentarios como la historia clínica, el libro de eventos de sala de partos y las fichas perinatales, de donde se obtuvieron las variables en estudio.

1.8.2. INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos donde se plasmó la información obtenida de las fuentes de información.

1.8.3. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

La información fue procesada en el programa estadístico SPSS v23 para obtener el estadístico Chi cuadrado para la contrastación de las hipótesis.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Los hijos de las mujeres embarazadas con problemas de Placenta Previa tienen más probabilidad de morir durante el periodo neonatal, igual en el periodo postnatal; en las madres las complicaciones son tan graves que la pueden llevar a la muerte.

La información básica sobre placenta previa es prolifera y abundante, sin embargo a pesar de que no es difícil obtener información valiosa y de bases sólidas en la bibliografía, aún hace falta investigar el impacto de este problema patológico en la población ya que los fines que nos interesan es para reducir su incidencia y mortalidad de las madres con este grave problema.

Por lo que realizar una investigación de este tipo en la región san Martín es de gran importancia pues, la placenta previa es una patología que está involucrada en las hemorragias uterinas que muchas veces en esta zona del Perú son causa de muerte debido a que muchas gestantes son transferidas tardíamente de zonas alejadas, por lo que alertar a la comunidad médica y de salud en general sobre los factores de riesgo de esta patología contribuirá a un mejor conocimiento de nuestras debilidades y fortalezas y poder mejorar la calidad y seguridad del tratamiento de este grupo de gestantes en favor de la madre y niño.

ÉTICA:

Los datos obtenidos serán confidenciales, para ello se identificó cada historia clínica con un número, y los resultados solo serán de utilidad para la investigación analizándose en forma global.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL INTERNACIONAL

Bahoz C. (2014), “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”. Guayaquil.

Conclusión: La muestra fue de 63 casos, desde enero a diciembre del 2015. 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 factores predisponentes para desencadenarla como la etnia mestiza, multigravidez y 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 ésta patología.⁵

Pineda G. 2013, “Incidencia de placenta previa en el departamento de ginecoobstetricia del hospital Roosevelt”. Guatemala.

Resultados: La incidencia acumulada de placenta previa en el departamento de ginecoobstetricia del hospital Roosevelt es de 0.44%. El rango de edad en que más se presenta placenta previa es de 26-30

años. La edad gestacional en que se resuelve el embarazo en pacientes con placenta previa es principalmente en embarazos a término. No hubo acretismo placentario ni mortalidad materna en las pacientes estudiadas. La mayoría de pacientes que se le resuelve el embarazo con placenta previa no tienen antecedente de placenta previa pero si tienen cesáreas previas, son multíparas y les han realizado legrados.⁶

Peña Mena G. (2012). “Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa en pacientes que ingresaron al servicio de patología obstétrica del Hospital gineco- obstétrico Isidro Ayora de Quito, durante el período comprendido entre enero-diciembre del 2011”.Ecuador.

Conclusión: Población 252 pacientes, muestra 50 mujeres con placenta previa. Resultados: prevalencia 5/100, representa 5% de la población, edad materna 31 a 40 años 40%, factores de riesgo: procedencia urbana 64%, multiparidad 88 %, etnia negra 12%, tipo de inserción placentaria oclusiva total 42 %, cesárea 100%, pérdida sanguínea de 500 a 999 cc 80% y la mayor complicación histerectomía 44%, patologías sobreañadidas: anemia 30%.⁷

Majeed T. (2015). “Frecuencia de placenta previa en útero previamente cicatrizado y sin cicatrices”.

Conclusión: Estudio transversal descriptivo obtuvo como resultados: que la mayoría de los pacientes (47,36 %) tenían entre 26-30 años de edad, se presenta con edad gestacional entre 36-40 semanas (70,17 %) , eran en su mayoría Gesta 2-4 , mientras que la frecuencia de placenta previa útero sin cicatriz fue 32,45 % (37 casos) , y la frecuencia en el útero con cicatriz fue 67,54 % (77 casos). Hubo 5,70 % de los casos de placenta previa en úteros sin cicatriz y 10,67% de los casos de placenta previa (10,67 %) de úteros con cicatriz. Concluyendo que es significativamente mayor la frecuencia de placenta previa entre los pacientes que tiene útero con cicatriz.⁸

Rivero Y. (2009). “Factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa: Hospital Abel Santamaría Cuadrado, abril 2006-2007”. Cuba

Conclusión: la edad materna de más frecuente asociación con la placenta previa se encontró en el grupo de edades de 25 a 34 años. Los principales factores epidemiológicos asociados a la placenta previa en nuestra investigación fueron: la procedencia urbana, la multiparidad, los antecedentes de aborto y cesárea anterior, la operación cesárea como modo de terminación del embarazo y la ganancia de peso materno inadecuada (desnutrición por defecto y por exceso). El mayor número de nacimientos se presentó entre las 28 y 36.6 semanas de gestación.⁹

NIVEL NACIONAL

Guisado A. (2016). “Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero-setiembre 2015 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”.

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 mas 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%. Conclusión: la mayoría de pacientes estudiadas presentaban por lo menos un factor de riesgo relacionado a placenta previa, por lo que se tiene que descartar y o diagnosticar esta entidad de la manera más oportuna y planear el manejo respectivo, disminuyendo la morbimortalidad materno perinatal.¹⁰

Malca S. (2015), “Cesárea en labor de parto como factor protector de placenta previa de la universidad privada Antenor Orrego”.

Conclusión: El antecedente de cesárea durante la labor de parto constituye un factor protector para el desarrollo de placenta previa, (OR: 0.27 IC: 95% [0.15-0.48]).¹¹

NIVEL LOCAL

No se encontraron en las bibliotecas de la zona de San Martín ni en la web.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 placenta previa

a) Definición:

La placenta previa es una complicación del embarazo en la que la placenta se implanta de manera total o parcial en la porción inferior de útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino.

La placenta previa es una condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento uterino bajo, muy cerca del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose así por delante del polo líder fetal.¹²

Por lo general suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre, aunque puede también suceder en la última parte del primer trimestre.

La placenta previa es una de las principales causas de hemorragia antes del parto y suele impedir la salida del feto a través del canal del parto por obstrucción a este nivel.

La primera descripción de la placenta previa fue la de Guillermeau en 1685, el cual aconsejó a los cirujanos que en los partos definieran qué se presentaba primero, si el feto o la placenta. En 1730 Giffart describió cómo la hemorragia en el parto se debía a la separación entre el orificio cervical interno y la placenta inserta en él. Fueron Levret (1750) en Francia y Smellie (1751) en Londres, quienes establecieron el concepto de placenta previa.¹²

Desde entonces, su manejo clínico es controvertido. Durante los siglos XVIII y XIX se practicaba la rotura de las membranas, metreuresis (dilatación vaginal con bolsa de agua) y la cesárea vaginal.

La primera cesárea abdominal por placenta previa se realizó en 1892, extendiéndose rápidamente su uso; el tratamiento conservador hasta la viabilidad fetal fue introducido por Johnson en 1945, y el uso de los

ultrasonidos para el diagnóstico de la localización de la placenta en 1966, por Gottesfeld.²

b) Epidemiología

La frecuencia de la placenta previa es aproximadamente de 1/200 partos (0,5 por 100), habiendo sido descrita por Maillet del 0,33 al 2,6 por 100, por Botella del 0,4 al 0,93 por 100, y por González Merlo del 0,4 al 0,8 por 100 (1/125 a 1/250 partos). Nosotros hemos encontrado un porcentaje del 0,63 por 100, 1/158 partos, en los últimos 5 años.

Esta incidencia varía dependiendo del método de diagnóstico. Es menor cuando se toma en cuenta únicamente la sintomatología clínica, que cuando se valora por examen ultrasonográfico o cuando se realiza por examen de la placenta y las membranas tras el parto. Teniendo en cuenta que el seguimiento inferior del útero mide aproximadamente 10 cm podría aceptarse la existencia de una placenta de inserción baja cuando el borde de la rotura de la bolsa amniótica, en la revisión postparto, se sitúa a menos de dicha distancia de su unión con la placenta. Sin embargo, esta regla está en contraposición con los nuevos criterios ecográficos para el diagnóstico de la existencia de placenta previa, que mencionaremos más adelante. Los ecografistas encuentran la incidencia mayor: del 7 al 11 por 100 de las hemorragias vaginales del segundo-tercer trimestre de la gestación. La placenta previa ocurre más frecuentemente en multíparas, tanto más cuanto mayor sea el número de gestaciones de una misma paciente. La incidencia de la placenta previa aumenta con la edad materna, y las recidivas en embarazos ulteriores no sobrepasan 1-3 por 100.

Existe una fuerte asociación entre la frecuencia de presentación de placenta previa y la existencia de cicatrices uterinas. Así, el riesgo de padecer una placenta previa cuando ha existido anteriormente una cesárea es del 4-8 por 100.

El desprendimiento prematuro de placenta es más frecuente en multíparas y en mujeres de edad avanzada (ambos factores pueden

relacionarse, no obstante, hoy en día es más frecuente la mujer primigesta con edad avanzada).¹³

Es posible que existan además factores raciales, aunque también podrían relacionarse con condiciones socioeconómicas.

En general, se estima que se producen síntomas expresivos en 1/500 partos, considerando el total de desprendimiento prematuro de placenta en 1/100 partos.

Esta es difícil determinar ya que muchos casos pasan desapercibidos, sobre todo cuando ocurren los abortos en embarazos tempranos.¹⁴

c) Clasificación

La palpación del borde placentario no debe hacerse, ya que aún hecha con precaución por un explorador experimentado, puede aumentar la hemorragia y generar un shock.

Actualmente el diagnóstico de la mayoría de las PP es realizado mediante ultrasonografía rutinaria del segundo trimestre, por vía transvaginal.

Debido a que la placenta previa está implantada de forma inusual en la parte inferior del útero, puede provocar una hemorragia anteparto, grave o repetida. La política tradicional de la atención de pacientes con placenta previa sintomática incluye la estancia hospitalaria prolongada y el parto por cesárea.

Dada su relevancia, y por no haber una definición clara de sus subtipos, se presenta una propuesta de clasificación ultrasonográfica de la inserción placentaria, basada en la relación de la placenta con el cuello uterino, la que tendría utilidad clínica al considerar la experiencia documentada en numerosas publicaciones acerca del tema. Como condición fundamental en la evaluación ultrasonográfica de placenta previa, y debido al incremento en la frecuencia de cesáreas, se revisa el diagnóstico de acretismo placentario.

Se establece el manejo de estas anomalías según dicha clasificación.

La placenta previa se clasifica de acuerdo con la colocación de la placenta en:

1. inferior del útero, pero el borde inferior no llega al orificio cervical, se sitúa a más de 3 centímetros del orificio cervical interno, o se logra palpar durante el tacto vaginal. Representa el 36%.
2. **Tipo II, marginales o periféricas:** La placenta toca, pero no rebasa, la parte superior del cuello del útero. Con un porcentaje variable, entre el 37% a 50%.
3. **Tipo III u oclusiva parcial:** La placenta obstruye parcialmente la parte superior del cuello del útero. Representa el 33%.
4. **Tipo IV u oclusivo total:** La placenta cubre completamente la parte superior del cuello del útero. Representa el 31%.¹⁵
5. **Tipo I, lateral o de inserción baja:** La placenta invade el segmento

d) 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, incretismo e incluso ser percreta.

La asociación a accretismo 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.¹⁶

e) 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)
- Multiparidad: 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 macrosómicas
- Anemia.
- Periodo intergenésico corto.
- Endometritis Crónica.
- Cesáreas: es así que la incidencia de placenta previa aumenta con el número de cesáreas en 1.9%, 15.6%, 23.5%, 29.4%, 33.3% y 50% después de 0, 1, 2, 3, 4 y 5 cesáreas anteriores respectivamente.
- 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.¹⁷

f) Etiología

La etiología de la placenta previa no es del todo conocida. Generalmente se admiten dos posibilidades etiológicas: la primera estaría vinculada al propio huevo, la segunda, al terreno sobre el cual se realiza la anidación

1. Causas ovulares

El desarrollo precoz de la actividad histolítica del trofoblasto, y los factores intrínsecos ovulares podrían determinar un retraso en su capacidad de implantación y esta sería adquirida por el huevo, un retardo en dicha función podría por la misma razón, ser la causa de la anidación en el segmento inferior del útero. Esto mismo podría suceder cuando actuasen factores extrínsecos, por ejemplo la hipermotilidad tubárica que llevaría al huevo demasiado pronto a la cavidad uterina.

Podría producirse una fecundación tardía, que sucediera dentro del útero en vez de la trompa y como el huevo fecundado necesita tiempo de desarrollo antes de su implantación esta ocurriría cuando aquel se hubiera desplazado a un punto lejano del habitual en el fondo uterino.¹⁸

2. Causas endometriales.

El endometrio es el factor etiológico más importante. Bien por la disminución de la capacidad de fijación del endometrio o bien por las alteraciones endometriales, la placenta sufre anomalías en su ubicación anatómica.

La inserción placentaria es primariamente baja por anomalías endometriales altas, y subsecuentemente el crecimiento placentario puede ser centrípeto (placenta previa central), o unidireccional, hacia la zona fúndica mas ricamente vascularizada (placenta previa parcial marginal o lateral).

La inserción inicial estaría en el fondo pero debido a la lesión previa de la zona el crecimiento sería unidireccional, hacia la zona del istmo.

Se podría explicar la frecuente asociación entre la placenta previa y la paridad ya que gestaciones previas pueden provocar una lesión permanente del endometrio en zonas poco aptas para nuevas placentaciones. Explicaría también la posible asociación de la placenta

previa con cicatrices secundarias a intervenciones anteriores, o tumoraciones como miomas submucosos o pólipos endometriales, con endometritis.¹⁸

h) Etiopatogenia

El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria, por presentar:

Endometrio: De menor grosor que determina una decidua más delgada y con menor vascularización, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones.

Debido a lo anterior el trofoblasto puede invadir decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos (acretismo placentario). La inserción placentaria en el segmento inferior permite que actuar como tumor previo.

Nutrición y hábitos: Se ha propuesto el déficit de ácido fólico, podría ser importante para la creación de una unión sólida entre la decidua y vellosidades coriales.

Musculatura: Menos fibras musculares en relación al segmento superior y con mayor cantidad de fibras colágenas, lo que lo hace distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia si hay desprendimiento parcial de la placenta y por supuesto, durante el alumbramiento.

Membranas: En el borde de la placenta son más gruesas y menos elásticas, es allí donde existe mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas.

Descompresión abdominal brusca: rotura de la membrana en caso de hidramnios.

Cordón: Por la atrofia de cotiledones, secundario al desarrollo insuficiente de decidua, es frecuente la inserción velamentosa del cordón.

Causas funiculares: cordón corto que tira de la placenta y la despega.

El trastorno puede deberse a razones multifactoriadas, incluyendo una asociación con multiparidad, embarazos múltiples, edad materna avanzada, antecedentes de cesáreas o abortos y, posiblemente, el hábito tabáquico.¹⁹

i) Cuadro clínico

El síntoma clásico y único de la placenta previa es la metrorragia de la segunda mitad del embarazo, caracterizada por:

- Sangre roja, fresca y rutilante.
- Silenciosa, indolora (salvo presencia de contracciones).
- Sorpresiva: aparece con frecuencia en reposo, sin molestias previas. La embarazada puede despertar en “una poza de sangre”.
- Externa: compromiso materno en relación a la hemorragia observada.
- La primera hemorragia habitualmente es de regular cuantía, sin compromiso del estado general, y generalmente cesa en forma espontánea.
- Recidivantes: los episodios de hemorragia se presentan con intervalos cada vez menores y más abundantes a medida que progresa la gestación.

El sangrado genital está presente en el 80% de los casos; hemorragia + dinámica uterina en un 10-20% y un 10% son asintomáticas, detectadas sólo por ecografía.

Durante el embarazo, la metrorragia procede habitualmente del desprendimiento de una Placenta Previa no oclusiva; en el parto, de la oclusiva, siendo en este caso el primer y único episodio, y de gran intensidad.

La primera hemorragia aparece por tercios: 1/3 antes de las 31 semanas, 1/3 entre la semana 32 y 36, y 1/3 sobre las 37 semanas. La precocidad de la primera hemorragia indica un mal pronóstico evolutivo.

En el examen físico, la anemia materna se correlaciona con la cuantía de la metrorragia.

A la palpación, el útero presenta consistencia normal. Si existe trabajo de parto, la dinámica es normal. El dolor, es el habitual durante las contracciones.

La Placenta Previa actúa en la cavidad uterina como tumor previo, por lo que las presentaciones altas son frecuentes, al igual que las presentaciones de tronco, nalgas (30%) y las posteriores (15%).

A la inversa, una presentación de vértice, con buen apoyo en la pelvis, nos debe hacer pensar en otra causa de metrorragia.

Los latidos cardiacos fetales habitualmente son normales.

El compromiso fetal depende del compromiso materno, que junto al ritmo sinusoidal en el monitoreo fetal indicaría que el feto también ha sangrado al desprenderse la placenta.²⁰

j) Exámenes complementarios

1. Ecografía

Debe determinarse la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2º y 3º trimestre. Permitirá establecer con exactitud el diagnóstico en un 98% de los casos; ya sea esta transabdominal y/o trans vaginal pero el diagnóstico final lo determina la ecografía del III trimestre.

Si existe sospecha de placenta previa, en placentas bilobuladas y en gestaciones gemelares realizar una ecografía transvaginal (TV) para confirmar o no el diagnóstico. La evaluación de una PP en la ecografía TV incluye:

- ✓ Visualizar correctamente todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral (cortetransversal) rechazando, si es necesario, la presentación fetal.
- ✓ Aplicar Doppler color para descartar hematoma marginal o vasa previa.
- ✓ Localizar la inserción cordón.
- ✓ En caso de vejiga parcialmente llena: confirmar el diagnóstico de PP tras la micción.

- ✓ Valorar signos de acretismo especialmente en PP con antecedente de cesárea previa.

El diagnóstico de una placenta previa se confirma fundamentalmente por ecografía. Estudios recientes han demostrado que el método transvaginal es más seguro y más exacto que la ecografía transabdominal.

La ecografía transvaginal también se considera más precisa que la ecografía transabdominal.²¹

En un estudio, el 26% de los diagnósticos relacionados con la localización de la placenta por ecografía transabdominal fueron cambiados posteriormente por los hallazgos de una ecografía transvaginal.

En algunas partes del mundo donde la ecografía no está disponible, no es raro que se confirme el diagnóstico con un examen en el quirófano.²²

k) Manejo de placenta previa

a) Manejo específico

1.- De acuerdo a la magnitud del sangrado:

Hemorragia severa, determinada por pérdida sanguínea que lleva a cambios hemodinámicos, taquicardia, hipotensión arterial.

- Cualquiera sea la edad gestacional: cesárea.
- Procurar ingresar a sala de operaciones, previa o en forma simultánea a la transfusión de paquete globular o sangre completa.
- Si no se logra una hemostasia correcta en el segmento inferior a pesar de técnicas conservadoras, proceder a histerectomía.

Hemorragia leve, sin cambios hemodinámicos:

- Actitud conservadora dependiendo de la madurez pulmonar fetal, coordinando con la unidad de neonatología:
- Feto inmaduro (edad gestacional mayor de 22 y menor de 34 semanas):
- Maduración pulmonar: Betametasona 12 mg c/24 horas, una por día por dos días (2 dosis). Si no se cuenta con Betametasona usar Dexametasona 4 mg EV c/6 horas por 2 días (8 dosis).

- Culminar el embarazo por la vía más apropiada, si el sangrado no cede.
- Feto maduro: De acuerdo con las pruebas de madurez fetal (por ecografía).
- Culminar la gestación por la vía más apropiada (parto vaginal o cesárea) según el caso.

2.- Según la localización de la placenta:

- Placenta previa total: cesárea.
- Placenta previa marginal o Inserción baja: parto vaginal monitorizado.
- Placenta previa parcial: vía vaginal si el parto es inminente (dilatación mayor de 8 cm) y el sangrado es escaso. Cesárea si el sangrado es profuso.²³

b) Manejo expectante:

Reposo absoluto

Exámenes de sangre (Grupo y factor, Hb y hematocrito, coagulación, proteínas totales, fibrinógeno, creatinina). Maduración pulmonar fetal con corticoides (Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis) en gestaciones de 26 a 34 semanas.

Se administrará tocolíticos (nifedipina vía oral 40 – 60 mg/día).

No tactos vaginales.

Se tendrá todo dispuesto para una cesárea en caso de que no ceda la hemorragia.

Si la hemorragia cede se continuará con tratamiento expectante.

Si la hemorragia es tan intensa que amenaza la vida de la paciente (independientemente de la semana de gestación). Se practicará cesárea por indicación materna.

Se deberá canalizar vena periférica con abocath 18 e iniciar infusión de cristaloides (Solución salina al 0,9%, Lactato de Ringer o solución de Hartman, Haemacel) 1.000 cc. a chorro, luego mantener una infusión entre 150 a 300 ml/hora, tomar muestra para reservar glóbulos rojos empacados.

Registro continuo de la tensión arterial cada 15 – 30 minutos, preferiblemente con monitoreo electrónico.

En los casos de compromiso muy severo se deberá medir la presión venosa central, igualmente permitirá monitorizar la infusión de cristaloides y hemoderivados.

Control estricto de líquidos administrados y eliminados. Se dejará sonda vesical a permanencia.

Si la hemorragia es de escasa a moderada tras la semana 34-36: 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.²⁴

I) Complicaciones:

Las complicaciones maternas potenciales incluyen hemorragia mayor, shocks y muerte.

El riesgo de infección y formación de coágulos sanguíneos o tromboembolismo asimismo pueden aumentar, tal como la probabilidad de necesitar una transfusión sanguínea.

La prematurez, lo cual ocurre cuando un bebé está antes de la semana 36 de gestación, es responsable de cerca del 60% de muertes infantiles secundario a la placenta previa.

La pérdida de sangre fetal o hemorragia pueden ocurrir debido a que la placenta se desgarrar de la pared uterina durante la labor de parto.

También puede ocurrir con la entrada al útero durante un parto de cesárea.

Las complicaciones maternas abarcan hemorragia profusa (sangrado), shock y muerte. También aumenta el riesgo de infección o de formación de coágulos sanguíneos (tromboembolia), así como se incrementan las probabilidades de necesitar de una transfusión de sangre.

Los nacimientos (bebés de menos de 36 semanas de gestación) son responsables de cerca del 60% de las muertes de bebés en casos de placenta previa. La pérdida de sangre del feto o hemorragia puede ocurrir debido a que la placenta se separa de la pared del útero durante

el trabajo de parto e igualmente puede ocurrir con el acceso quirúrgico al útero durante un parto por cesárea.^{24,25}

m) Pronóstico

1. Pronóstico materno

Desde el punto de vista materno, gravan 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.

2) 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.²⁶

2.2.2. Placenta

La placenta es un órgano notable, es la interfase entre la madre y el feto y desempeña diversas funciones como intercambio de gases y metabolitos.

Posee dos caras, la coriónica, de la cual sale el cordón umbilical, y la basal la cual se adhiere al endometrio materno. Entre ambas caras se presenta una cavidad llena de sangre materna que proviene de las arterias espiraladas del endometrio.

Los arboles vellosos constituyen el componente fetal de la placenta, estos se ramifican hasta las vellosidades terminales, que son la unidad funcional de la placenta humana.

El desarrollo de la placenta se inicia con la implantación, cuando el blastocisto entra en contacto con el endometrio. La parte externa del blastocisto corresponde a una capa unicelular de células epiteliales conocidas como trofoblasto. Cuando el trofoblasto entra en contacto con el endometrio se transforma en un sincitio el cual penetra entre las células endometriales. Una vez que la implantación está completa, el producto se encuentra rodeado en su totalidad de sincitiotrofoblasto en el cual empiezan a aparecer vacuolas las cuales se unen hasta formar lagunas. El sincitiotrofoblasto en ese momento se empieza a adelgazar hasta formar trabéculas, las cuales son las precursoras de los árboles vellosos. Hacia el final de la tercera semana se cuenta ya con una placenta rudimentaria. Al final de un embarazo de término una placenta humana mide de 15 a 20 cm de diámetro y tiene un grosor de 3 cm, con un peso aproximado de 500 grs.²

2.3. MARCO CONCEPTUAL

a) **PLACENTA PREVIA (PP)**

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

b) **EDAD**

Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.

c) **PARIDAD**

Número total de partos.

d) **PERIODO INTERGENÉSICO**

Es el lapso de tiempo entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente.

e) **PERIODO INTERGENESICO CORTO**

Tiempo menor de 2 años entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente.

f) PERIODO INTERGENESICO LARGO

Tiempo mayor de 4 años entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente.

g) CIRUGÍA UTERINA

Cualquier operación manual o instrumentada realizada a nivel uterino.

h) PREVALENCIA

Es el número de personas que se encuentran enfermas en un determinado momento, por tanto incluye casos nuevos y viejos.

i) RIESGO:

Probabilidad o posibilidad de que ocurra un evento o problema de salud.

j) FACTOR DE RIESGO

Característica física, química, biológica o social, que al ser detectada en un individuo o comunidad, aumenta el riesgo o probabilidad de que un problema de salud ocurra como “determinante”, con dimensiones y relaciones diferentes en cada caso.

k) EDAD GESTACIONAL

Duración del embarazo calculada desde el primer día de última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio, se expresa en semanas y días completos.

l) CESÁREA

Extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención.

m) ABORTO

Es la interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de la 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximadamente de 500 gramos o 25 cm.

n) SUFRIMIENTO FETAL

Situación permanente o transitoria de diversa etiología, que se caracteriza por hipoxia, hipercapnia y consecuentemente acidosis y otras anomalías de la homeostasis y del intercambio gaseoso materno fetal a nivel placentario.

o) HEMORRAGIA

La pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 hs después del parto.

p) PARTO PRE TÉRMINO

Es el parto que ocurre después de la semana 20 y antes de las 37 semanas completas

q) NULÍPARA

Mujer que no ha tenido ningún parto.

r) MULTÍPARA

Mujer que ha tenido partos más de una vez.

s) GRAN MULTÍPARA

Mujer que ha tenido de 6 a más partos.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

III. CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

PRUEBA DE HIPÓTESIS 1

1.- Formulación de las hipótesis

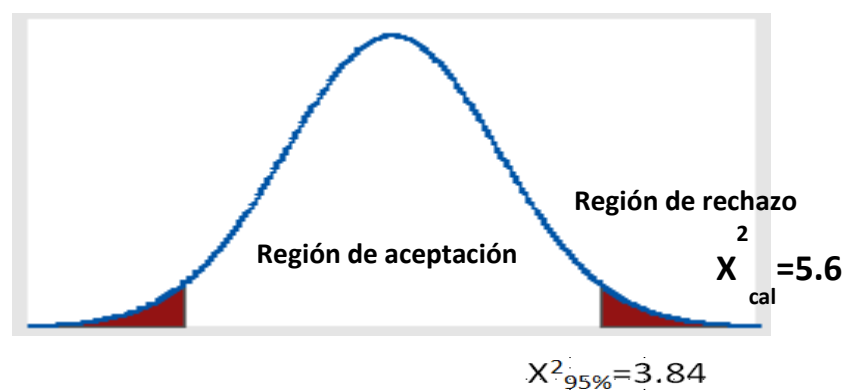
Ha. La edad materna es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

Ho: 1. La edad materna no es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

2. Significancia: 0.05

3. Prueba estadística: Chi cuadrado

4. $p= 0.018$



5. Decisión: Se observa que el valor de p es menor de 0.05 (0.018) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: La edad materna es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016.
6. Conclusión: La edad materna es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

PRUEBA DE HIPÓTESIS 2

1.- Formulación de las hipótesis

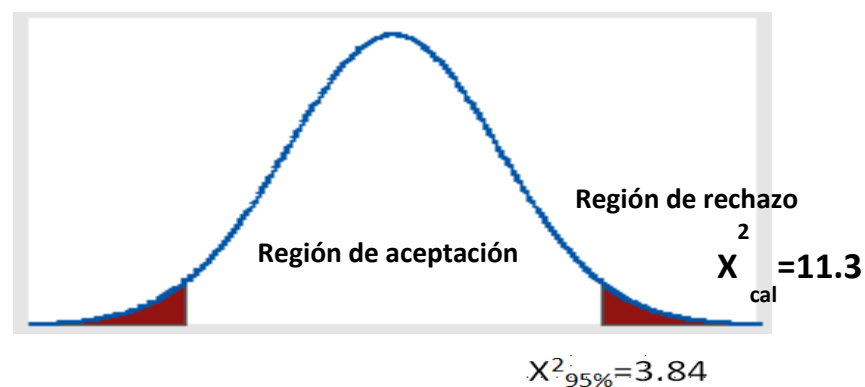
Ha. La multiparidad es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

Ho: La multiparidad no es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

2.- Significancia: 0.05

3.- Prueba estadística: Chi cuadrado

4.- $p= 0.001$



5.- Decisión: Se observa que el valor de p es menor de 0.05 (0.001) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: La multiparidad es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

6.- Conclusión: La multiparidad es un factor de riesgo asociado a la placenta previa.

PRUEBA DE HIPÓTESIS 3

1.- Formulación de las hipótesis

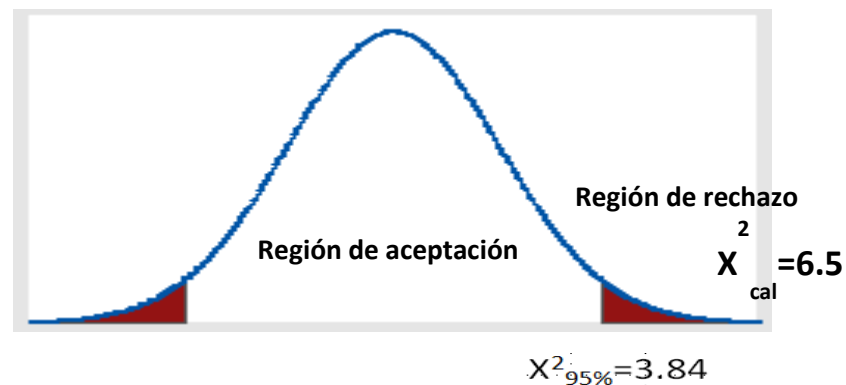
Ha. El antecedente de legrados uterinos es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

Ho: El antecedente de legrados uterinos no es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

2.- Significancia: 0.05

3.- Prueba estadística: Chi cuadrado

4.- $p= 0.011$



5.- Decisión: Se observa que el valor de p es menor de 0.05 (0.011) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: El antecedente de legrados uterinos es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

6.- Conclusión: El antecedente de haber presentado legrado uterino es un factor de riesgo asociado a la placenta previa.

PRUEBA DE HIPÓTESIS 4

1.- Formulación de las hipótesis

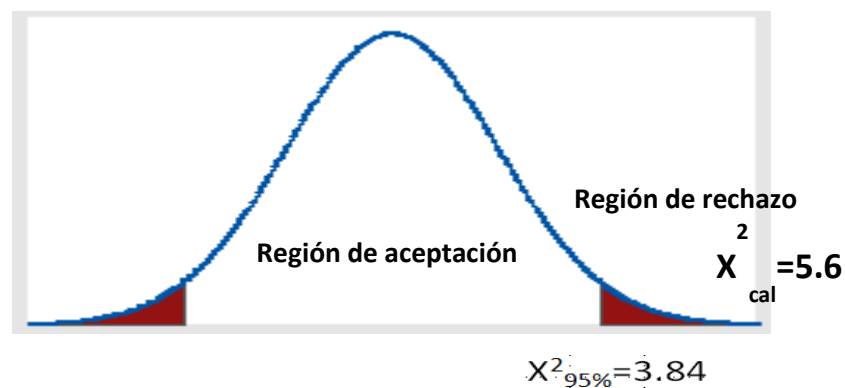
Ha: La condición de cesareada anterior es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

Ho: La condición de cesareada anterior no es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

2.- Significancia: 0.05

3.- Prueba estadística: Chi cuadrado

4.- $p= 0.018$



5.- Decisión: Se observa que el valor de p es menor de 0.05 (0.018) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: La condición de cesareada anterior es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016

6.- Conclusión: Se concluye que tener como antecedente haber presentado partos por cesárea es un factor de riesgo asociado a la placenta previa.

3.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICO

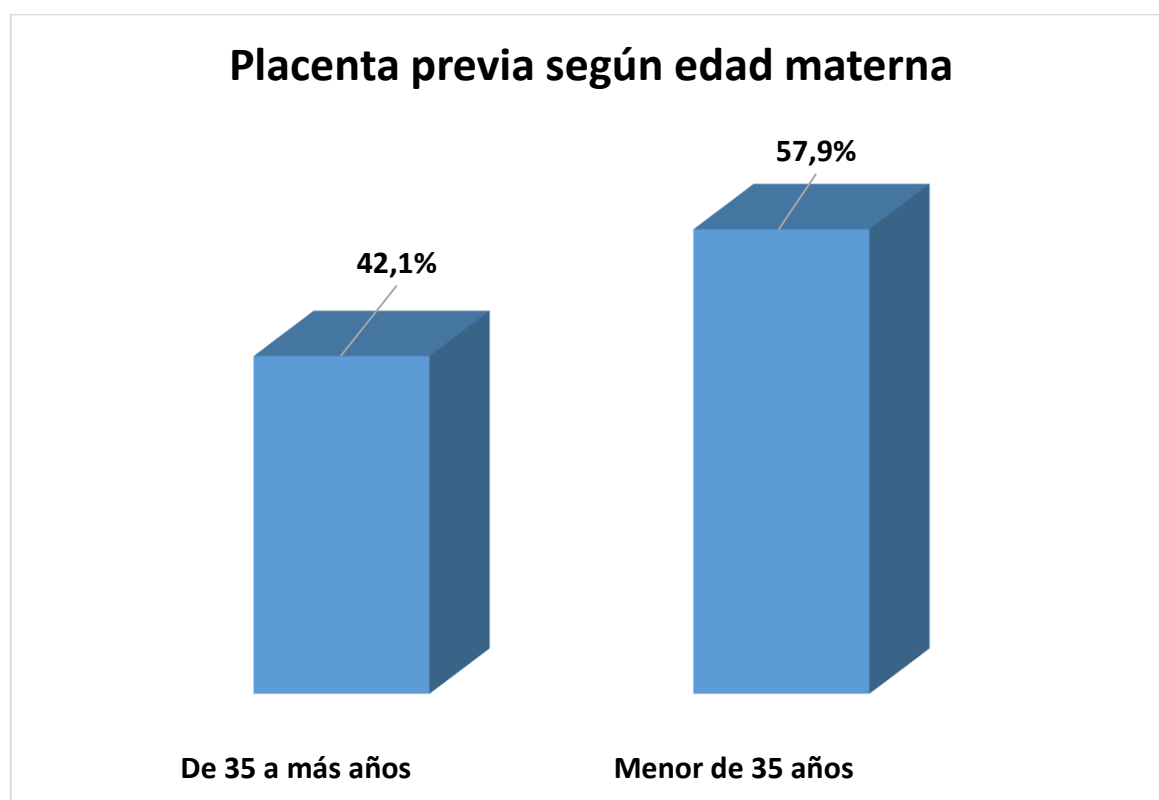
TABLA N° 01

LA EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LA PLACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL DE CONTINGENCIA II-2 TARAPOTO, JULIO 2014 A JUNIO 2016

Edad materna	Frecuencia	Porcentaje
>35	16	42.1%
<35	22	57.9%
Total	38	100.0%

Fuente: Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto

GRÁFICO N° 01



Del 100% de pacientes que tuvieron placenta previa 57.9% tienen de 35 a menos años y el 42.1% tienen de 35 a más años.

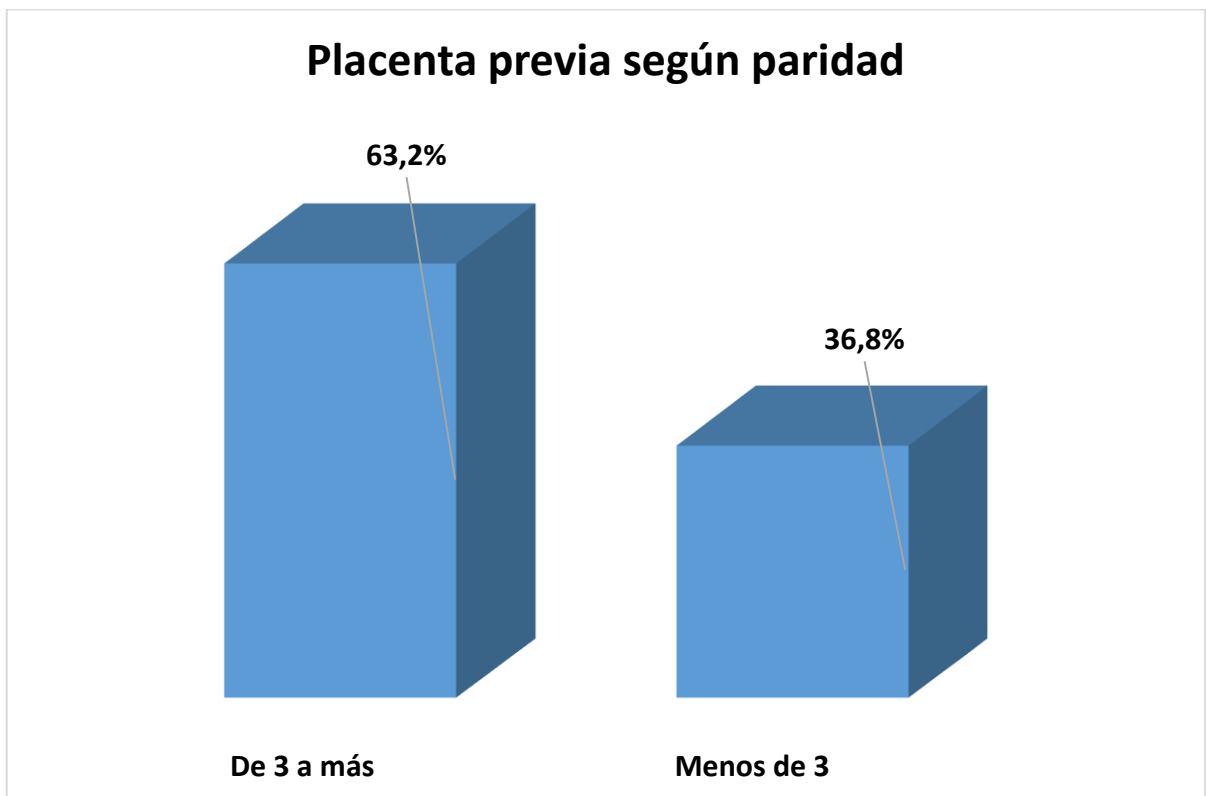
TABLA N 02

LA MULTIPARIDAD ES UN FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LA PLACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL DE CONTINGENCIA II-2 TARAPOTO, JULIO 2014 A JUNIO 2016

multiparidad	Frecuencia	Porcentaje
SI	24	63.2%
NO	14	36.8%
Total	38	100.0%

Fuente: Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto

GRÁFICO N° 02



El 63.2% de las gestantes que tuvieron placenta previa tienen de igual de 3 a más partos, mientras que el 36.8% tuvieron igual a 2 a menos partos anteriores.

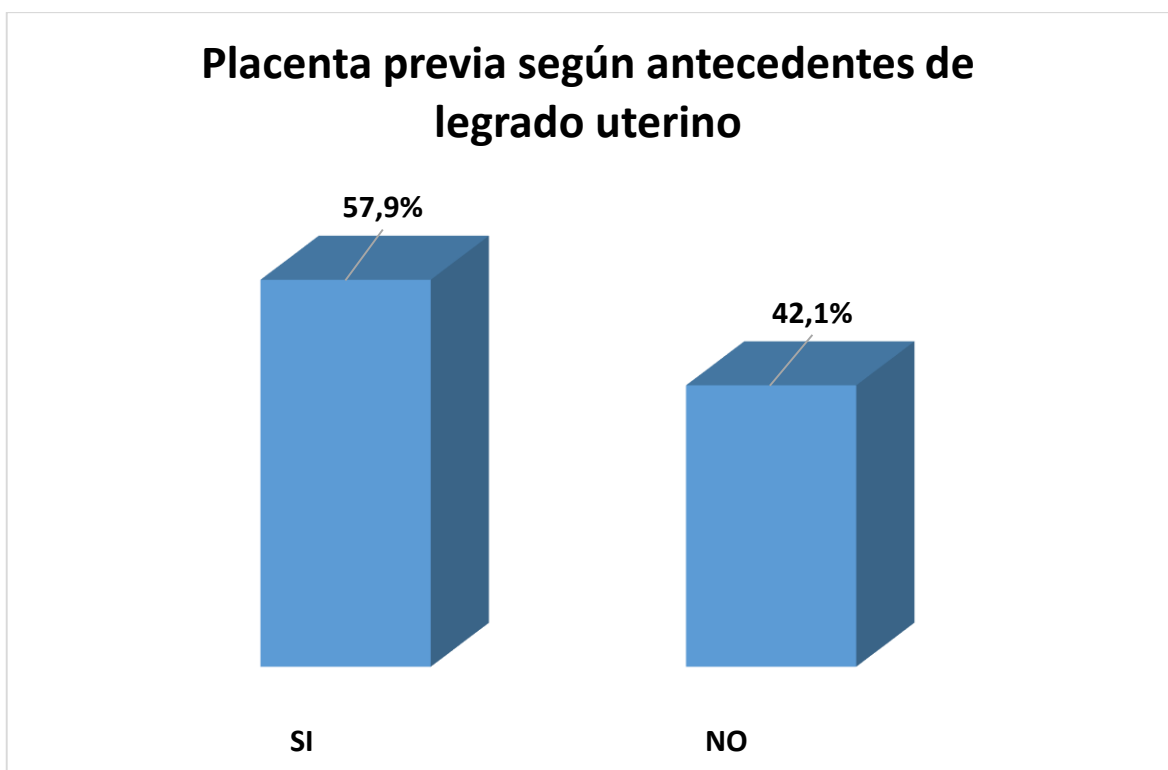
TABLA N° 03

ANTECEDENTE DE LEGRADOS UTERINOS ES UN FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LA PLACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL DE CONTINGENCIA II-2 TARAPOTO, JULIO 2014 A JUNIO 2016

Antecedente de legrados uterinos	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	57.9%
NO	16	42.1%
Total	38	100.0%

Fuente: Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto

GRÁFICO N° 03



El 57.9% de las gestantes que tuvieron placenta previa tuvieron legrado uterino, mientras que solo el 42.1% no presentaron antecedentes de legrados uterinos anteriores.

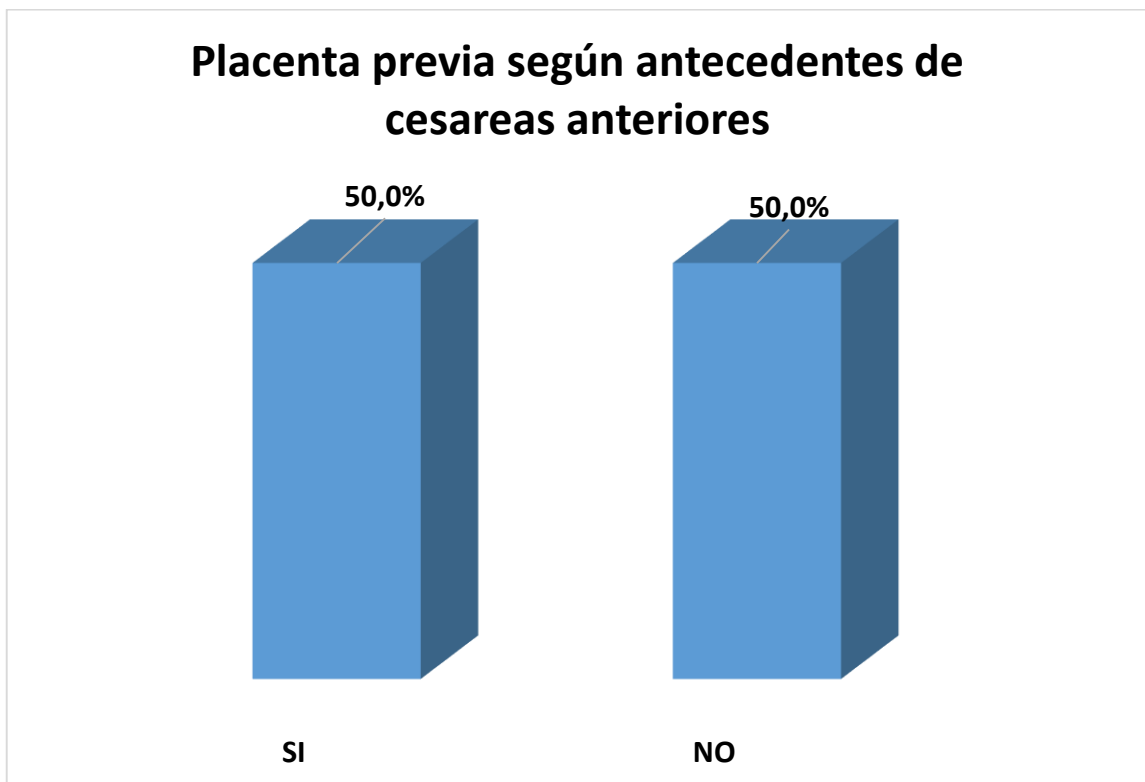
TABLA N° 04

LA CONDICIÓN DE CESAREADA ANTERIOR ES UN FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LA PLACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL DE CONTINGENCIA II-2 TARAPOTO, JULIO 2014 A JUNIO 2016

cesareada anterior	Frecuencia	Porcentaje
SI	19	50.0%
NO	19	50.0%
Total	38	100.0%

Fuente: Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto

GRÁFICO N° 04



El 50.0% de las gestantes que tuvieron placenta previa tuvieron cesáreas anteriores, y el 50% no tuvieron antecedentes de cesáreas anteriores.

3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación tuvo como propósito determinar los principales factores que se asociarían a la placenta previa en las gestantes atendidas en el Hospital de Contingencia II-2 de Tarapoto, pues es una ciudad con características típicas por la idiosincrasia de la gente, existiendo frecuencias elevadas de legrados uterinos, multiparidad entre otras, por lo que se analiza en primer lugar la edad materna como factor asociado a la placenta previa, encontrándose que se presenta con mayor frecuencia en las que tienen menor de 35 años en un 57.9%; se difiere con el estudio de Guisado Aguayo C. 2016 Perú quien encontró que la edad es > de 35 años por lo que se rechaza la investigación; pero se relaciona con la investigación de Rivero Y. 2009 Cuba quien indica que la edad materna de más frecuente asociación con la placenta previa se encontró en el grupo de edades de 25 a 34 años por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Al evaluar a la paridad se determinó que existe asociación con la placenta previa, pues es más frecuentemente en las que tienen de 2 a más partos hasta en un 63.2% por lo tanto el tener 3 a más partos es factor asociado de riesgo para presenta placenta previa. Resultado similar se observa en el estudio desarrollado por Bahoz Cobos, Y. 2014 Guayaquil, determinando que la multigravidez está asociada a la placenta previa. También Peña Mena G. 2012 en Quito demuestra que la multiparidad se asocia a placenta previa por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Se investigó también al antecedente de tener legrado uterino como factor de riesgo asociado a la placenta previa, encontrándose una fuerte asociación pues en el grupo de los que presentaron placenta previa el 57.9% tenían antecedente de legrados uterinos, ello se debería a que, un útero con legrado uterino presenta cicatrices internas que impiden la correcta implantación del huevo o cigoto, por lo que tiene que optar por implantaciones anómalas. Igualmente, en un estudio realizado por Pineda G. 2013, concluye que a un alto porcentaje les han realizado

legrados uterinos por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Se asoció el antecedente de cesáreas anteriores con el riesgo de presentar placenta previa, encontrándose que existe una igualdad en ambas condiciones; ello se debería a las cicatrices internas que presenta el útero que dificultan una correcta implantación. Pineda G. 2013 en Guayaquil demuestra que la condición de cesareada anterior es un riesgo para presentar placenta previa. También Peña Mena G. 2012, en Ecuador demuestra que la condición de cesareada anterior está asociada a la placenta previa. De igual modo Majeed T et al. (2015), concluye que es significativamente mayor la frecuencia de placenta previa entre los pacientes que tiene útero con cicatriz. Incluso Rivero Pérez Y 2009, asocia la placenta previa con una mayor probabilidad de morbimortalidad. Contrariamente se encontró un estudio realizado por Malca S. 2015, llegó a la conclusión que el antecedente de cesárea durante la labor de parto constituye un factor protector para el desarrollo de placenta previa, un resultado controversial que podría deberse a sesgos en la investigación realizado por este autor por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

3.3. CONCLUSIONES

- 1) La edad menor de 35 años es un factor de riesgo para presentar placenta previa en el hospital de contingencia II-2 tarapoto.
- 2) La multiparidad es un factor de riesgo para presentar placenta previa.
- 3) El antecedente de haber tenido legrado uterinos es un factor de riesgo para presentar placenta previa.
- 4) El antecedente de haber tenido cesáreas anteriores es un factor de riesgo importante para presentar placenta previa.

3.4. RECOMENDACIONES

- 1) El personal responsable de la atención materna del hospital de contingencia II-2 tarapoto deberá realizar actividades preventivas promocionales las gestantes, ampliar los controles y hacer una adecuada evaluación en el primer control prenatal para identificar factores de riesgo.
- 2) El personal responsable de la salud materna deberá 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.
- 3) El personal involucrado deberá hacer el uso de las guías de salud sexual y reproductiva después de un legrado uterino para así evitar los embarazos no deseados y la morbilidad materna perinatal.
- 4) El personal de salud involucrado en la atención materna del hospital de contingencia II-2 tarapoto deberá poner en practica la guía nacional de salud sexual y reproductiva del MINSA y cumplir los protocolos de atención durante la atención prenatal en pacientes con cesáreas anteriores para reducir la morbilidad materna perinatal.
- 5) Gestionar a nivel de las autoridades correspondientes para que asignen los recursos humanos especializados y así contribuir con la disminución de morbilidad materno perinatal.

3.5. FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Organización mundial de la salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. 2014. (Disponible en apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf)
2. - Cunningham, F. Leveno, K. Bloom, Williams Obstetrics. McGraw-Hill Education. USA. 24th edición, 2014.
- 3.- Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín estadístico 2014.
- 4.- Inei, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014.
- 5.- Bahoz C, 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. 2014.(Disponible en: repositorio.ug.edu.ec/bitstream/.../TESIS-PLACENTA-PREVIA_RACHELBAHOZ.pdf)
- 6.-Pineda G. Incidencia de placenta previa en el departamento de ginecoobstetricia del hospital Roosevelt". 2013.
- 7.- Peña M. Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa en pacientes que ingresaron al servicio de patología obstétrica del Hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito, durante el período comprendido entre enero-diciembre del 2011. Ecuador 2012 (Disponible en: www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3724/1/T-UCR-006-77.pdf)
- 8.- Majeed T, Waheed F, Mahmood Z, Saba K, Mahmood H, Bukhari MH. Frequency of placenta previa in previously scarred and non scarred uterus. Pak J Med Sci. 2015
- 9.- Rivero P, Gutiérrez V, Romero D. Frago R. Factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa: Hospital Abel Santamaría Cuadrado, abril 2006- 2007. 2009
- 10.- Guisado A. Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero-setiembre 2015 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2016 (Disponible en: cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/523/1/Guisado_c.pdf)

- 11.- Malca S. Cesárea en labor de parto como factor protector de placenta previa. 2015
- 12.- Ávila D. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. 2016 (Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf)
- 13.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. PROSEGO. 2012
- 14.- Yepez M. Hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo de 32 a 36 semanas, Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor de septiembre a febrero 2012-2013.2013 (Disponible en: repositorio.ug.edu.ec/.../TESIS%20HEMORRAGIAS%20UTERINAS%20DEL%20TE...)
- 15.- Robert M. Silver M. Implantación anormal de la placenta Previa, Vasa Previa, y Placenta Ácreta. *Obstet Gynecol* 2015; 126:654-68
- 16.- 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*. 2012
- 17.- Ministerio de Salud. Guía Perinatal. Santiago MINSAL 2015. 1ª edición y publicación 2015. Subsecretaría de Salud Pública
- 18.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica (GPC) 2015
- 19.- Schwarcz, Fescina, y Duverges. Hemorragias en la gestación. *Obstetricia*, 6ta edición Buenos Aires, El Ateneo. 2012. Pag 175
- 20.- Paredes A. Repositorio institucional digital. Características de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto 2014. 2015 (disponible en: repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4053)
- 21.- Medline Plus. Cesárea. Consultado: 11 de agosto de 2012. (Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesareansection.html>).
- 22.- Lugo S. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal. 2014; 40(2):145-154

- 23.- Lilja GMC. Acta Obstet Gynecol Scand. Placenta previa, tabaquismo materno y riesgo recurrente.2012; 74(5):341-5.
- 24.- Arce R, Calderón E, Cruz P, Díaz M, Me-décigo A, Torres L. Guía de práctica clínica. Hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012; 50 (6): 673-682
- 25.- Organización mundial de la salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, Programa de Reproducción Humana. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. 2015. (Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1)
- 26.- 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)

ANEXOS

- **MATRIZ DE CONSISTENCIA**
- **MODELO DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO	PRUEBA ESTADÍSTICA
¿Cuáles son 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?	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	<p>1. Evaluar si la edad materna es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016</p> <p>2. Investigar si la multiparidad es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016</p> <p>3. Determinar si el antecedente de legrados uterinos es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016</p> <p>4. Precisar si la condición de cesareada anterior es un factor de riesgo asociado a la placenta previa en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016</p>	Existen factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital de Contingencia II-2 Tarapoto, julio 2014 a junio 2016	<p>DEPENDIENTE</p> <p>Placenta previa</p> <p>Placenta previa</p> <p>INDEPENDIENTE</p> <p>Factores de riesgo</p>	<p>Placenta previa</p> <p>Edad</p> <p>Multiparidad</p> <p>Legrados uterinos</p> <p>Antecedente de cesárea</p>	<p>Si NO</p> <p>Años cumplidos</p> <p>Si no</p> <p>Legrados practicados</p> <p>Cesáreas practicadas</p>	<p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	Ficha de recolección de datos	Chi 2



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- Ficha N° _____

2.- Implantación anómala de la placenta (Placenta previa)

(SI) (NO)

3.- Años cumplidos _____ años

4.- Partos presentados

(G) (P) (A)

5.- Legrados practicados

(SI) (NO)

_____ veces

6.- Cesárea practicada

(SI) (NO)

_____ veces