



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

**Factores obstétricos asociados a placenta previa en gestantes
atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón 2018 – 2019**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Br. Pacori Puma, Lourdes Juvita (ORCID: 0000-0003-2566-616X)

ASESOR:

Dr. Bazán Palomino, Edgar Ricardo (ORCID: 0000-0002-7273-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud materna

PIURA – PERÚ

2020

DEDICATORIA

A MI FAMILIA

Mis padres: Santiago y Juana, por brindarme siempre lo mejor que pudieron, ejemplo de vida y educación en valores; junto a mi hermana que con su motivación y paciencia me impulsaron para seguir adelante cuando creí que ya no podía más, que sienten como suyo mis logros y me dan la fuerza para seguir este largo camino de la Medicina con vocación de servicio. A mi hermano por su ejemplo de ética, de hacer lo correcto.

Lourdes Juvita Pacori Puma

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por guiarme siempre y permitir el logro de mis metas incluso dándome la fortaleza en los momentos más difíciles para poder superar las adversidades y lograr con éxito culminar mis estudios.

A mis asesores

En especial al Dr. Edgar Bazán Palomino, quienes me brindaron el asesoramiento constante con profesionalismo para el desarrollo y culminación de mi tesis.

A la Universidad César Vallejo

Por ser la casa de estudios que me brindó la oportunidad de titularme en dicha Universidad.

Lourdes Juvita Pacori Puma

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
PÁGINA DEL JURADO	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA	8
2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	8
2.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	8
2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	9
2.3.1. POBLACIÓN	9
2.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	10
2.5. ANÁLISIS DE DATOS	10
2.6. ASPECTOS ÉTICOS	10
III. RESULTADOS	12
IV. DISCUSIÓN	17
V. CONCLUSIONES	20
VI. RECOMENDACIONES	21
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
VIII. ANEXOS	25
ANEXO 3: ACTA DE ORIGINALIDAD	26
ANEXO 4: PANTALLAZO DE SOFTWARE TURNITIN	27
ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN	28
ANEXO 6: VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	29

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01. Características generales de la muestra. Hospital Manuel Núñez Butrón 2018 – 2019	13
Tabla 02: Factores obstétricos asociados a placenta previa. Hospital Manuel Núñez Butrón 2018 – 2019.....	15
Tabla 03: Estimación de riesgo para los factores asociados a placenta previa. Hospital Manuel Núñez Butrón 2018 – 2019.....	16

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01: distribución según tipo de placenta previa Hospital Manuel Núñez Butrón 2018 – 2019.....	14
--	----

RESUMEN

Objetivo: Establecer los factores obstétricos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón.

Metodología: Se desarrolló una investigación no experimental, retrospectiva, analítica de casos y controles. Solo se registraron 35 casos de placenta previa durante el periodo de estudio a los cuales se les asignó un control según sexo del neonato. Se estimaron valores de chi cuadrado y OR.

Resultados: Se observó que la edad promedio fue 29 ± 7 años, 67.2% tenía educación secundaria, 21.4% educación superior y 11.4% educación primaria. El 68.6% eran convivientes, 17.1% casadas y 14.3% solteras. El 42.9% tuvo sobrepeso, 32.9% peso normal, 17.1% obesidad y 7.1% bajo peso antes de la gestación. El 35.7% tuvo anemia materna, 61.4% fueron multíparas, 24.3% cesárea previa, 37.1% aborto previo, 30.0% periodo intergenésico corto y 24.3% antecedente de placenta previa. Las variables: multiparidad (OR 4.008; IC95% 1.42-11.24; $p=0.007$), cesárea previa (OR 4.58; IC95% 1.31-153.93; $p=0.012$) y el antecedente de placenta previa (OR 2.94; IC95% 2.02-4.28; $p=0.0001$) son factores obstétricos asociados a placenta previa.

Conclusiones: La paridad, el antecedente de cesárea y el antecedente de placenta previa son factores asociados al desarrollo de placenta previa

Palabras clave: Placenta previa, factores, asociados.

ABSTRACT

Objective: To establish the obstetric factors associated with placenta previa in pregnant women treated at the Manuel Núñez Butrón Hospital.

Methodology: A non-experimental, retrospective, analytical study of controls and controls was developed. Only 35 cases of placenta previa were recorded during the study period to which a control was assigned according to the sex of the newborn. Chi square and OR values were estimated.

Results: It was realized that the average age was 29 ± 7 years, 67.2% had secondary education, 21.4% higher education and 11.4% primary education. 68.6% were cohabiting, 17.1% married and 14.3% single. 42.9% were overweight, 32.9% were normal weight, 17.1% were obese and 7.1% were underweight before gestation. 35.7% had maternal anemia, 61.4% were multiparous, 24.3% previous caesarean section, 37.1% previous abortion, 30.0% short intergenetic period and 24.3% antecedent of placenta previa. The variables: multiparity (OR 4.008; 95% CI 1.42-11.24; $p = 0.007$), previous cesarean section (OR 4.58; 95% CI 1.31-153.93; $p = 0.012$) and the antecedent of placenta prior (OR 2.94; 95% CI 2.02-4.28; $p = 0.0001$) are obstetric factors associated with placenta previa.

Conclusions: Parity, a history of cesarean section and a history of placenta previa are factors associated with the development of placenta previa.

Keywords: Placenta previa, factors, associates.

I. INTRODUCCIÓN

La placenta previa (PP) es la cobertura total o parcial del orificio interno del cuello uterino con la placenta (1). Se considera una condicionante de riesgo elevado riesgo para el desarrollo de hemorragia posparto y puede provocar morbimortalidad en la gestante y el bebé. Esta situación impide un parto vaginal seguro y requiere que el parto del neonato sea por cesárea (2).

La PP afecta del 0.3% al 2% de las gestaciones que se encuentran en el tercer trimestre, además, se ha tornado una patología de elevada frecuencia debido a las crecientes tasas de cesáreas (3). Los factores de riesgo que se correlacionan con la PP son gestante añosa con múltiples partos, consumidora de tabaco, cocaína, succión previa y legrado, tecnología de reproducción asistida, antecedentes de cesárea y placenta previa (4-6).

La mayoría de los casos se diagnostican al principio del embarazo mediante ecografía y otros pueden acudir a la sala de emergencias con sangrado vaginal indoloro en la segunda o tercera etapa trimestral del embarazo (7). La presencia de placenta previa también incrementa la probabilidad de que una mujer desarrolle el espectro de placenta accreta. Este espectro de condiciones incluye placenta accreta, increta y percreta. La hemorragia posparto incontrolada por placenta previa puede requerir una transfusión de sangre, una histerectomía dejando a la paciente infértil, ingreso en la UCI o incluso la muerte (8).

Huachin Y. 2020. Nazca. Con el objetivo de precisar los factores de riesgos que se asocian a PP en gestantes del Ricardo Cruzado Rivarola realizó un estudio de casos y controles. Se trabajó con 54 casos y 108 controles. Se pudo identificar que la edad mayor a 35 años ($p=0,021$), paridad ≥ 3 ($p=0.006$), antecedente de legrado uterino ($p=0.018$) y antecedente de cesárea ($p=0.011$) son factores asociados al desarrollo de PP (9).

Arizapana C. 2019. Juliaca. Enfocado en identificar los factores que incrementan la probabilidad de PP, desarrolló un estudio en el Hospital Carlos Monge Medrano. Se

registraron un total de 3260 gestantes. Se observó una incidencia del 1,6%. De las 53 pacientes: 50,9% tenían edad ≥ 35 años; 60,4% tenía al menos una cesárea previa; 34% con aborto previo; 45,3% eran multíparas; 49,1% presentaban periodo intergenésico corto y 3,8 % presentó embarazo múltiple. Con respecto a la distribución de PP según severidad: 47,2% presentaron PP total, 35,8% PP parcial, 9,5% PP de anidación baja y 7,5 % PP marginal. En el análisis inferencial se encontró asociación entre edad de las gestantes, cesárea previa, paridad múltiple, periodo gestacional corto y presencia de PP (10).

Quispelajo C. 2019. Lima. Con la intención de estimar la incidencia y factores que incrementan el riesgo de PP en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Se registraron 58 gestantes con PP y 115 gestantes sin PP. Se observó que 29.7 años fue la edad promedio de las madres, 30.4 años para las gestantes con PP y 28.8 para las gestantes sin PP. Predominando el grupo etario de 20-35 años, 70% (41/58) eran convivientes. Se encontró: multiparidad (OR=3.7 IC95% 1.8-7.1), antecedente de aborto (OR=3.4; IC 95% 1.7-6.7), antecedente de AMEU y/o legrado (OR 3.3 IC 95% 1.6-6.8), antecedente de PP (OR 5.9 IC 95% 1.5-23.4), cesárea previa (OR 1.6 IC 95% 0.8-3,3), gestante añosa (OR 1.8 IC 95% 0.8-3.6), anemia del primer trimestre (OR 0.8 IC 95% 0.3-1.7). Concluyendo que: el antecedente de aborto, AMEU y/o legrado, multiparidad, antecedente de PP son factores que incrementan la probabilidad de presentar PP (11).

Munive E. 2019. Huancavelica. Con la finalidad de describir las características sociodemográficas de las embarazadas atendidas por PP en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia realizó una investigación descriptiva. Se incluyeron 32 gestantes. Se observó que: la edad promedio fue 29.7 años, 15.6% fueron nulíparas, 21.9% primíparas y 62.5% multíparas. El 31.3% tuvo antecedente de aborto, 34.4% antecedente el parto abdominal y no fue posible identificar antecedente de PP. El peso materno promedio antes de la gestación fue de 57.540 kilogramos, altura promedio 1.49 metros, 25% sobrepeso y 9.4% obesidad. El 68.8% fueron de procedencia rural, 87.5% fueron amas de casa, 12.5% estudiantes, 59.4% convivientes, 25% concluyó primaria, 34.4% concluyó secundaria y 12.5% inició estudios de nivel superior. La edad gestacional promedio

en el primer CPN fue 14.6 semanas y 62.5% tuvieron 6 o más atenciones prenatales (12).

Licera Z. 2019. Chimbote. Con la finalidad de evaluar si las gestantes con edad mayor a 35 años o con múltiples partos tenían mayor riesgo de tener PP llevó a cabo una investigación en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Para la evaluación de los objetivos aplicó un diseño de casos y controles. Se registraron 102 embarazadas en el grupo de los casos y 306 gestantes dentro de los controles. Se halló que 25.5% de mujeres con PP tenían edad mayor a 35 años OR=2,91 IC95% (1,48-5,71) $p=0,00$, 26.5% de mujeres con PP fueron gran multíparas OR=2,46 IC95% (1,25-4,85) $p=0,01$. Concluyendo que una gestante con edad mayor a 35 años o con múltiples partos tiene mayor riesgo de presentar PP (13).

Senkoro E, et al. 2017. Tanzania. Con la finalidad de estimar la prevalencia, los factores que incrementan el riesgo y los resultados maternos fetales adversos de la PP en las habitantes de la región norte de Tanzania, desarrolló una evaluación de cohorte retrospectivo en base a datos maternos del registro de nacimientos del Kilimanjaro Christian Medical Center que abarca desde 2000 hasta 2015. Se registró a la totalidad de gestaciones que concluyeron en parto único. Se registraron 47.686 nacimientos con gestación única. Dentro de los cuales se identificó una frecuencia del 0.6% de PP. Los factores que demostraron riesgo significativo para PP fueron: las patologías del área ginecológica, consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación, mala presentación fetal y gravidez ≥ 5 . Entre los efectos adversos en la madre se reportó sangrado profuso posparto y parto que terminó en cesárea. PP aumentó las probabilidades de mala presentación fetal y muerte temprana del recién nacido (14).

La placenta previa es la cobertura total o parcial del orificio interno del cuello uterino con la placenta (1). Se considera un factor que incrementa de forma considerable la tasa de hemorragia posparto y puede provocar morbimortalidad en la embarazada y el R.N (15). Esta situación impide un parto vaginal seguro y requiere que el parto del neonato sea por cesárea, la mayoría de los casos se diagnostican al principio del embarazo mediante ecografía y otros pueden acudir a la sala de

emergencias con sangrado vaginal indoloro durante los dos últimos trimestres de la gestación (16). Se estima que se presenta entre el 0,3% y 2% de las gestaciones en el tercer trimestre y se observa con mayor frecuencia como consecuencia del incremento en las indicaciones de partos abdominales (17).

Aun es desconocida a causa subyacente de la placenta previa. Sin embargo, existe una asociación entre el daño endometrial y la cicatrización uterina (18). Los factores de riesgo que se correlacionan con la PP son edad la edad avanzada de la gestante, paridad múltiple, tabaquismo, consumo de cocaína, succión previa y legrado, tecnología de reproducción asistida, antecedentes de cesárea y antecedente de placenta previa (4-6). No está claro por qué algunas placentas se implantan en la mitad inferior del útero en lugar de en el fondo, parece que la formación de cicatrices en el cuerpo uterino pueden favorecer a la implantación placentaria en la parte inferior del cuerpo uterino. Con la progresión del embarazo, más del 90% de estas placentas bajas identificadas al principio del embarazo parecerán alejarse del cuello uterino y salir del segmento uterino inferior (19). Aunque se emplea el término de "migración placentaria", la mayoría de los profesionales no creen que la placenta se mueva, más bien, se considera que la placenta crece preferentemente hacia un fondo del útero mejor vascularizado (trofotropismo), mientras que la placenta que recubre el cuello uterino menos vascularizado puede sufrir atrofia. El probable desplazamiento placentario también es posible que se presente durante la maduración del segmento inferior del cuerpo uterino (20). La presencia de contracciones uterinas, el borramiento del cérvix y dilatación del orificio cervical que se presentan durante el último trimestre son responsables de la separación placentaria, produciéndose sangrado genital en diminutas cantidades. La presencia de este sangrado podría estimular más contracciones uterinas, favoreciendo así a una mayor separación y sangrado placentario. Rara vez estas hemorragias iniciales son un problema importante, aunque pueden ser motivo de hospitalización. Durante el trabajo de parto, a medida que el cuello uterino se dilata y borra, suele haber separación de la placenta y hemorragia inevitable.

Una paciente que presenta sangrado vaginal en el segundo o tercer trimestre debe recibir una ecografía transabdominal antes de un examen digital. Si existe una

preocupación por la placenta previa, entonces se debe realizar una ecografía transvaginal para confirmar la ubicación de la placenta (20). Se ha demostrado que la ecografía transvaginal es superior a una ecografía transabdominal y es segura (21).

La ecografía de rutina en el primer y segundo trimestre del embarazo proporciona una identificación temprana de placenta previa (22). Es importante darse cuenta de que cuanto más temprano sea el diagnóstico de placenta previa, es más probable que se resuelva en el momento del parto como consecuencia de la migración placentaria. Casi el 90% de las placentas identificadas como "bajas" finalmente se resolverán en el tercer trimestre (23). Se recomienda una ecografía de seguimiento entre las 28 y 32 semanas de gestación para buscar placenta previa persistente (24).

La alta sospecha de placenta accreta debe considerarse desde el principio del diagnóstico. La placenta accreta es la unión de la placenta más allá del límite normal del miometrio establecido por la capa fibrinoide de Nitabuch. La placenta increta es la invasión de la placenta hacia el miometrio y la placenta percreta es la invasión hacia la serosa uterina y los órganos circundantes (25). El espectro de placenta accreta puede conducir a una hemorragia masiva y es necesario un enfoque de equipo integrado antes del parto. La resonancia magnética es útil para los casos de placenta previa posterior o para evaluar la posible invasión de la vejiga. Sin embargo, son costosos y no se ha demostrado que mejoren el diagnóstico o los resultados en comparación con la ecografía sola (26).

Con el diagnóstico de PP, la paciente está programada para el parto electivo entre las 36 y 37 semanas mediante cesárea (27). Sin embargo, algunas pacientes con placenta previa presentan complicaciones y requieren cesáreas urgentes a una edad gestacional más temprana. A las pacientes que se presenten con antecedentes conocidos de placenta previa y sangrado vaginal se les deben valorar los signos vitales y se les debe iniciar la monitorización fetal electrónica.

Las pacientes con sangrado vaginal excesivo o continuo deben tener un parto por cesárea sin tener en consideraciones las semanas de embarazo. Si el sangrado cede, entonces se permite el manejo expectante si las semanas de embarazo son menores de 36 semanas. Si cuenta con 36 semanas de embarazo o más, es recomendable el parto por cesárea (28). El feto debe ser evaluado y valorar la necesidad de recibir sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal y esteroides para la madurez pulmonar fetal (29). El descanso en cama, la restricción de las funciones del hogar y la evitación de las relaciones sexuales suelen ser obligatorios, aunque no hay un beneficio claro. Si el sangrado vaginal cede durante más de 48 horas y se considera que el feto está sano, se continúa con la monitorización hospitalaria o se puede dar de alta a la paciente para tratamiento ambulatorio (30).

Aproximadamente el 90% de los casos de placenta previa se resuelven mediante el parto, sin embargo, las pacientes con PP confirmada tienen mayor riesgo de transfusión sanguínea, lesión de órganos cercanos, histerectomía por cesárea, ingreso en cuidados intensivos y muerte (31). También existe un mayor riesgo en embarazos posteriores.

Ante la problemática descrita nos planteamos la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón durante el período 2018 - 2019? Como hipótesis de investigación se plantea que ser primigesta y el antecedente de placenta previa son factores asociados a placenta previa en las gestantes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón.

Consideramos que la placenta previa es una entidad nosológica que conlleva elevados índices de morbimortalidad para el binomio madre-feto, a pesar de que en la última década se han conseguido varios avances en la esfera diagnóstica y terapéutica aún se reportan dentro de nuestras estadísticas nacionales pacientes con esta patología. Por lo tanto, creemos que es fundamental que cada institución de salud evalúe los factores obstétricos relacionados con dicha noxa, ya que con ello conseguiríamos elevar la calidad de atención materno-fetal.

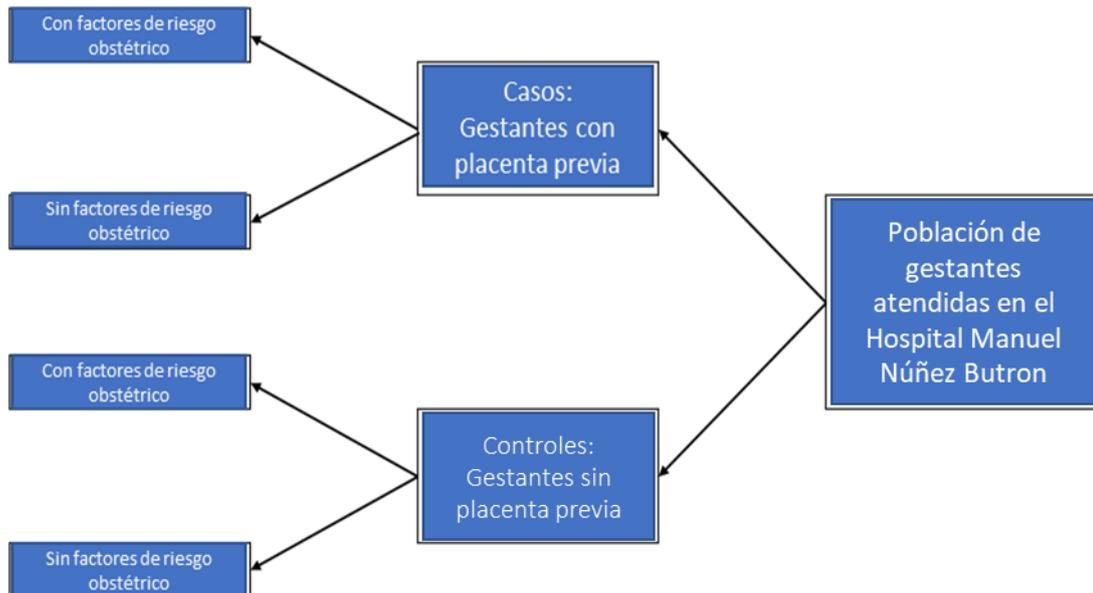
Por lo tanto, nuestro estudio tiene como objetivo general: Establecer los factores obstétricos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón durante el período 2018 - 2019. Para la obtención del objetivo principal nos apoyaremos en:

1. Determinar si la paridad es un factor asociado al desarrollo de placenta previa.
2. Verificar si el antecedente de cesárea anterior es factor asociado a placenta previa.
3. Identificar si el antecedente de aborto se encuentra asociado a placenta previa.
4. Identificar si el antecedente de placenta previa se encuentra asociado al desarrollo de una nueva placenta previa.

II. METODOLOGÍA

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se desarrolló un estudio con diseño cuantitativo, retrospectivo, analítico de casos y controles.



2.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Factores obstétricos

Variable dependiente: Placenta previa

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable
Variable dependiente Placenta previa	Complicación que se produce cuando la placenta cubre la abertura en el cuello del útero de la madre.	Pacientes en el II y/o III trimestre con diagnóstico mediante ecografía transvaginal. GRADO I, II, III, IV	Con placenta previa Sin placenta previa	Cualitativa Nominal
Variable independiente Factores obstétricos	Condiciones obstétricas que favorecen el desarrollo de una enfermedad.	Condiciones obstétricas descritas en historia clínica	Paridad Cesárea anterior Antecedente de aborto Periodo intergenésico Antecedente de placenta previa	Cualitativa Nominal
Edad	Años cumplidos por una persona hasta la fecha del estudio	Años cumplidos según historia clínica	_____ años	Cuantitativa discreta
Grado de instrucción	Máximo nivel de estudios alcanzados	Máximo nivel de estudios alcanzado según historia clínica	Illetrada Primaria Secundaria Superior	Cualitativa Nominal
Estado civil	Condición marital frente a la sociedad	Condición marital que figura en la ficha obstétrica	Soltera Casada Conviviente	Cualitativa Nominal

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.3.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por el total de historias clínicas de las gestantes cuyo parto se atendió en el Hospital Manuel Núñez Butrón de enero del 2018 a diciembre del 2019. Se registraron 35 casos de placenta previa, a los cuales se les asignó un grupo control en relación 1:1 con emparejamiento según sexo del feto o recién nacido. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia hasta obtener un tamaño muestral según el número de casos.

Criterios de inclusión

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de placenta previa confirmada por ginecólogo.

Historia clínica de gestante hospitalizada con hallazgo ecográfico de placenta previa en el II o III trimestre.

Pacientes con historias clínicas completas y legibles.

Criterios de exclusión

Historias clínicas de pacientes hospitalizadas en obstetricia por otra enfermedad diferente a placenta previa.

Historias clínicas de pacientes con hemorragia en el II o III trimestre sin estudio ecográfico.

Historias clínicas con datos incompletos o no legibles.

2.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: análisis documental.

Instrumento: para la recolección de datos se confeccionó una ficha de recolección de datos (anexo 1). Dicha ficha recopiló información sobre edad materna y características sociodemográficas. En la segunda parte se recogió información sobre la presencia o ausencia de las variables de estudio. La tercera parte incluye información sobre variables intervinientes.

2.5. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v26.0. Toda la información recopilada se tamizó en busca de datos perdidos. Para el análisis descriptivo se utilizó medidas de tendencia central y desviación estándar. Para el análisis inferencial se aplicó Chi cuadrado para confirmar la asociación entre variables. Se estimó OR para identificar la fuerza de asociación entre las variables de estudio.

2.6. ASPECTOS ÉTICOS

Se realizó un estudio no experimental y retrospectivo, limitado a la recolección de datos de las historias clínicas sin exposición a riesgos de los pacientes ni de los

investigadores. En todo momento se mantuvo en reserva la identificación de los pacientes evitando recolectar datos personales no relacionados con el desarrollo de los objetivos. Además, se realizó el adecuado llenado de la información manteniendo la veracidad de los datos.

III. RESULTADOS

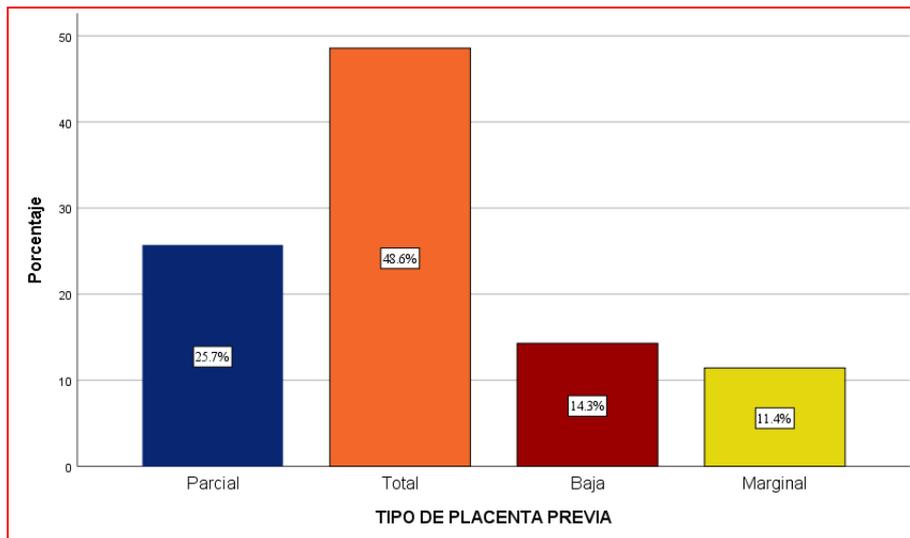
Tabla 01. Características generales de la muestra.
Hospital Manuel Núñez Butrón 2018 – 2019

		Muestra (n=70)	
		Recuento	%
EDAD; años, promedio, DE		29 ± 7 años	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	0	0.0%
	Primaria	8	11.4%
	Secundaria	47	67.2%
	Superior	15	21.4%
ESTADO CIVIL	Soltera	10	14.3%
	Casada	12	17.1%
	Conviviente	48	68.6%
IMC	Bajo peso	5	7.1%
	Peso normal	23	32.9%
	Sobrepeso	30	42.9%
	Obesidad	12	17.1%
ANEMIA MATERNA	Si	25	35.7%
	No	45	64.3%
PARIDAD	Nulípara	27	38.6%
	Múltipara	43	61.4%
CESAREA PREVIA	Si	17	24.3%
	No	53	75.7%
ABORTO PREVIO	Si	26	37.1%
	No	44	62.9%
PERIODO INTERGENESICO CORTO	Si	21	30.0%
	No	49	70.0%
ANTECEDENTE DE PLACENTA PREVIA	Si	17	24.3%
	No	53	75.7%

Fuente: Historias clínicas.

La tabla muestra que la edad promedio fue 29 ± 7 años. 67.2% tenía educación secundaria, 21.4% educación superior y 11.4% educación primaria. 68.6% eran convivientes, 17.1% casadas y 14.3% solteras. 42.9% tenía sobrepeso, 32.9% peso normal, 17.1% obesidad y 7.1% bajo peso antes de la gestación. 35.7% tuvo anemia materna. 61.4% fueron multíparas. Cesárea previa 24.3%, aborto previo 37.1%, periodo intergenésico corto 30.0% y antecedente de placenta previa 24.3%.

**Gráfico 01: distribución según tipo de placenta previa
Hospital Manuel Núñez Butrón 2018 – 2019.**



Fuente: Historias clínicas.

El gráfico muestra que del total de casos 48.6% tuvo placenta previa total, 25.7% parcial, 14.3% baja y 11.4% de marginal.

**Tabla 02: Factores obstétricos asociados a placenta previa.
Hospital Manuel Núñez Butrón 2018 – 2019**

		PLACENTA PREVIA				p-valor
		Si		No		
		Recuento	%	Recuento	%	
ANEMIA MATERNA	Si	13	37.1%	12	34.3%	0.803
	No	22	62.9%	23	65.7%	
PARIDAD	Nulípara	8	22.9%	19	54.3%	0.007
	Múltipara	27	77.1%	16	45.7%	
CESAREA PREVIA	Si	13	37.1%	4	11.4%	0.012
	No	22	62.9%	31	88.6%	
ABORTO PREVIO	Si	14	40.0%	12	34.3%	0.621
	No	21	60.0%	23	65.7%	
PERIODO INTERGENESICO CORTO	Si	13	37.1%	8	22.9%	0.701
	No	22	62.9%	27	77.1%	
ANTECEDENTE DE PLACENTA PREVIA	Si	17	48.6%	0	0.0%	0.0001
	No	18	51.4%	35	100.0%	

Fuente: Historias clínicas.

La tabla muestra que la paridad ($p=0.007$), cesárea previa ($p=0.012$) y el antecedente de placenta previa ($p=0.0001$) son los factores obstétricos asociados a placenta previa.

Tabla 03: Estimación de riesgo para los factores asociados a placenta previa. Hospital Manuel Núñez Butrón 2018 – 2019.

		PLACENTA PREVIA (n=35)		
		OR	IC 95%	p-valor
PARIDAD	Múltipara	4.008	1.428-11.247	0.007
CESAREA PREVIA	Si	4.580	1.316-15.930	0.012
ANTECEDENTE DE PLACENTA PREVIA	Si	2.944	2.023-4.286	0.0001

Fuente: Historias clínicas.

La tabla muestra los riesgos estimados para las variables con asociación estadística. Se observa que la multiparidad incrementa en 4.008 veces el riesgo de tener placenta previa, el antecedente de cesárea incrementa en 4.58 veces el riesgo de placenta previa y el antecedente de placenta previa incrementa en 2.94 veces el riesgo de tener una nueva placenta previa.

IV. DISCUSIÓN

Esta investigación se planteó y desarrolló en el Hospital Manuel Núñez Butrón, de enero del 2018 a diciembre del 2019, el presente año, donde encontramos lo siguiente:

En la Tabla 1 La tabla muestra que la edad promedio fue 29 ± 7 años. 67.2% tenía educación secundaria, 21.4% educación superior y 11.4% educación primaria. 68.6% eran convivientes, 17.1% casadas y 14.3% solteras. 42.9% tenía sobrepeso, 32.9% peso normal, 17.1% obesidad y 7.1% bajo peso antes de la gestación. 35.7% tuvo anemia materna. 61.4% fueron multíparas. Cesárea previa 24.3%, aborto previo 37.1%, periodo intergenésico corto 30.0% y antecedente de placenta previa 24.3%. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Huachin (9) quien registró 54 casos y 108 controles, observó que tener edad superior a 35 años ($p=0,021$), haber tenido 3 o más hijos ($p=0.006$), antecedente de LU ($p=0.018$) cesárea previa ($p=0.011$) son factores que incrementaban la posibilidad de tener PP. Los hallazgos de nuestra investigación también concuerdan con lo encontrado por Senkoro (14), quien informó que la edad materna superior a 35 años incrementa el riesgo de PP (OR=1,66; IC95% 1,04–2,63). Por su lado Licera (13) encontró que las mujeres mayores a 35 años o con múltiples partos tenían mayor riesgo de tener PP (OR=2,91 IC95% 1,48-5,71) ser gran multípara (OR=2,46 IC95% 1,25-4,85). Concluyendo que una gestante con edad superior a 35 años o con múltiples partos tiene mayor riesgo de presentar PP. Diferentes investigadores (8,10,) también reportan relación entre edad materna superior a 35 años y el desarrollo de PP. Arizapana determinó en 3260 gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano, que 50,9% tuvieron más de 35 años; 60,4% contaba con cesárea previa; 34,1% contaba con aborto previo; 49,1% tuvieron periodo intergenésico corto y 3,8% tuvo gestación múltiple. Con respecto a la distribución de PP según severidad: 47,2% presentaron PP total, 35,8% PP parcial, 9,4% PP de implantación baja y 7,5 % PP marginal. En el análisis inferencial se encontró asociación entre las variables descritas. Esta relación entre el incremento de PP conforme avanza la edad puede explicar por las repetidas modificaciones del endometrio que generan una revascularización de la decidua en forma defectuosa, la cual presenta una mayor ocurrencia sobre la

región cervical del útero, esto podría ser consecuencia de modificaciones inflamatorias y atróficas. Conforme la paciente incrementa de edad disminuyen la calidad en la formación ovárica, del mismo modo que, la presencia de alteraciones en la secreción hormonal tiene efectos negativos sobre la gestación y la anidación de la placenta (18,19). La variabilidad en la edad de las pacientes tiende a modificar dichos resultados, sabiendo que, conforme incrementa la tasa de gestantes con edades avanzadas, incrementa la probabilidad de presentar PP (20).

La tabla 2 muestra que la paridad ($p=0.007$), cesárea previa ($p=0.012$) y el antecedente de placenta previa ($p=0.0001$) son los factores obstétricos asociados a placenta previa, la multiparidad fue la característica que se observó en el 77.1% de las pacientes con PP y en el 45.7% sin PP, encontrándose diferencias con significancia estadística entre ambos grupos. Al respecto Gargari (13) observó que el antecedente de múltiples partos era un factor de riesgo para PP (OR=4,5; IC 95% 2,8 - 7,2). Del mismo modo, existen investigaciones que reportan un menor riesgo como el ejecutado por Ling L (11) quien encuentra (OR=1,8; IC95% 1,2 - 3,1). Estudios que evaluaron la relación entre ambas variables, encontraron riesgo similar como el reportado por Senkoro (14) quien reporta (OR=3,46; IC95% 1,01 – 11,86).

La tabla 03 muestra los riesgos estimados para las variables con asociación estadística. Podemos observar que el antecedente de múltiples partos incrementa en 4.008 veces el riesgo de tener PP, el antecedente de cesárea incrementa en 4.58 veces el riesgo de placenta previa y el antecedente de placenta previa incrementa en 2.94 veces el riesgo de tener una nueva placenta previa. Estudios recientes como el realizado por Senkoro (14) registra una frecuencia del 30% de multiparidad en pacientes que desarrollaron PP. No obstante, otras investigaciones informan de frecuencias mayores de PP en multíparas como en el caso de Aydin (12) quien describe un porcentaje cercano al 82% de multiparidad en gestantes con PP y 57% en gestantes sin PP. Una posible explicación a la relación directa entre ambas variables, se basa en el desarrollo de cicatrices endometriales secundarias a los partos y/o abortos. Algunos estudios reportan que el

antecedente de cuatro o más partos ya aumenta la probabilidad de formar cicatrices uterinas que modifican la estructura del segmento inferior uterino, lo cual incrementaría la probabilidad de anidación placentaria baja (14,15).

V. CONCLUSIONES

1. Se identificó que la paridad es un factor asociado al desarrollo de placenta previa en la gestación. Y que ser multípara incrementa el riesgo en por lo menos 4 veces en comparación con las pacientes nulíparas.
2. Se determinó que el antecedente de cesárea es un factor asociado al desarrollo de placenta previa en la gestación y que su presencia incrementa en 4 veces el riesgo de placenta previa.
3. El antecedente de placenta previa es un factor asociado al desarrollo de una nueva placenta previa y su presencia incrementa en 2.9 veces el riesgo de placenta previa.
4. No se encontró asociación entre el antecedente de aborto, anemia materna o periodo intergenésico corto y el desarrollo de placenta previa en la gestación.

VI. RECOMENDACIONES

1. Ampliar estudios multicéntricos que nos permitan, ampliar nuestro panorama sobre el tema, esto permitiría hacer cambios sustanciales en las decisiones sobre un tema tan sensible como es la placeta previa, pero fundamentalmente las implicancias del mismo.
2. Socializar resultados entre los profesionales de la salud que se vea reflejada en consejerías a mujeres.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Latif L, Iqbal U, Aftab M. Associated risk factors of placenta previa a matched case control study, Pakistan Journal of Medical and Health Sciences. 2015; 9(4): 1344–46.
2. Kodla C. A study of prevalence, causes, risk factors and outcome of severe obstetrics haemorrhage. Journal of Scientific and Innovative Research. 2015; 4(2): 83–87.
3. Raees M, Parveen Z, Kamal M. Fetal and maternal outcome in major degree placenta previa. Gomal Journal of Medical Sciences. 2015; 13(3): 13–16.
4. Almaksoud T. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. Libyan Journal of Medicine Research. 2014; 8(1): 2312–65.
5. Chufamo N, Segni H, Alemayehu Y. Incidence, contributing factors and outcomes of antepartum hemorrhage in Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia. 2015; 3(4): 153–9.
6. Ahmed S, Aitallah A, Abdelghafar H, et al. Major placenta previa: rate, maternal and neonatal outcomes experience at a tertiary maternity hospital, sohag, Egypt: a prospective study. 2015; 9(11): 17–9.
7. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide A, et al. Placenta praevia and placenta accreta: diagnosis and management: Green-top guideline no. 27a. BJOG. 2019; 126(1): 1-48.
8. Zhou M, Chen M, Zhang L, et al. Severe adverse pregnancy outcomes in placenta previa and prior cesarean delivery. Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2017; 48(5): 783-787.
9. Huachin Y. Factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de nazca noviembre del 2014 a octubre del 2019. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Ica. Universidad Privada San Juan Bautista; 2020.
10. Arizapana C. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca durante el año 2018. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Puno. Universidad Nacional de Altiplano; 2019.

11. Quispelazo C. Incidencia y factores de riesgos asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, el Agustino 2018. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Lima. Universidad Nacional Federico Villareal; 2019.
12. Munive E. Características de las gestantes con diagnóstico de placenta previa atendidas en el Hospital Regional de Huancavelica Zacarias Correa Valdivia 2017. [Tesis para optar el título de especialista en: Emergencias y alto riesgo obstétrico]. Huancavelica. Universidad Nacional de Huancavelica; 2019.
13. Licera Z. Edad materna mayor a 35 años y gran multiparidad como factores de riesgo de placenta previa. Hospital Guzmán Barrón, Chimbote. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Trujillo. Universidad César Vallejo; 2019.
14. Senkoro E, Mwanamsangu A, Chuwa F, et al. Frequency, risk factors, and adverse fetomaternal outcomes of placenta previa in northern Tanzania. *J Pregnancy*. 2017; 2: 1-7.
15. Ahn K, Lee E, Cho G, et al. Anterior placenta previa in the mid-trimester of pregnancy as a risk factor for neonatal respiratory distress syndrome. *PLoS One*. 2018; 13(11): e0207061.
16. Jung E, Cho H, Byun J. Placental pathologic changes and perinatal outcomes in placenta previa. *Placenta*. 2018; 63: 15-20.
17. Martinelli K, Garcia É, Santos N, et al. Advanced maternal age and its association with placenta praevia and placental abruption: a meta-analysis. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(2): e00206116.
18. Jauniaux E, Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 217(1): 27-36.
19. Ryu J, Choi Y, Bae J. Bleeding control using intrauterine continuous running suture during cesarean section in pregnant women with placenta previa. *Arch Gynecol Obstet*. 2019; 299(1): 135-139.
20. Jing L, Wei G, Mengfan S, et al. Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa. *PLoS One*. 2018; 13(7): e0200252.

21. Feng Y, Li X, Xiao J, et al. Risk Factors and Pregnancy Outcomes: Complete versus Incomplete Placenta Previa in Mid-pregnancy. *Curr Med Sci.* 2018; 38(4): 597-601.
22. Pedigo R. First trimester pregnancy emergencies: recognition and management. *Emerg Med Pract.* 2019; 21(1): 1-20.
23. Baldwin H, Patterson J, Nippita T, et al. Antecedents of Abnormally Invasive Placenta in Primiparous Women: Risk Associated With Gynecologic Procedures. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(2): 227-233.
24. Silver R, Branch D. Placenta Accreta Spectrum. *N Engl J Med.* 2018; 378(16): 1529-1536.
25. ACOG Committee Opinion No. 764: Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(2): e151-e155.
26. Riveros E, Wood C. Retrospective analysis of obstetric and anesthetic management of patients with placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018; 140(3): 370-374.
27. Markley J, Farber M, Perlman N, et al. Neuraxial Anesthesia During Cesarean Delivery for Placenta Previa With Suspected Morbidly Adherent Placenta: A Retrospective Analysis. *Anesth Analg.* 2018; 127(4): 930-938.
28. Jansen C, de Mooij Y, Blomaard C, et al. Vaginal delivery in women with a low-lying placenta: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2019; 126(9): 1118-1126.
29. Nawsherwan D, Khan A, Begum N, et al. Low Birth Weight, and Low Ponderal Index Mediates the Association between Preeclampsia, Placenta Previa, and Neonatal Mortality. *Iran J Public Health.* 2020; 49(4): 654-662.
30. Durukan H, Durukan O, Yazıcı F. Planned versus urgent deliveries in placenta previa: maternal, surgical and neonatal results. *Arch Gynecol Obstet.* 2019; 300(6): 1541-1549.
31. Walfisch A, Beharier O, Shoham I. Placenta previa and long-term morbidity of the term offspring. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016; 203: 1-4.

VIII. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A PLACENTA PREVIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRON 2018 – 2019

CÓDIGO: _____

CON PLACENTA PREVIA ()

SIN PLACENTA PREVIA ()

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD: _____ años

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Iletrada	Primaria	Secundaria	Superior
----------	----------	------------	----------

ESTADO CIVIL

Soltera	Casada	Conviviente	
---------	--------	-------------	--

FACTORES RELACIONADOS CON ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

ESTADO NUTRICIONAL

IMC	< 19.8	19.8 – 26	26.1 – 29	≥ 29
-----	--------	-----------	-----------	------

ANEMIA MATERNA

Si ()

No ()

FACTORES RELACIONADOS CON ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

PARIDAD:

Nulípara ()

Múltipara ()

CESAREA ANTERIOR:

Sí ()

No ()

ANTECEDENTE DE ABORTO

Si ()

No ()

PERIODO INTERGENÉSICO CORTO

Si ()

No ()

ANTECEDENTE DE PLACENTA PREVIA

Si ()

No ()

TIPO DE PLACENTA PREVIA

Parcial	Total	Baja	Marginal
---------	-------	------	----------