



UNIVERSIDAD NACIONAL  
**FEDERICO VILLARREAL**

VICERRECTORADO DE  
**INVESTIGACION**

FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A PLACENTA PREVIA EN  
PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
NACIONAL HIPOLITO UNANUE, EL AGUSTINO. AÑO 2018

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:  
MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

QUISPELAYO RAMOS, CRISTHIAN ESEQUIEL

ASESOR:

VARGAS LAZO, MIRYAN GLADYS

LIMA – PERÚ

2019

**Dedicatoria**

*A mis padres y hermano por el apoyo incondicional  
a lo largo de toda mi carrera universitaria.*

**Agradecimientos**

*A la Universidad Nacional Federico Villareal por haberme  
brindado las oportunidades y en especial a mi tutora la  
Dra. Vargas Lazo Miryan Gladys por haberme guiado en el  
desarrollo de la tesis.*

**INDICE**

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
I) INTRODUCCION.....	7
1.1. DESCRIPCION Y FORMULACION DE PROBLEMA .....	8
1.2. ANTECEDENTES.....	9
1.3. OBJETIVOS .....	13
1.4 JUSTIFICACION .....	14
1.5 HIPOTESIS .....	15
II) MARCO TEORICO.....	16
2.1 BASES TEORICAS.....	16
III) MÉTODO.....	24
3.1 TIPO DE INVESTIGACION .....	24
3.2 AMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL .....	25
3.3 VARIABLES .....	25
3.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	26
3.5 POBLACION Y MUESTRA.....	30
3.6 INSTRUMENTOS .....	31
3.7 PROCEDIMIENTOS.....	32
3.8 ANALISIS DE DATOS.....	32
IV) RESULTADOS.....	33
V) DISCUSIÓN.....	55
VI) CONCLUSIONES .....	59
VII) RECOMENDACIONES .....	60
VII) REFERENCIAS .....	61
VIII) ANEXOS .....	66

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la incidencia y los factores de riesgos asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Hipólito Únanue , enero a diciembre del 2018. **Metodología:** Es un estudio observacional, analítico, retrospectivo de corte transversal, casos y controles. La población estuvo conformada por 8125 pacientes de los cuales la muestra fue de 173 pacientes, 58 casos y 115 controles, mediante una ficha de datos se procedió a la recolección de información proveniente de las historias clínicas, se digitaron en una base de datos mediante el programa SPSS22, se realizó la prueba de chi cuadrado y Odds ratio con un nivel de confianza de 95% para las respectivas variables estudiadas. **Resultados:** La edad materna promedio fue de 29.6 años, 30.4 años para los casos, 28.8 para los controles, el mayor porcentaje de la muestra presentó una edad materna entre 20-35 años. Respecto al estado civil el 70% (41/58) eran convivientes, sobre los factores de riesgo se encontraron: multiparidad OR 3.6 IC 95% [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 placenta previa OR 5.9 IC 95% [1.5-23.4], PIC OR 3.2 IC 95% [1.1-8.9]. Antecedente de cesárea OR 1.6 IC 95% [0.8-3.3], edad materna avanzada OR 1.8 IC 95% [0.8-3.6], IMC desnutrición y/o obesidad OR 1.6 IC 95% [0.8-3.1], anemia en el I trimestre OR 0.8 IC 95% [0.3-1.7]. **Conclusiones:** los factores obstétricos como (antecedente de aborto, AMEU y/o legrado, multiparidad, PIC, antecedente de placenta previa son factores de riesgo para desarrollar placenta previa). Los factores sociodemográficos como edad, estado civil, grado de instrucción no están asociados significativamente con placenta previa, Los factores como IMC obesidad o desnutrición, antecedente de anemia en el I trimestre no son factores de riesgo para placenta previa.

**Palabras clave:** *placenta previa, aborto, periodo intergenésico corto, multiparidad.*

## ABSTRACT

Objective: To identify the incidence and risk factors associated with placenta previa in patients hospitalized in the gynecology and obstetrics service of the Hospita Nacional Hipólito Únanue, January to December 2018. Methodology: This is an observational, analytical, retrospective, cross-sectional study. cases and controls. The population consisted of 8125 patients, of whom 173 were the sample, 58 cases and 115 controls. A data sheet was used to collect information from the medical records, and they were entered into a database through the database. SPSS22 program, Chi-square test and Odds ratio were performed with a confidence level of 95% for the respective variables studied. Results: Average maternal age was 29.6 years, 30.4 years for cases, 28.8 for controls, The greater percentage of the sample presented a maternal age between 20-35 years. Regarding the marital status, 70% (41/58) were cohabiting, on the risk factors were found: multiparity OR 3.6 IC 95% [1.8-7.1], antecedent of abortion OR 3.4 IC 95% [1.7-6.7], antecedent manual vacuum aspiration , OR 3.3 IC 95% [1.6-6.8], history of placenta previa OR 5.9 CI 95% [1.5-23.4], PIC OR 3.2 IC 95% [1.1-8.9]. Antecedents of cesarean section OR 1.6 IC 95% [0.8-3.3], advanced maternal age OR 1.8 IC95% [0.8-3.6], BMI malnutrition and / or obesity OR 1.6 IC95% [0.8-3.1], anemia in the I trimester OR 0.8 IC95% [0.3-1.7] .Conclusions: obstetric factors such as (antecedent of abortion, MVA and / or curettage, multiparity, CIP, history of placenta previa are risk factors for developing placenta previa). Sociodemographic factors such as age, marital status, educational level are not significantly associated with placenta previa. Factors such as BMI, obesity or malnutrition, and anemia in the I trimester are not risk factors for placenta previa.

**Key words:** *placenta previa, abortion, short intergenetic period, multiparity.*

## I) INTRODUCCION

La placenta previa es una complicación en la cual la placenta se inserta en el segmento uterino en distintos grados obstruyendo el orificio cervical interno parcial o totalmente, y llevando con esto a complicaciones materno-fetales.

La incidencia de esta entidad a nivel mundial se registra en 0.6% (Senkoro,Mwanamsangu &Chuwa, 2017), sin embargo últimos estudios encuentran aumento en la incidencia, 0.93-2.01% en China (Fan et al ,2016) esto se debe posiblemente al aumento en la prevalencia de factores de riesgo estudiados a nivel internacional como el antecedente de aborto, edad materna avanzada , cesáreas previas, AMEUs y/o legrados, multiparidad. Perú no está exento de estos factores ya que las tasas de cesáreas, abortos han ido en aumento, Según la OMS en su declaración sobre las tasas de cesárea esta debe oscilar entre 10 a 15%. En Perú la prevalencia de cesáreas se incrementó de 22,9% a 34,2% entre los años 2011 y 2017. (ENDES,2017).

Estudios internacionales difieren en algunos factores de riesgos, como edad materna avanzada, antecedente de cesárea y ante el aumento de ciertos factores gineco-obstétricos como aborto, cesáreas,AMEUs , se identificará la nueva incidencia y los factores de riesgos asociados a placenta previa mediante un estudio de casos y controles , en pacientes que acudieron al HNHU , en el periodo enero-diciembre 2018.

## 1.1. DESCRIPCION Y PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La placenta previa es una complicación obstétrica que se presenta a partir del II trimestre, y es la principal causa de sangrado en la segunda mitad del embarazo, a nivel mundial presenta una incidencia de 0.6% (Senkoro et al., 2017) , “en países Europeos como Croacia presenta una incidencia de 0.4%”(Tuzovic,2003),”En estudios asiáticos como en China se han reportado incidencia de 0.93-2.01%”(Fan et al,2016) “3.63% Iran ,3.5% Pakistan”( Anisodowleh, Farahnaz, Atefeh & Sara, 2014) . Un estudio nigeriano revela la incidencia en 0.96-2.6%% en su población, en un Hospital de Carolina del Norte se identificó la incidencia en 2.8%(Mustafa, Elbashir, Waddad & Ibrahim, 2017)

En Latinoamérica la incidencia de placenta previa se encuentra entre 0.5 y 0.76% (Isla et al, 2008). En un estudio realizado en Ecuador se encontró una incidencia de 0.5%(Peña, Salazar y Zambrano, 2012).0.63% en Bolivia(Andia et al., 2010).En Perú la incidencia de esta complicación es de 0.63% y se encontró una letalidad fetal de 3.39% (Oscanoa, 2005).

Los factores de riesgo relacionados con placenta previa que más se han estudiado son, cesárea anterior, edad materna mayor a 35 años, antecedentes de cirugías uterinas previas, (Tuzović, Djelmis & Ilijic, 2003),(Oscanoa, 2005). Según la OMS en su declaración sobre las tasas de cesárea esta debe oscilar entre 10 a 15%.En Perú la prevalencia de cesáreas se incrementó de 22,9% a 34,2% entre los años 2011 y 2017 presentando el área urbana 42% de tasa de cesáreas, Lima presenta una tasa de 46% de cesáreas . (Endes, 2017).

Si bien se conoce que en Lima la principal causa de muerte materna es la enfermedad hipertensiva del embarazo, a nivel nacional la principal causa de muerte es la hemorragia encontrándose a la placenta previa como una de las causas básicas de muerte materna.(ENDES, 2017)



Siendo una importante causa de morbimortalidad materno fetal y encontrándose con el aumento en las tasas de cesáreas, factores de riesgo potencialmente prevenibles como el consumo de tabaco o alcohol, edad materna avanzada se realizará un estudio descriptivo para identificar los factores de riesgo e incidencia de esta patología.

### **1.1.1 Formulación del problema**

¿Cuál es la incidencia y los factores de riesgos asociados a placenta previa en las pacientes hospitalizadas del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino. Enero a Diciembre 2018?

## **1.2. ANTECEDENTES**

### **1.2.1 Antecedentes internacionales**

Senkoro et al. (2017) en su estudio titulado “Frequency, Risk Factors, and Adverse Fetomaternal Outcomes of Placenta Previa in Northern Tanzania” realizado en Kilimanjaro Christian Medical Center, Moshi-Tanzania, tiene como objetivo identificar la frecuencia, los factores de riesgo y complicaciones feto maternos de la placenta previa en Tanzania. Realizó un estudio retrospectivo tipo cohorte utilizaron como instrumento de recolección de datos un cuestionario estandarizado para recopilar datos donde provenientes de historias clínicas legibles, la población de estudio fue de 47,686 en el cual se incluían 270 pacientes con diagnóstico con diagnóstico de placenta previa y 47416 sin diagnóstico, se estudiaron los Odds ratios con intervalos de confianza de 95% de los posibles factores de riesgo. Encontrando como resultados que las mujeres con placenta previa tenían una edad media significativamente mayor [29.07, SD = 6.12 (años)] que los controles [27.47, SD = 6.05 (años)]. Los factores de riesgo como enfermedades ginecológicas [OR 2.44; IC del 95%: 1.50–3.97], uso de alcohol durante el

embarazo actual [OR 1.61; IC del 95%: 1,17–2,21], gran múltipara [OR 3,46; IC del 95%: 1.01–11.86], y multigrávida  $\geq 5$  [OR 4.85; IC del 95%: 1,49-15,75], control prenatal  $\geq 4$  visitas [OR 0,45; IC del 95%: 0,32-0,64] y edad materna  $\geq 35$  años [OR 0.56; IC del 95%: 0,35 a 0,89]. Conclusión Se identificaron múltiples factores de riesgo independientes. Se encontró que la placenta previa tenía asociaciones con varios resultados feto materno adverso.

Shobeiri & Jenabi (2017) en su estudio titulado “Smoking and placenta previa: a meta-analysis” realizado en el año 2016 con el objetivo de encontrar una asociación entre fumar durante el embarazo y la placenta previa. Utilizando como método un metanálisis buscaron información en las bases de datos electrónicos como PubMed, Web of Science y Scopus hasta el mes de junio de 2015, utilizando una prueba de Q-test y la estadística  $I^2$  para identificar la similitud de los estudios. Encontraron como resultados que el riesgo de presentar esta complicación en comparación con mujeres no fumadoras fue de un OR estimado en 1.42 con IC 95% y 1.27 de RR con IC 95%. Concluyendo que fumar durante el embarazo puede considerarse un factor predictivo de placenta previa.

Mustafa, Elbashir, Waddad & Ibrahim (2017) en su trabajo titulado “Placenta praevia in Najran University hospital: incidence and risk factors”, realizado en Arabia Saudita, con el objetivo de identificar los principales factores de riesgo y la incidencia en su población, diseñaron un método descriptivo transversal de un año de estudio retrospectivo y un año prospectivo desde abril 2014 hasta abril 2016, La población de estudio fue de 849 de los cuales la muestra fue de 23 pacientes con diagnóstico de placenta previa mediante ultrasonografía, se recolectó la información provenientes de las historias clínicas de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión mediante la elaboración de una ficha de datos, obteniendo como resultados, la incidencia fue de 2.7%, el 65% de los pacientes con placenta previa estaban entre la edad de

20-29 años, el 73% correspondía a la raza negra, el 73% presentaba antecedente de placenta previa. Concluyeron que la incidencia de placenta previa en el Hospital Najran fue alta en comparación a otras regiones de Arabia Saudita y la mayoría de datos internacionales, la placenta previa y antecedente de cesárea fueron los factores de riesgo significativo para placenta previa.

Lubna, Iqbal, & Aftab (2015) en su trabajo titulado “Associated Risk Factors of Placenta Previa A Matched Case Control Study” realizado en Hospital de Jinnah, Lahore-Pakistan, 2015. Con el objetivo de conocer los factores asociados con placenta previa y su contribución en la causa de la misma, se realizó un estudio de casos y controles en el cual se obtuvieron como muestra de estudio 30 casos y 60 controles, se recolectaron datos provenientes de las historias clínicas mediante el uso de un cuestionario, y se almacenaron en el paquete estadístico SPSS, obteniendo como resultado que los factores significativamente asociados con placenta previa fueron antecedente de placenta previa (OR:19), antecedente de ameu y/o legrado (6.3), antecedente de abortos (5) edad materna (OR:4), antecedente de cesárea previa (2.8) antecedente de dilatación y curetaje (3.4). Conclusión, la edad materna, cesárea previa, dilatación y curetaje, antecedentes de abortos fueron factores asociados significativamente con placenta previa.

### **1.2.2 Antecedentes nacionales**

Guisado (2015) en su tesis que tiene como título “Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero-septiembre 2015” realizado en el hospital HNERM, Lima, en el año 2015, tuvo como objetivo identificar dichos factores. Un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, con una población de estudio de 46 casos con diagnóstico de placenta previa diagnosticados mediante ecografía en el segundo y/o tercer

trimestre, utilizando una ficha de datos para la recolección de información, encontró que el grupo etario más afectado fueron mujeres añosas con 54.3%, la multiparidad con 63%, y cirugía previa uterina tuvo un 71.7% siendo éstas últimas como el legrado uterino con 28.3% , cesárea más legrado uterino 21.7% seguido de cesárea con 19.6%. Conclusión: la mayoría de pacientes en el estudio presentaban por lo menos un factor de riesgo relacionado a placenta previa.

Bollet (2014) en su tesis titulado “Estudio ecográfico de la placenta previa en gestantes”, realizado en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega, en Abancay, Apurímac. Tuvo como objetivo identificar las características clínico epidemiológicas y el tipo de placenta previa, diseño de investigación descriptivo, simple retrospectivo y transversal , la muestra estuvo conformada por 40 gestantes que cumplían los criterios de inclusión, utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos utilizando las historias clínicas y ecografías obteniendo como resultados que el 62% se encontraban entre las edades de 18 a 29 años ,un 32.5% presentaron antecedente de 2 embarazos previos , un 15% antecedentes de cesárea previa, 17.5% antecedentes de aborto, 10% presentaron placenta previa total, 35% placenta previa parcial, 32.5% placenta previa marginal y un 22.5% presentaron placenta previa de inserción baja. Concluyendo que el mayor porcentaje de presentación fue de placenta previa parcial, que los antecedentes de embarazos previos y cesáreos previos tuvieron una incidencia significativa.

Lazo (2015) en su tesis titulado “ Factores que influyen la placenta previa en gestantes diagnosticadas mediante ecografía” realizado en el Hospital Apoyo Ilave, Collao, Puno, en el periodo de enero-abril 2015, tuvo como objetivo determinar las variables clínicas y epidemiológicas de las pacientes que tenían el diagnóstico de placenta previa. Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, la muestra de estudio estuvo conformada por 18 casos de placenta previa comprobados por ultrasonografía y la recolección de datos se hizo mediante el

uso de ficha de recolección de datos provenientes de historias clínicas, obteniendo como resultados que la incidencia acumulada fue de 0.65%, el grupo etario con mayor porcentaje fue el de 30-45 año (71% de casos), 55%(10) tuvieron antecedente de placenta previa ,56% fueron gran multíparas y 50% tuvieron más de 2 legrados uterinos. Concluyendo que la edad materna, antecedente de placenta previa, legrados uterinos previos presentaron una asociación significativa con el desarrollo de placenta previa.

Alvarez (2015) en su tesis titulado “Factores que influyen en la ocurrencia de placenta previa” realizado en el Hospital Monge Medrano- Juliaca, Puno, de septiembre a diciembre 2015. Realizaron un estudio descriptivo, la muestra de estudio estuvo conformado de 42 gestantes con diagnóstico de placenta previa por ultrasonografía utilizando ficha de recolección de datos provenientes de historias clínicas y los CLAPs, encontraron como resultados que el 10% son placenta previa marginales, 28% parciales y el 62% son completas, la edad materna >35 años estuvo presente en el 77% de casos, hábitos nocivos en el 10%, multiparidad 83%, respecto a los antecedentes obstétricos el antecedente de placenta previa 11%, antecedente de aborto 51% y cesáreas previas 37%, concluyendo que los factores obstétricos como antecedente de aborto, edad materna >35 años y cesáreas previas son los factores de riesgo que están más relacionados con el desarrollo de placenta previa.

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Identificar la incidencia y los factores de riesgos asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue en el año 2018.

### **1.3.2 Objetivo específico**

Determinar los factores maternos sociodemográficos asociados a la placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Hipolito Unanue en el 2018.

Determinar los factores maternos gineco-obstétricos asociados a la placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Hipolito Unanue, El Agustino en el año 2018.

## **1.4 JUSTIFICACION**

### **1.4.1 Justificación teórica**

La hemorragia materna es aún la principal causa de muerte materna en el Perú representando un 21.9%, según cifras del boletín epidemiológico del MINSA en el 2017 se reportaron 6 (3.9%) muertes maternas directas por hemorragia debido a placenta previa.

La placenta previa es la principal causa de hospitalización por sangrado en la segunda mitad del embarazo y esto a su vez está relacionado con mayor morbimortalidad materno fetal, en distintos estudios se ha descrito a la cesárea anterior o cirugía previa de útero como un factor de riesgo a desarrollar placenta previa, actualmente en el Perú la prevalencia de cesáreas se ha incrementado de un 22,9% a 34.2% según cifras de (ENDES, 2017).

### **1.4.2 Justificación práctica**

El aumento en las tasas de cesárea puede condicionar un incremento en la incidencia de placenta previa junto con el conocimiento de factores potencialmente prevenibles como el consumo de alcohol, tabaquismo, edad materna avanzada, abortos y el mayor acceso a una ecografía obstétrica transvaginal para el diagnóstico, nos abren un nuevo panorama sobre esta

entidad en la incidencia, prevención y manejo con la posibilidad de disminuir el riesgo obstétrico ante una posible morbilidad materno fetal.

### **1.4.3 Justificación Social**

Al tener como factor de riesgo el antecedente de aborto para desarrollar placenta previa, y con esto el aumento de AMEUs así como de legrados es de suma importancia el conocimiento de los métodos anticonceptivos en la población para prevenir este factor de riesgo. Sobre el impacto económico el realizar AMEUs, legrados, cesáreas, generan un gasto mayor que el prevenir con los métodos anticonceptivos y orientación en factores como disminuir el consumo de alcohol y/o tabaco con la posibilidad de mejorar los índices morbilidad materno fetal.

## **1.5 HIPOTESIS**

### **1.5.1 Hipótesis Alternativa**

- Los factores sociodemográficos y gineco obstétricos se asocian a la placenta previa, en pacientes hospitalizadas en el servicio de G-O del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Enero – Diciembre 2018.

### **1.5.2 Hipótesis Nula H0:**

- Los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos no se asocian a la placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de G-O del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Enero - Diciembre 2018.

## II) MARCO TEORICO

### 2.1 BASES TEORICAS

#### 2.1.1 Definición

La placenta previa es una complicación obstétrica que consiste en la implantación anormal de la placenta donde el tejido placentario se extiende sobre o muy cerca del segmento uterino ocluyendo total o parcialmente el orificio cervical interno. (Cunningham et al., 2015).

#### 2.1.2 Incidencia

La incidencia de esta entidad es de 0.6 (Senkoro et al., 2017). Sin embargo hay evidencia que existe una variación según la etnia es así como en Asia se reporta 12.2 por 1000 embarazos, en Europa 3.6 por 1000 embarazos, América del Norte 2.9 por 1000 embarazos, África subsahariana 2.7 por cada 1000 embarazos. (Cresswell, Ronsmans, Calvert & Filippi, 2013).

Perú la incidencia de placenta previa es de 0.63%, con una tasa de letalidad fetal de 3.39% encontrando como mayor presentación a la placenta previa total con un 44%.(Oscanoa, 2005).

#### 2.1.3 Etiopatogenia

La inserción alterada de la placenta podría deberse a : La tardía aparición de la capacidad de fijación del trofoblasto: al ser muy precoz, puede implantarse en la trompa y presentarse el embarazo tubario, si es normal, se fijará en las zonas superior o media del útero, pero si es tardía , la implantación se realizará en las zonas bajas de la matriz. Sí fuera más tardía aún, el huevo fecundado no alcanzaría a implantar y saldría al exterior presentándose un aborto. La capacidad de fijación del endometrio: disminuido por algún proceso de endometritis, y la anidación se extendería hacia el segmento inferior en busca de mejores zonas para implantación. Alteraciones endometriales: en un endometrio sano, la fijación ocurre en el fondo del útero, donde hipertrofia sus vellosidades y origina la placenta, el resto de las vellosidades, por mecanismo de atrofia



constituirán el corion liso, si el endometrio presenta algún proceso patológico, las vellosidades destinadas a atrofiarse no lo harán, alterando la ubicación inferior de la placenta.(Schwarcz, Fescina y Duverges, 2014).

#### **2.1.4 Clasificación**

La clasificación de placenta previa está basada según el grado de oclusión del orificio cervical interno.

Placenta de inserción baja:

El borde placentario se sitúa a menos de 2 cm del OCI.

Placenta previa marginal:

La placenta llega al borde del OCI, pero no lo sobrepasa.

Placenta previa parcial:

La placenta cubre parcialmente el OCI.

Placenta previa total:

El OCI está totalmente cubierto por la placenta.(Cunningham et al., 2015).

##### ***2.1.4.1 Clasificación ultrasonografía transvaginal***

Según la inserción placentaria para el 2do y 3er trimestre en relación a la distancia del orificio cervical interno al borde placentario y a la sobre posición de esta sobre el orificio: (Gonzales, 2007).

Placenta normo inserta: DOP >5cm

Placenta de inserción baja: DOP >2-5cm

Placenta de previa marginal: DOP >0-2cm

Placenta previa oclusiva: DOP 0cm

Placenta previa oclusiva sobrepuesta: OL >0cm

Placenta previa oclusiva total:  $OL > 2\text{cm}$  (Gonzales, 2007).

#### ***2.2.4.2 Clasificación según los grados***

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

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

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

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

Los grados III y IV son considerados grados mayores. (Cabrero, Saldivar y Cabrillo, 2007).

### **2.1.5 Factores de riesgo**

#### ***2.1.5.1 Multíparidad***

En las pacientes multíparas existe un cambio de tamaño y contorno de la cavidad uterina y el lecho placentario de cada gestación sufre cambios hacia la fibrosis asociado a alteraciones vasculares que conducen a una disminución del flujo sanguíneo siendo esta explicación válida para abortos sobre todo si son repetidos. (Botella, 1993).

En estudios realizados en relación entre la paridad y placenta previa sobre todo en multíparas  $\geq 4$  se encontró una relación significativa con un OR 3.4. (Senkoro et al., 2017).

#### ***2.1.5.2 Edad materna***

La edad es un antecedente biogeográfico que se relaciona con distintas patologías y que adquiere mayor importancia en el periodo gestacional, encontrando así relación en mujeres gestantes mayores de 35 años un mayor riesgo materno y perinatal. (Feng, Li & Xiao, 2018).

### ***2.1.5.3 Periodo intergenésico***

Es un factor importante en muchos estudios relacionados al campo gineco-obstétrico, definido según la OMS como aquel periodo que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo. Considerando como periodo intergenésico corto  $<2$  años, periodo intergenésico largo  $\geq 5$  años.(MINSALUD, 2012)

### ***2.1.5.4 Antecedente de AMEUs, legrados por aborto***

Interrupción del embarazo con un feto que nace con un peso  $<500$  g o antes de la semana 20 (OMS, 2014) antes de la semana 22(ACOG, 2018) (SESGO, 2018). Clínicamente se manifiesta con sangrado en el primer trimestre, el manejo de aborto se hace mediante AMEU o legrado uterino conllevando esto a factores potencialmente prevenibles que pueden desarrollar placenta previa ya que con estos procedimientos hay un daño a nivel de fondo uterino condicionando a una cicatriz uterina.

El antecedente de aborto como factor de riesgo para desarrollar placenta previa presentó un OR:5.08 (Rivero, Gutiérrez, Romero y Fragoso, 2009). El antecedente de aborto previo más cesárea anterior OR:4.8 (Tuzovic et al., 2003).

### ***2.1.5.5 Consumo de tabaco***

Los trastornos que sufre una embarazada fumadora está en relación al número de cigarrillos consumidos, se ha observado que mujeres fumadoras gestantes en comparación con no fumadoras presentan un mayor diámetro de placenta en respuesta a una compensación para contrarrestar la falta de oxígeno inducida por el tabaquismo inducida por la madre, la hipoxemia por monóxido causa hipertrofia compensadora.(Cunningham et al., 2015).

En un meta-análisis sobre el tabaco y placenta previa el riesgo de presentar esta complicación en comparación con mujeres no fumadoras fue de un OR estimado en 1.42 con IC 95% y 1.27 de

RR con IC 95%.(Shobeiri & Jenabi, 2017). “El riesgo relativo de placenta previa se suplicaban e mujeres que fumaban cigarrillos”.(Cunningham et al., 2015).

#### ***2.1.5.6 Desnutrición***

La nutrición antes y durante el embarazo es un factor de importancia en el pronóstico del feto y complicaciones gineco-obstétricos , existiendo relación directa entre el IMC de la madre y del producto, ya sea por defecto  $<19.8$  o exceso  $>26.1$  en estudios se han relacionado a placenta previa, Así mismo al aplicar la desnutrición por defecto y el sobrepeso materno resultaron ser un factor de riesgo de para el desarrollo de placenta previa con un OR de 6.61 y 3.93 respectivamente.(Rivero et al., 2009).

#### ***2.1.5.7 Patologías ginecológicas***

Algunas patologías ginecológicas el embarazo como el fibroma por un mecanismo de desplazamiento de la placenta debido a un aumento de nivel de estrógenos y el crecimiento de este puede estar relacionado con placenta previa, En pacientes con miomas y embarazo existe mayor riesgo de placenta previa(1.4 vs 0.5%).(Stout et al., 2010).

#### ***2.1.5.8 Operación uterina previa***

Es un factor de riesgo estudiado en el cual la implantación de la placenta es alterada debido a cicatrices presentes en el útero estas pueden deberse a múltiples causas (cesáreas, miomectomias, AMEUs, legrados, etc).(Cunningham et al., 2015).

En un estudio la operación uterina previa  $\geq 3$  fue alta en mujeres con placenta previa completa (28.6% vs 8.8%).( Feng et al., 2018).

#### ***2.1.5.9 Endometriosis***

Es una condición en la cual el tipo de tejido que forma el revestimiento del útero (el endometrio ) se encuentra fuera del útero llevando a complicaciones como sangrado, inflamación

y cicatrices que pueden causar dolor especialmente antes y durante la menstruación.(ACOG, 2018).

El diagnóstico de endometriosis es mediante laparoscopia, las mujeres con endometriosis un riesgo estadísticamente significativo más alto de placenta previa (OR 3.03,IC95% , 1.5-6.13).(Zullo et al., 2017). En mujeres con endometriosis que concibieron con ART presentaron un riesgo aún mayor de OR:5.543. (Hyeji et al., 2018).

### **2.1.6 Cuadro clínico**

El cuadro clínico característico es el sangrado transvaginal activo indoloro en la segunda mitad del embarazo siendo la principal causa de sangrado en este periodo, se asocia frecuentemente a una situación fetal transversal u oblicua, algunas mujeres refieren sangrado poscoital, clásicamente se presenta en ausencia de contracciones, sin embargo la presencia de estas no excluye el diagnóstico.(Avila, Alfaro y Olmedo, 2016).

Debe sospecharse de placenta previa en toda mujer con hemorragia uterina durante la segunda mitad del embarazo y esta no debe descartarse sino hasta una valoración ecográfica apropiada, rara vez se establece con certeza mediante el examen clínico a menos que se introduzca un dedo por el cuello uterino y se palpe la placenta, sin embargo dicho examen clínico queda proscrito ante el diagnóstico o sospecha de esta patología ya que puede causar hemorragia torrencial.(Cunningham et al., 2015).

### **2.1.7 Diagnostico**

Habitualmente una ecografía transabdominal puede localizar con exactitud la placenta sin embargo los resultados falsos positivos a menudo se deben a distención de la vejiga , por ende las ecografías de casos al parecer positivos deben repetirse después de vaciar la vejiga.(Cunningham et al., 2015).

Actualmente el uso de la ecografía transvaginal es el método de diagnóstico definitivo, se ha demostrado que la técnica es segura presentando un valor predictivo positivo de 98% y un valor predictivo negativo de 100%.(Senkoro et al., 2017).

### **2.1.8 Tratamiento**

El manejo inicial de un paciente con diagnóstico de placenta previa depende si presenta síntomas o no, en el caso de una hemorragia en el II y/o III trimestre con diagnóstico de placenta previa es valorar el estado hemodinámico y dependerá de si la hemorragia es leve, moderada o severa. Dentro de las medidas primarias se debe hospitalizar si el sangrado no es abundante, en caso contrario se debe estabilizar hemodinámicamente a la paciente sin embargo el sangrado puede ser impredecible por lo que se debería remitir a un establecimiento de tercer nivel. La mayoría de hemorragias en el III trimestre por placenta previa son con una pérdida sanguínea menor a 500 cc, en este caso se debe realizar una ecografía obstétrica y clasificarlo. Ante el diagnóstico de una placenta previa total se debe remitir a la gestante a un tercer nivel de atención sin importar la intensidad de la hemorragia.(Téllez y Wandurraga, 2006).

Ante el diagnóstico de una placenta previa parcial se hospitaliza, se indica reposo absoluto, líquidos intravenosos ,tocolíticos, restricción de tacto vaginal, corrección en caso de anemia , si la gestación es menor de 34 semanas se indica maduración pulmonar y posteriormente se remite a la gestante para consulta obstétrica de alto riesgo. El manejo conservador se cumple con las siguientes condiciones: pérdida sanguínea menor de 500 cc, gestación menor de 37 semanas, diagnóstico ecográfico de placenta previa parcial o marginal y estabilidad materno fetal.

En caso de presentarse hemorragia severa >500 cc y compromiso hemodinámico de la paciente se debe interrumpir el embarazo mediante cesárea, independiente de la edad gestacional, condición fetal y del tipo de placenta previa. (Téllez y Wandurraga, 2006).

La paciente con diagnóstico de placenta previa total sin complicaciones, asintomática se recomienda realizar cesárea electiva a partir de la semana 37 de gestación, en una paciente con diagnóstico de placenta previa de implantación baja o marginal en ausencia de síntomas se puede optar por parto por vía vaginal valorando siempre la condición materno-fetal.(Tellez, Wandurraga, 2006). El manejo actual de placenta previa es cesárea en la mayoría de los casos. Sobre la cesárea a menudo es posible una incisión transversal en el útero, no obstante a veces se recurre a una incisión vertical ya que en una incisión transversa con una placenta anterior puede llevar a una hemorragia fetal.(Cunningham et al., 2015).

### **2.1.9 Complicaciones**

Se ha identificado una mayor morbimortalidad materno fetal en partos de pacientes con placenta previa asociado a hemorragia, tromboflebitis ,transfusión sanguínea masiva, histerectomía en el periparto , en relación al feto se encuentra un aumento de mortalidad perinatal de 3 a 4 veces mayores que en embarazos sin placenta previa. La mortalidad neonatal está asociado al parto prematuro por placenta previa, incluso en fetos que nacieron a término al parecer está asociado con restricción de crecimiento fetal.(Arreaga y Hernandez, 2015).

### **2.1.10 Pronóstico**

La cesárea por placenta previa representa un factor de riesgo mayor para hemorragia postparto severa sin importar la presencia o no de un acretismo placentario asociado.(Yoon et al., 2014). Sin embargo el avance logrado en el diagnóstico y mejor criterio terapéutico, especialmente después de la cesárea, han reducido los riesgos materno—perinatal.(Schwarcz et al., 2014).

### III) MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE INVESTIGACION

De acuerdo a la orientación: básica

Porque está orientada a lograr un nuevo conocimiento de manera sistemática metódica, con el único objetivo de ampliar el conocimiento de una determinada realidad. Factores de riesgo de la placenta previa.

De acuerdo a la técnica de contrastación: explicativa

Explicativa porque es cuando se permite el análisis de la relación entre dos o más variables, ya sea por relación de causalidad, correlación o asociación. Es decir, entre los factores y su relación con la placenta previa.

De acuerdo a la Direccionalidad: retrospectiva

Porque el fenómeno a estudiarse presenta un efecto en el presente (Placenta Previa) y buscamos la causa en el pasado (Factores de riesgo). En caso de estudios descriptivos también puede referirse a eventos que ocurrieron en el pasado y son motivos de estudio.

De acuerdo con el tipo de fuente de recolección de datos: retrospectiva

Porque la información es de fuente secundaria (Historia clínica o libro de partos) recurriéndose a estas fuentes de información recogida por otros recolectores de salud.

De acuerdo al fenómeno estudiado: transversal

Porque se midió una sola vez las variables y de inmediato se procedió a su descripción y análisis, se midió las características de las variables en un momento dado. Sin pretender la evolución de ellas.



Comparación de la población: comparativo porque la variable se aplicará a dos grupos: casos (pacientes con diagnóstico de placenta previa) y controles (pacientes sin diagnóstico de placenta previa) para comparar el riesgo a desarrollar placenta previa.

### **3.2 AMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL**

El trabajo se realizó desde septiembre 2018 a febrero 2019, en el Hospital Nacional Hipolito Unanue en el servicio B2 ( ginecología y obstetricia) en pacientes gestantes que se hospitalizaron durante el periodo de 01 de enero a 31 de diciembre del 2018.

### **3.3 VARIABLES**

#### **3.3.1 Variables independientes :**

##### **-Factores maternos**

-Variable sociodemográfica

-Variable gineco-obdtetrica

#### **3.3.1.1 Variables sociodemográficos**

##### ***3.3.1.1 Demográficos***

Edad

Estado civil

Grado de instrucción

##### ***3.3.1.2 Sociales***

Consumo de tabaco

Consumo de alcohol

#### **3.3.1.2 Variables relacionados a antecedentes patológicos no obstétricos**

Estado nutricional

Anemia

### 3.3.1.3 Variables gineco obstétricos

#### *Obstétricos*

Paridad

Cesárea anterior

Antecedente de legrado uterino por aborto

Periodo intergenésico corto

Antecedente de placenta previa

#### *Ginecológicos*

Antecedente de mioma uterin o

Antecedente de cirugía ginecológica

### 3.3.2 Variable dependiente

Placenta previa

## 3.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Tabla 1

### *Factores Sociodemográficos*

		Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicador
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS</b>	Edad materna		Edad cronológica en años cumplidos por la paciente, considerando edad materna avanzada $\geq 35$ años y adolescente <19 años según MINSA	Cuantitativa continua	Razón	<19
						20-34
						$\geq 35$
	Grado de instrucción	Grado de escolaridad culminada		Cualitativa	Ordinal	Analfabeta
						Primaria
						Secundaria
						Tecina
						Superior completa
						Superior incompleta

---

	Condición de una persona			Soltera
Estado civil	según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	Nominal	Casada
				Viuda
				Divorciada
				Conviviente
	Frecuencia con la cual bebe el sujeto, y cantidad de consumo de alcohol los días de semana y durante los fines de semana.			SI
Consumo de alcohol		cualitativa	nominal	Una vez por semana
				1,2,3,4 veces c/semana
				1,2,3 veces c/15 días
				1,2,3,4 veces al mes
				Solo en ocasiones
				NO
Consumo de tabaco	Frecuencia con la cual la paciente consume cigarrillos	Cualitativa	Ordinal	Si
				Nº de cigarrillos
				1,2,3,4 veces a la semana.
				1,2,3 veces c/15 días.
				1,2,3 veces al mes.
				No

---

Tabla 2  
Factores Patológicos no Obstétricos

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES PATOLOGICOS NO OBSTÉTRICOS	Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicador
			Nivel de salud y bienestar		
	Estado	desde el punto de vista	Cuantitativo	Razón	19.8 -26
	nutricional	nutricional que está en relación con talla y peso.	Continuo		26.1 –29 ≥29
	Anemia en el 1 Trimestre	Nivel de hemoglobina <11 mg/dl en gestantes	Cualitativo	Nominal	Sí No

Tabla 3  
Factores Obstétricos

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES OBSTÉTRICOS	Variables	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicador
	Paridad	Número total de embarazos con partos de un feto viable o no, se evaluará según la fórmula obstétrica.	Cuantitativa	Intervalo	Primípara Segundigesta Tercigesta Multípara Gran multípara
	Periodo Intergenésico	Fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo P.I.G. CORTO P.I.G.L LARGO	Cuantitativo Ordinal	Razón	< 2 AÑOS >2años <5 años ≥5 AÑOS
		Condición patológica en la cual la placenta se implanta en el segmento			

Antecedente de placenta previa	uterino bajo. Diagnosticado mediante ecografía obstétrica (parcial,marginal,total)	Cualitativo	Nominal	Si No
Antecedente de Aborto	Interrupcion del embarazo antes de las 22 semanas o si el producto pesa <500gramos	Cualitativo	Nominal	Si 1....2....3....4 No
Antecedente de AMEU	Aspiración manual endouterina como tratamiento para el aborto	Cualitativa	Nominal	Si No
Cesárea previa	Intervención quirúrgica anterior al embarazo actual para extracción de recién nacido.	Cualitativa	Nominal	Si C2 C3 C4 No

Tabla 4  
*Factores Ginecológicos*

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES GINECOLÓGICOS	Variable	Definición	Tipo de	Escala de	Indicador
		Conceptual	Variable	medición	
		Pacientes con cuadro clínico y			Si
	Mioma uterino	diagnóstico por ultrasonografía abdominal y/o transvaginal.	Cualitativa	Nominal	No
	Antecedente de cirugía ginecológica	Procedimiento quirúrgico realizado a paciente con diagnóstico de patología ginecológica como miomectomia, quistectomia,legrado.	Cualitativa	Nominal	Si No

Tabla 5  
*Variable Independiente*

VARIABLE DEPENDIENTE	Variable	Definición	Tipo de	Escala de	Indicador
		Conceptual	Variable	medición	
		Pacientes en el II y/o III trimestre con			Sí
	Placenta previa	diagnóstico mediante ecografía transvaginal. GRADO I, II, III, IV	Cualitativa	Nominal	No

### 3.5 POBLACION Y MUESTRA

#### 3.5.1 Población de estudio

La población de estudio se fue del N° total de gestantes hospitalizadas (8215) en el servicio de ginecología y obstetricia en el HNHU de enero a diciembre 2018.

#### 3.5.2 Muestra:

La muestra de estudio se basará en el N° total de pacientes que cumplan los criterios de inclusión y que no presenten los criterios de exclusión.

Se identificaron 65 casos de pacientes con diagnósticos de placenta previa se emparejarán con 115 controles que se calcularon mediante el programa openepi.com con los valores siguientes: nivel de confianza de 95%,Potencia de 80%,Razon de controles por caso de 2, porcentaje de controles expuestos de 20%,porcentaje de casos con exposición de 40% y que fueron escogidos al azar.

##### 3.5.2.1 Criterios de inclusión:

-Todas las historias clínicas de todas las pacientes diagnosticadas con placenta previa hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del HNHU de enero a diciembre 2018.

-Historias clínicas de Pacientes hospitalizadas con ecografía obstétrica realizado en el II y/o III trimestre realizado en el HNHU.

-Todas las pacientes hospitalizadas que se encuentren en el II y/o III trimestre con otras patologías distintas a placenta previa en el HNHU de enero a diciembre 2018.

-Pacientes con historias clínicas completas y legibles.

### ***3.5.2.2 Criterios de exclusión***

-Historias clínicas de pacientes que se hospitalizaron en el servicio de ginecología y obstetricia que se encuentren en el I trimestre de embarazo.

-Pacientes con historias clínicas incompletas y no legibles.

-Historia clínicas de pacientes con hemorragia en el II y/o III trimestre con sospecha de placenta previa sin ecografía transvaginal.

## **3.6 INSTRUMENTOS**

Se diseñó una ficha de recolección de datos de acuerdo con los objetivos de estudio. Se elaboraron las preguntas de acuerdo al marco teórico y los objetivos, la ficha tiene 16 preguntas cerradas, divididos en 3 grupos.

a) Factores sociodemográficos: consta de 5 preguntas cerradas sobre: edad materna, grado de instrucción, estado civil, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

b) Factores patológicos no obstétricos: consta de 2 preguntas cerradas sobre: estado nutricional, antecedente de anemia y diabetes mellitus.

c) Factores gineco-obstétricos: consta de 9 preguntas cerradas, sobre: factores obstétricos (antecedente de aborto, antecedente de cesárea, antecedente de AMEUs, periodo intergenésico,

paridad, controles prenatales ) y sobre los factores ginecológicos (mioma uterino, antecedente de cirugía ginecológica).

### **3.7 PROCEDIMIENTOS**

Se recolectaron los datos provenientes de historias clínicas, posteriormente se procesaron en la base de datos , usando el programa SPSS 22 para posteriormente obtener las tablas ,gráficas y análisis de datos.

### **3.8 ANALISIS DE DATOS**

#### **3.7.1 Análisis descriptivo**

Se determinará las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, medidas de desviación estándar (mínimo y máximo) para el caso de variables cuantitativas y su representación gráfica.

#### **3.7.2 Análisis inferencial**

Para determinar la asociación entre las variables independientes (factores de riesgo) y dependiente (placenta previa ) se realizará el test de chi cuadrado con un nivel de confianza de 95%, luego se determinará los factores de riesgo con el  $OR > 1$  y se descartará en caso presente  $OR < 1$  y/o si el valor de varianza mínima es  $\leq 1$  con el intervalo de confianza de 95%.



## IV) RESULTADOS

### 4.1 SOBRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

#### 4.1.1 Edad materna avanzada

**Tabla 6**

*Edad materna Avanzada y Placenta Previa tabulación cruzada*

Recuento		Dx Placenta Previa		Total
		Sí	No	
Edad materna Avanzada	>=35 AÑOS	18	23	41
	< 35 AÑOS	40	92	132
Total		58	115	173

Los pacientes con edad materna avanzada con el diagnóstico de placenta fueron el 31% ( 18 ) de los casos y los que no tuvieron diagnóstico de placenta previa fue de 20% (23) de los controles.

**Tabla 7**

*Estimación de Riesgo para edad materna avanzada*

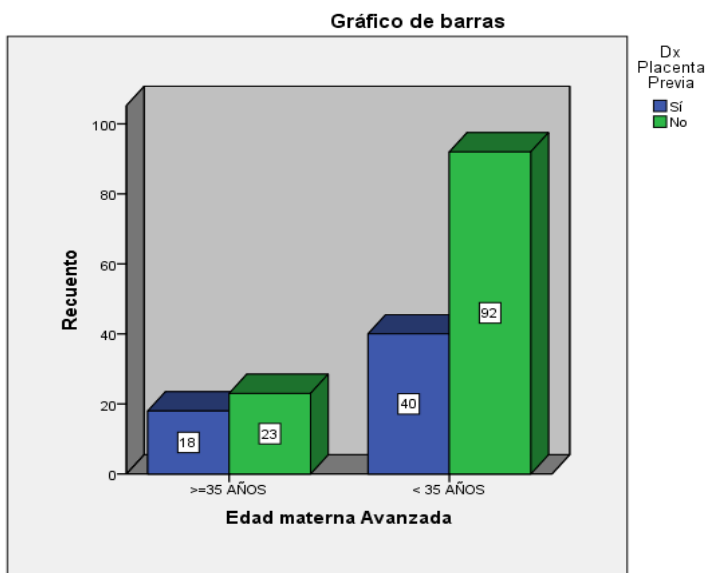
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Edad materna Avanzada (>=35 AÑOS / < 35 AÑOS)	1,800	,876	3,698
N de casos válidos	173		

El Odds ratio para edad materna avanzada como factor de riesgo para el desarrollo de placenta previa fue de 1.8 con una varianza de 0.876 – 3.698 para un intervalo de confianza de 95%, por lo que se rechaza la hipótesis alterna ya que la edad materna avanzada no es un factor de riesgo para desarrollar placenta previa.

**Tabla 8**  
***Pruebas de chi-cuadrado , edad materna avanzada***

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,596	1	,107
N de casos válidos	173		

En la prueba de chi cuadrado para identificar la asociación de variables se evidencio valor de 2.596 para un  $p > 0.05$  por lo que se descarta asociación entre edad materna avanzada y desarrollo placenta previa.



*Figura 1.* Edad materna avanzada

Gráfico de barras donde se representan los pacientes con edad materna avanzada ( $\geq 35$  años) en los grupos de casos y controles, no encontrándose asociación significativa entre ambas variables por  $P > 0.05$  , y un OR de 1.8 pero con varianza mínima de 0.876.

#### 4.1.2 Estado civil

Tabla 9  
*Estado civil y Placenta previa tabulación cruzada*

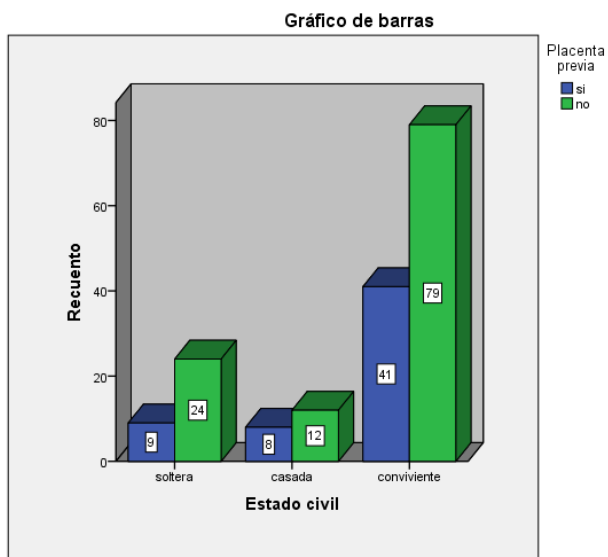
		Placenta previa		Total
		Si	no	
estado civil	soltera	9 16.1%	24 20%	33 19%
	casada	8 13.9%	12 10%	20 11%
	conviviente	41 70%	79 70%	120 70%
Total		58 100%	115	173

En la tabla sobre estado civil se identificaron la mayoría de pacientes son convivientes 70%(41) y 70%(79) para los casos y controles respectivamente.

**Tabla 10**  
*Prueba chi-cuadrado: estado civil*

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,977	2	,613
N de casos válidos	173		

En la asociación de variables que se realizó entre estado civil y placenta previa mediante chi cuadrado se encontró 0.977 para un  $p > 0.05$  por lo que no se descarta asociación significativa entre estas dos variables, por lo que se rechaza la hipótesis alterna ya que estas variables son independientes.



*Figura 2. Estado civil*

En el gráfico se muestran los resultados sobre el estado civil, el 70 % del total de los pacientes son convivientes, 19%(33) son solteras y el 11%(20) son casadas.

#### 4.1.3 Grado de instrucción

**Tabla 11**

*Grado de instrucción y Placenta previa tabulación cruzada*

		Placenta previa		Total	
		si	no		
Grado de instrucción	analfabeto	Recuento	1	0	1
		% dentro de Placenta previa	1,7%	0,0%	0,6%
	primaria	Recuento	6	7	13
		% dentro de Placenta previa	10,0%	6,2%	7,5%
	secundaria	Recuento	45	75	120
		% dentro de Placenta previa	75,0%	66,4%	69,4%
superior	Recuento	8	31	39	
	% dentro de Placenta previa	13,3%	27,4%	22,5%	
Total	Recuento	60	113	173	
	% dentro de Placenta previa	100,0%	100,0%	100,0%	

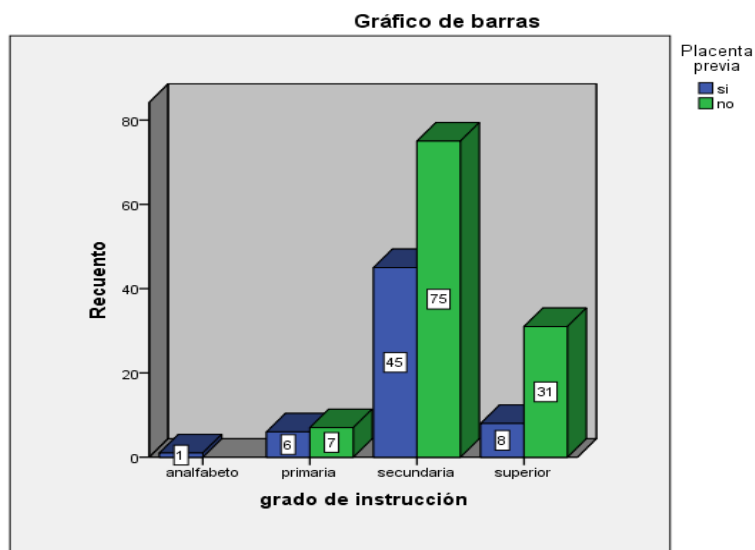
Tabla relacionado a Grado de instrucción se encontró que el mayor porcentaje de los pacientes correspondían a grado de secundaria 69.4% del total (173), de los cuales 75%(45) de los casos y 66.4%(75) de los controles, solo se encontró un 0.6%(1) del total con grado de instrucción analfabeto que correspondía al grupo de casos.

**Tabla 12**

***Pruebas de chi-cuadrado: grado de instrucción***

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,516	3	,089
N de casos válidos	173		

En la prueba de chi cuadrado no se encontró una asociación significativa entre las variables de grado de instrucción y placenta previa con  $p > 0.05$ , por lo que se rechaza la hipótesis alterna ya que estas variables son independientes.



*Figura 3.* Grado de instrucción

En el gráfico de barras respecto al grado de instrucción se encontró que el mayor porcentaje corresponde a secundaria 69.4 % del total (120) de los pacientes.

## 4.2 SOBRE FACTORES RELACIONADOS A PATOLOGÍAS NO OBSTÉTRICAS

### 4.2.1 Índice de masa corporal

**Tabla 13**

*Estado Nutricional y Placenta Previa tabulación cruzada*

			Dx Placenta Previa		
			Sí	No	Total
Estado Nutricional	IMC<19.8 ó > 26.1	Recuento	38	62	100
		% dentro de Dx Placenta Previa	65,5%	53,9%	57,8%
	IMC 19.8 - 26	Recuento	20	53	73
		% dentro de Dx Placenta Previa	34,5%	46,1%	42,2%
Total		Recuento	58	115	173
		% dentro de Dx Placenta Previa	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla sobre el estado nutricional, se encontró que el mayor porcentaje de pacientes presentó un mal estado nutricional ya sea IMC<19.8 ó >26.1 , correspondiendo aproximadamente al 58% , de los cuales el 65%(38) fue de los casos y 53.9% (62) de los controles.

**Tabla 14**

*Estimación de riesgo para IMC*

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Estado Nutricional (IMC<19.8 ó > 26.1 / IMC 19.8 - 26)	1,624	,845	3,123
N de casos válidos	173		

En la tabla para estimación de riesgo mediante el Odds ratio, se encontró un OR de 1.6 con una varianza de 0.8-3.1 con un intervalo de confianza de 95%, por lo que se descarta como factor de riesgo para desarrollar placenta previa.

**Tabla 15**  
***Pruebas de chi-cuadrado : IMC y placenta previa***

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,129 <sup>a</sup>	1	,145
N de casos válidos	173		

En la asociación de variables mediante chi cuadrado se evidencio un valor de 2.1 con un  $p > 0.05$  por lo que se rechaza la hipótesis alterna, la placenta previa es independiente del IMC.

#### 4.2.2 Anemia en el I trimestre

**Tabla 17**  
***Anemia en el I trimestre y Dx Placenta Previa tabulación cruzada***

			Dx Placenta Previa		
			Sí	No	Total
Anemia en el I trimestre	Hb <11 mg/dl	Recuento	13	30	43
		% dentro de Dx Placenta Previa	22,4%	26,1%	24,9%
	Hb >11mg/dl	Recuento	45	85	130
		% dentro de Dx Placenta Previa	77,6%	73,9%	75,1%
Total		Recuento	58	115	173
		% dentro de Dx Placenta Previa	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla relacionado a anemia en el I trimestre se encontró que el 24.9% (43) del total de pacientes presentó anemia , 22.4% (13) corresponden a los casos y 26.1%(30) de los controles, el mayor porcentaje de pacientes cursó sin anemia en el I trimestre 75%(130) del total.

**Tabla 18**  
***Pruebas de chi-cuadrado: anemia en el I trimestre***

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,279 <sup>a</sup>	1	,598
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,117	1	,733
N de casos válidos	173		

En la prueba de chi cuadrado se encontró un  $p > 0.05$  , por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo cual las variables como anemia en el primer trimestre y placenta previa son independientes al no encontrarse una asociación significativa entre ambas variables.

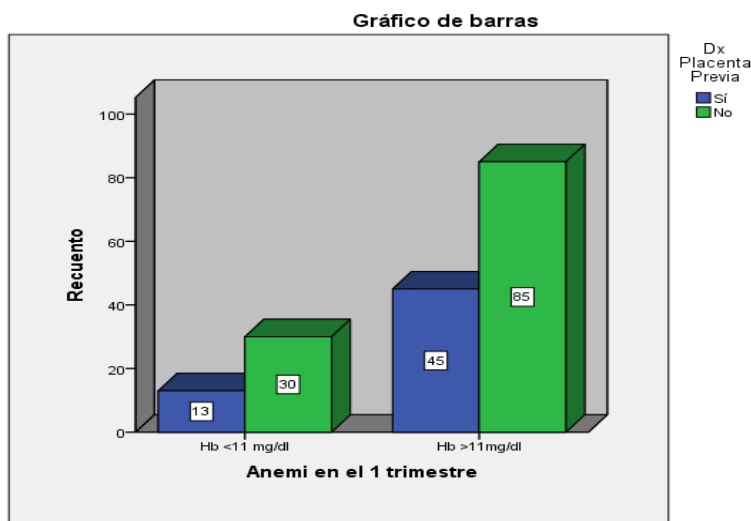
**Tabla 19**  
***Estimación de riesgo: anemia en el I trimestre***

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Anemia en el I trimestre (Hb <11 mg/dl / Hb >11mg/dl)	,819	,389	1,723
N de casos válidos	173		

En la tabla para calcular el odds ratio entre anemia como factor de riesgo para desarrollo de placenta previa, se encontró un OR de 0.8 , por lo que se descarta la hipótesis alterna y se acepta



la hipótesis nula , anemia en el primer trimestre no es un factor de riesgo para desarrollar placenta previa.



*Figura 4. Anemia en el I trimestre*

En la gráfica de barras se evidencia que el mayor grupo corresponde a pacientes sin anemia, aproximadamente el 75% (130) del total de pacientes y un 25% (43) corresponde a pacientes con anemia en el primer trimestre (13) casos y (30) controles.

### 4.3 SOBRE FACTORES OBSTÉTRICOS

#### 4.3.1 Multiparidad

**Tabla 20**

*Multiparidad y Dx Placenta Previa tabulación cruzada*

		Dx Placenta Previa		Total	
		Sí	No		
Multiparidad	sí	Recuento	32	29	61
		% dentro de Dx Placenta Previa	55,2%	25,2%	35,3%
	No	Recuento	26	86	112
		% dentro de Dx Placenta Previa	44,8%	74,8%	64,7%
Total		Recuento	58	115	173
		% dentro de Dx Placenta Previa	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla sobre multiparidad se encontró que el 45.3% (61) del total fueron múltiparas, el 55.2%(32) de los casos y 25.2%(29) de los controles. El mayor porcentaje corresponde a pacientes nulíparas o primíparas 64.7% del total, 44.9%(26) de los casos y 74.8%(86) de los controles.

**Tabla 21**  
***Pruebas de chi-cuadrado: multiparidad***

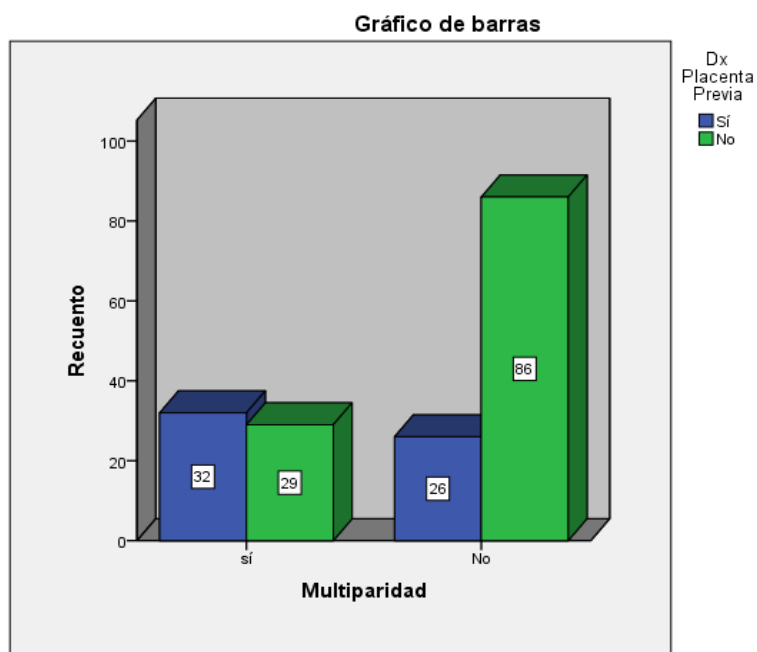
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15,155	1	,000
N de casos válidos	173		

Al realizar el chi cuadrado para multiparidad y placenta previa se encontró una asociación significativa con  $p < 0.05$  , por lo que el desarrollo de placenta previa depende de multiparidad.

**Tabla 22**  
***Estimación de riesgo : multiparidad***

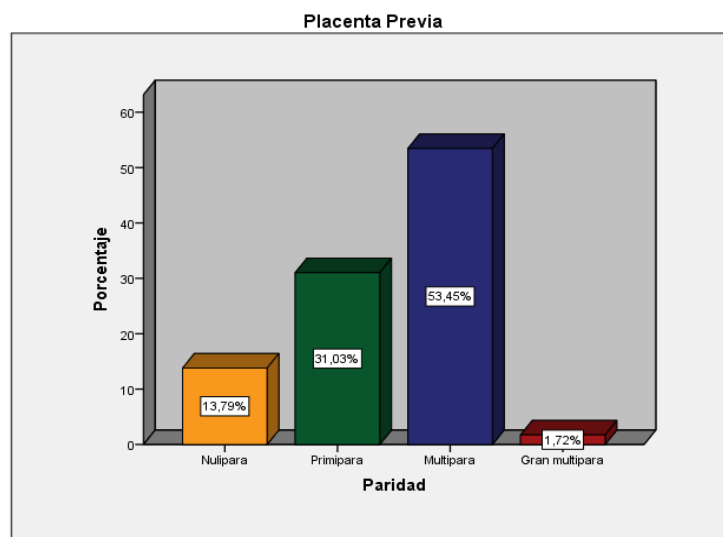
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Múltipara (sí / No)	3,650	1,873	7,112
N de casos válidos	173		

Al realizar la estimación de riesgo al medir el Odds ratio para multiparidad y placenta previa se encontró un OR de 3.6 con una varianza de 1.8 a 7.1 con un intervalo de confianza de 95% por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula , la multiparidad es un factor de riesgo para desarrollo de placenta previa.



*Figura 5.* Multiparidad

En el gráfico de barras se evidencia que el mayor porcentaje de pacientes con multiparidad corresponde a los casos 32 (52%) de total de múltiparas.



*Figura 6.* Paridad en pacientes con placenta previa

En el gráfico de barras en los pacientes con placenta previa se encontró que solo el 13.79%(8) fueron primíparas, el 86.21%(50) habían presentado al menos un parto y el 56%(32) aproximadamente tenían  $\geq 2$  partos.

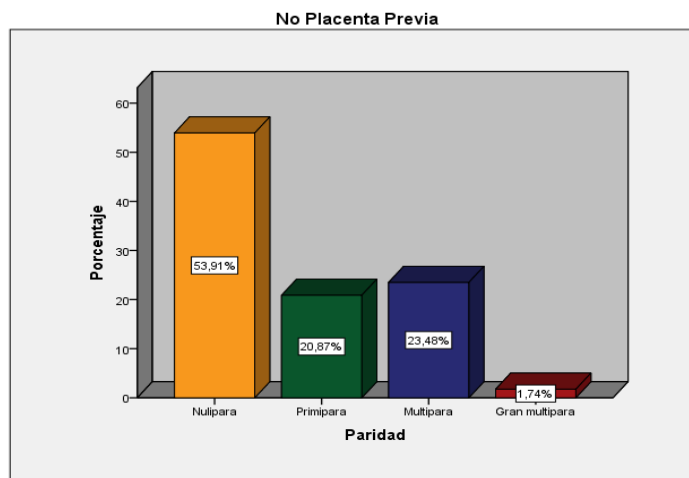


Figura 7. Paridad en pacientes sin placenta previa.

En el gráfico de barras de los pacientes sin diagnósticos de placenta previa se encontró que el 53.91%(62) fueron nulíparas, el 46.09%(53) habían presentado al menos un parto, 25.2%(29) presentó  $\geq 2$  partos.

#### 4.3.2 Cesárea

**Tabla 23**

**Antecedente de Cesárea y Dx Placenta Previa tabulación cruzada**

			Dx Placenta Previa		Total
			Sí	No	
Antecedente de Cesárea	Sí	Recuento	19	26	45
		% dentro de Dx Placenta Previa	32,8%	22,6%	26,0%
	No	Recuento	39	89	128
		% dentro de Dx Placenta Previa	67,2%	77,4%	74,0%
Total	Recuento		58	115	173
	% dentro de Dx Placenta Previa		100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla sobre cesarea y placenta previa se evidencia que 26%(45) del total presentó este antecedente, el 32.8%(19) de los casos y 22.5%(26) de los controles, el mayor porcentaje no presentó el antecedente de cesarea 74% (128) del total de pacientes.

**Tabla 24**  
**Pruebas de chi-cuadrado: antecedente de cesárea**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,064	1	,151
N de casos válidos	173		

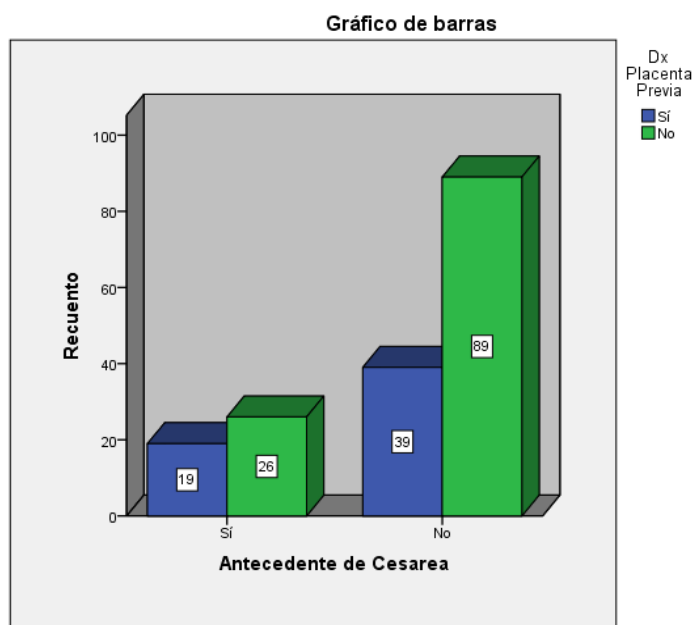
En la tabla de chi cuadrado para estas dos variables se encontró el  $p > 0.05$  por lo cual estas dos variables no presentan una asociación significativa, son variables independientes.

**Tabla 25**  
**Estimación de riesgo: antecedente de cesárea**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Antecedente de Cesárea (Sí / No)	1,668	,827	3,362
N de casos válidos	173		

Al analizar la estimacion de riesgo mediante el odds ratio se encontró que el OR de antecedente de cesarea para desarrollar placenta previa fue de 1.6 con una varianza de 0.8 a 3.3 con un

intervalo de confianza de 95% , la varianza mínima incluye a 1 por lo que la hipótesis alterna se rechaza y se acepta la hipótesis nula, la cesarea no es un factor de riesgo para desarrollo de placenta previa.



*Figura 8.* Antecedente de cesárea en los pacientes

En la gráfica de barras se encontró que el mayor porcentaje (74%) de pacientes no presentaron el antecedente de cesárea, se encontraron 45 (26%) pacientes con antecedente de cesárea, 19 (42.3%) de los casos y 26 (57.7%) de los controles.

### 4.3.3 Aborto

**Tabla 26**

***Antecedente de Aborto y Dx Placenta Previa tabulación cruzada***

			Dx Placenta Previa		
			Sí	No	Total
Antecedente de Aborto	Sí	Recuento	29	24	53
		% dentro de Dx Placenta Previa	50,0%	20,9%	30,6%
	No	Recuento	29	91	120
		% dentro de Dx Placenta Previa	50,0%	79,1%	69,4%
Total	Recuento		58	115	173
	% dentro de Dx Placenta Previa		100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla sobre antecedente de aborto y placenta previa se encontró que el 30.6% (53) de los pacientes presentó el antecedente de aborto, de los cuales corresponde el 50%(29) de los casos y el 30%(24) de los controles.

**Tabla 27**

***Pruebas de chi-cuadrado: antecedente de aborto***

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15,396	1	,000
N de casos válidos	173		

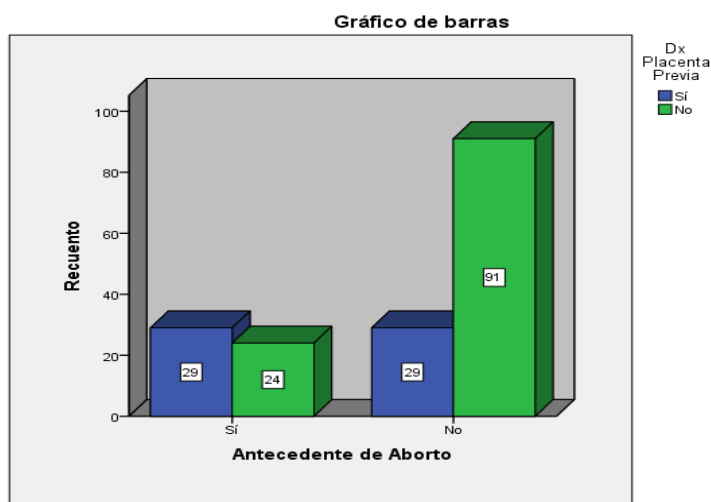
En la tabla de chi cuadrado para las variables se encontró un  $p < 0.05$  , por lo cual ambas variables están asociados significativamente , la placenta previa es dependiente del antecedente de aborto.

**Tabla 28**

***Estimación de riesgo: antecedente de aborto***

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Antecedente de Aborto (Sí / No)	3,423	1,743	6,724
N de casos válidos	173		

En la estimación de riesgo para calcular el odds ratio de antecedente de aborto para placenta previa, se encontró un OR de 3.4 con una varianza de 1.7 a 6.7 con un intervalo de confianza de 95%, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, el antecedente de aborto es un factor de riesgo para desarrollo de placenta previa.



*Figura 9. Antecedente de aborto*

En la gráfica de barras se muestra que el mayor porcentaje de abortos corresponde a la muestra de los pacientes con diagnóstico de placenta previa, aproximadamente 54%(29) de total de abortos corresponde a los casos.

#### 4.3.4 AMEU

**Tabla 29**

*Antecedente de AMEU y/o Legrado y Dx Placenta Previa tabulación cruzada*

			Dx Placenta Previa		Total
			Sí	No	
Antecedente de AMEU y/o Legrado	Sí	Recuento	24	20	44
		% dentro de Dx Placenta Previa	41,4%	17,4%	25,4%
	No	Recuento	34	95	129
		% dentro de Dx Placenta Previa	58,6%	82,6%	74,6%



Total	Recuento	58	115	173
	% dentro de Dx Placenta Previa	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla sobre el antecedente de AMEU y/o legrado con placenta previa, se encontró que el 25.4% (44) del total de pacientes presentó este antecedente de los cuales 41.4%(24) son correspondiente a los casos y 17.4%(20) corresponde a los controles, los pacientes que no tuvieron este antecedente fueron el 74.6%(129) del total.

**Tabla 30**  
**Pruebas de chi-cuadrado: antecedente de AMEU y/o legrado**

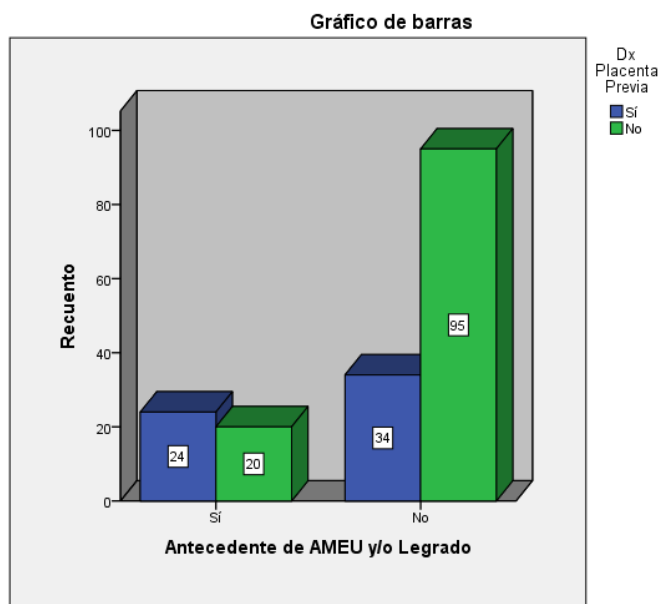
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11,698	1	,001
N de casos válidos	173		

Al realizar la prueba de chi cuadrado para ambas variables se encontró un valor de 11.6 para un  $p < 0.05$ , por lo que se ha encontrado una asociación significativa en relación al antecedente de AMEU y/o legrado con placenta previa, la placenta previa es dependiente del antecedente de AMEU y/o legrado.

**Tabla 31**  
**Estimación de riesgo: antecedente de AEMU y/o legrado**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Antecedente de AMEU y/o Legrado (Sí / No)	3,353	1,647	6,827
N de casos válidos	173		

En la estimación de riesgo mediante el Odds ratio se encontró que el OR de antecedente de AMEU y/o legrado para desarrollar placenta previa fue de 3.3 con una varianza de 1.6 a 6.8 con un intervalo de confianza de 95% por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. El antecedente de AMEU y/o legrado es un factor de riesgo para desarrollar placenta previa.



*Figura 10.* Antecedente de AMEU y/o legrado

En la gráfica de barras se muestra que el 54 % (24) del total de pacientes con antecedentes de AMEU y/o legrado corresponde a los casos, el 46% (20) los controles, el 74.6% (129) no presentó antecedente de AMEU y/o legrado.

### 4.3.5 Antecedente de placenta previa

**Tabla 32**

***Antecedente de Placenta Previa y Dx Placenta Previa tabulación cruzada***

			Dx Placenta Previa		Total
			Sí	No	
Antecedente de Placenta Previa	Sí	Recuento	8	3	11
		% dentro de Dx Placenta Previa	13,8%	2,6%	6,4%
	No	Recuento	50	112	162
		% dentro de Dx Placenta Previa	86,2%	97,4%	93,6%
Total	Recuento		58	115	173
	% dentro de Dx Placenta Previa		100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla sobre antecedente de placenta previa y su relación con el desarrollo de esta entidad nuevamente se encontró que el 13.8% (8) de los casos presentó este antecedente y el 2.6%(3) de los controles, los pacientes que no presentaron el antecedente de placenta previa fueron 93.6%(162) del total.

**Tabla 33**

***Pruebas de chi-cuadrado: antecedente de placenta previa***

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,100	1	,004
N de casos válidos	173		

En relación a la prueba de chi cuadrado para las variables de antecedente de placenta previa y el diagnóstico de esta misma, se encontró que el valor de  $p < 0.05$  por lo que hay una asociación

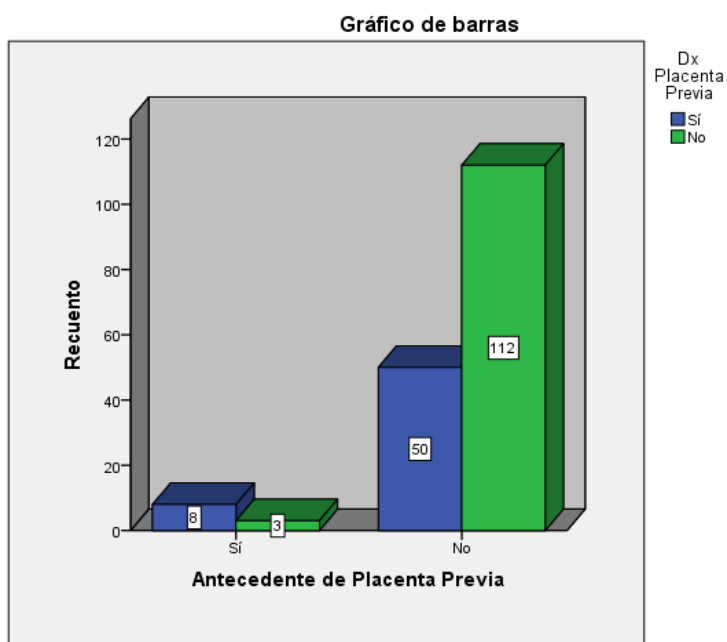
significativa entre estas variables, la placenta previa es dependiente del antecedente de placenta previa.

**Tabla 34**

***Estimación de riesgo: antecedente de placenta previa***

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Antecedente de Placenta Previa (Sí / No)	5,973	1,521	23,463
N de casos válidos	173		

Para la estimación de riesgo mediante el Odds ratio, se encontró que el OR para el antecedente de placenta previa y el desarrollo posterior de esta misma fue de 5.9 con una varianza de 1.5 a 23.4 con un intervalo de confianza de 95%, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, el antecedente de placenta previa es un factor de riesgo para el desarrollo de placenta previa nuevamente.



*Figura 11. Antecedente de placenta previa*

En el gráfico de barras se muestra que el 72% (8) de los pacientes con antecedentes de placenta previa corresponde a los casos, el 28% (3) a los controles, el 93.6% (162) no tuvo este antecedente de los cuales el 30% (50) corresponde a los casos y 70% (112) a los controles.

#### 4.3.6 Periodo intergenésico corto

**Tabla 35**

***Periodo Intergenésico corto y Placenta Previa tabulación cruzada***

			Dx Placenta Previa		Total
			Sí	No	
Periodo Intergenésico corto	Sí	Recuento	10	7	17
		% dentro de Dx Placenta Previa	17,2%	6,1%	9,8%
	No	Recuento	48	108	156
		% dentro de Dx Placenta Previa	82,8%	93,9%	90,2%
Total	Recuento		58	115	173
	% dentro de Dx Placenta Previa		100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla en relación a periodo intergenésico corto y placenta previa se encontró que el 17.2% (10) de los casos y 6.1% (7) de los controles presentaron este factor, el 90.2% (156) no presentaron periodo intergenésico corto de los cuales fueron 48 de los casos y 108 de los controles.

**Tabla 36**

***Pruebas de chi-cuadrado : periodo intergenésico corto***

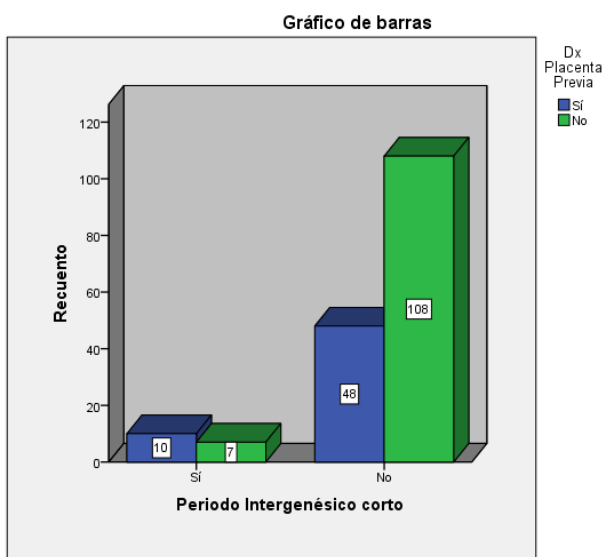
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,414 <sup>a</sup>	1	,020
N de casos válidos	173		

En relación a la prueba de chi cuadrado , se encontró una asociación significativa entre estas variables ya que presentaron un  $p < 0.05$ , por lo cual estas variables son dependientes, la placenta previa depende del periodo intergenésico corto.

**Tabla 37**  
**Estimación de riesgo: periodo intergenésico corto**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Periodo Intergenésico corto (Sí / No)	3,214	1,154	8,949
N de casos válidos	173		

En relación al Odds ratio para periodo intergenésico en relación con placenta previa , se encontró un OR de 3.2 con una varianza de 1.1 a 8.9 para un intervalo de confianza de 95%, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, el periodo intergenésico es un factor de riesgo para el desarrollo de placenta previa.



*Figura 12.* Periodo intergenésico corto

En la gráfica de barras se muestra la distribución de los pacientes con PIC, el 58% (10) de los PIC corresponde los casos , el 42%(7) a los controles, el 90.2%(156) no presentó este factor de riesgo.

## V) DISCUSIÓN

La incidencia de pacientes con placenta previa fue de 0.8% , un valor que va en aumento según resultados anteriores como, 0.6% a nivel internacional (Senkoro et al, 2017), en Croacia una incidencia de 0.4%”(Tuzovic,2003), En Latinoamérica una incidencia entre 0.5 y 0.76% (Isla et al, 2008). En Ecuador se encontró una incidencia de 0.5%(Peña et al , 2012).0.63% en Bolivia(Andia et al, 2010).

En cuanto a los factores estudiados se encontró que la edad materna promedio fue de 29.65 años, los pacientes con diagnóstico de placenta previa tuvieron una edad media de 30.4 (16-43 años), los controles presentaron una edad media de 28.8(17-42años) , aproximadamente el 60% de los casos estaban en el rango de edad de 20 a 35 años. Con respecto al estado civil el 70%(41) de los casos fueron convivientes, 13.9%(8) eran casadas y el 16.1%(9) solteras, sobre el grado de instrucción el 0.6% de la muestra total fue analfabeto (1) perteneciente a los casos, el mayor porcentaje de los pacientes presentó como grado de instrucción secundaria 69.4%(120) del total de los cuales 45 pertenecen a los casos que corresponde el 75% de dicha muestra. Estos resultados muestran similitud respecto al estado civil, conviviente 67.8%, casada 22%, soltera 10.2% , y grado de instrucción secundaria 67% (Alvarez,2015), no se encontró asociación significativa con estas variables en relación a placenta previa. Sobre la edad materna esta población difiere significativamente con lo estudiado por (Alvarez,2015) en el cual encuentra que el 77 % de los casos presentó una edad  $\geq 35$  años, el grupo etario más afectado fue de 30-45 años (71%) en el estudio de (Lazo,2015), en este estudio el 60% de los casos presentó una edad de 20-35 años , y el 50% de los controles no encontrándose una asociación significativa con placenta previa respecto a la edad materna. Con un OR en 1.8, pero con una varianza mínima que toma 1 , se descarta que la edad materna es un factor de riesgo para desarrollar placenta previa ,

distinto al estudio en el cual encontraron un OR :4 para edad materna.(Mustafa,2017), similar resultado con la población estudiada por (Eliet,2017) donde encontró un OR de 0.45 para edad materna avanzada.

Sobre los factores asociado a patologías no obstétricas como desnutrición o sobrepeso y anemia en el primer trimestre relación a placenta previa, no se encontraron estudios que midan la asociación de estas variables, sin embargo en este trabajo se encontró que más del 50% de la muestra en estudio presentó alguna alteración en el IMC ya sea como desnutrición u obesidad, y el 25 % (43) de la muestra total presentó anemia en el primer trimestre, lo que nos indica que sigue siendo un problema de salud pública el manejo de estas comorbilidades en la paciente gestante, al estudiar la asociación entre estas variables no se encontró un resultado significativo entre el IMC o anemia en el I trimestre respecto a la placenta previa siendo estas variables totalmente independientes, así mismo se encontró un OR de 1.6 , IC 95% : 0.8-3.1 para desnutrición y/o obesidad, un OR de 0.8,IC 95%:0.3-1.7 para anemia en el I trimestre por lo que se descarta que sea un factor de riesgo para el desarrollo de placenta previa.

Sobre los factores obstétricos se encontró que el antecedente de cesárea se presentó en el 26%(45) del total de pacientes, en el cual el 32.8%(19) corresponden a los casos y 22.6%(26) a los controles, en un trabajo realizado en Puno se encontró s como antecedente de cesárea el 37% de la muestra.(Alvarez,2015), sin embargo al analizar la estimación de riesgo para el desarrollo de placenta previa , presentando un OR de 1.6 con IC de 95: 0.8-3.3 , resultado distinto al encontrado en una población de Pakistán donde el OR era de 2.8, por lo que en la población peruana no se considera un factor de riesgo, esto probablemente sea debido al aumento en las tasas de cesáreas en los hospitales .



Resultados encontrados en relación a la multiparidad evidenció que el 35.3%(61) de la muestra presentaron  $\geq 2$  partos, de los cuales más del 50% se incluía en los pacientes con diagnóstico de placenta previa. Estos resultados son similares a los estudios en los cuales la multiparidad estaba presente hasta en un 63% (Guisado,2015),se encontró una asociación significativa entre estas dos variables por lo que el desarrollo de placenta previa depende de la paridad, al identificar el Odds ratio se encontró un OR de 3.6 IC 95%:1.8-7.1, resultados similares encontrados en una población de Pakistán con un OR de 3.46 para la multiparidad.

Al analizar los resultados de antecedente de aborto , antecedente de Ameu y/o y multiparidad se encontró que estas 3 variables presentaron una asociación significativa para el desarrollo de placenta previa , el 50%(29) de los casos presentó antecedente de aborto versus el 21%(24) de los controles, resultados similares encontrados en una población de Puno donde el 51% de los pacientes con diagnóstico de placenta previa presentó este antecedente(Alvarez,2015), el Odds ratio para antecedente de aborto fue de 3.4 IC 95%: 1.7-6.7 , un OR de 5 registrado en un estudio realizado en pakistan para antecedente de aborto en relación con placenta previa (Lubna,2015) evidencia de que posiblemente las tasas de aborto en nuestro país estén en aumento en toda la población. En relación al antecedente de AMEU y/o legrado se encontró que el 41.4% (24) de los casos presentó este factor, similar al estudio realizado en Puno donde encontraron que el 50% de los casos presentó este antecedente (Lazo, 2015). El Odds ratio encontrado para antecedente de AMEU y/o legrado fue de 3.3 IC 95%: 1.6-6.8 , este resultado es menor en comparación con lo encontrado por (Lubna,2017) OR de 6.3 , esto posiblemente sea debido a que existen aún abortos inseguros sin registro por lo que se considera un problema de salud pública.

Con respecto al antecedente de placenta previa se encontró que el 13.8%(8) de los casos y el 2.6%(3) de los controles presentó este factor, se identificó una asociación significativa entre el

antecedente de placenta previa y un nuevo episodio , un OR de 5.9 IC 95%:1.5-23.4 fue el OR mayor encontrado en todas los factores estudiados.

Al identificar la asociación entre periodo intergenésico corto y placenta previa, se encontró que el 17.2% (10) de los casos y el 6.1%(7) de los controles presentaron este factor con una asociación significativa, el Odds ratio fue de 3.2% IC 95%: 1.1-8.9. Por lo que es importante la orientación a las futuras puérperas al uso de métodos anticonceptivos, planificación familiar y presentar un periodo intergenésico mayor a 2 años.

En relación a los antecedentes ginecológicos, se encontró 1 paciente con miomatosis y placenta previa , sin embargo los demás casos y controles estudiados no presentaron antecedentes ginecológicos.

## VI) CONCLUSIONES

### Conclusión general

Los factores de riesgo que están asociados al desarrollo de placenta previa de los pacientes que fueron hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia en el periodo de enero a diciembre 2018 fueron: Multiparidad ( $p=0.00$ ) OR : 3.6 , antecedente de aborto ( $p=0.00$ ) OR: 3.4 , antecedente de AMEU y/o legrado ( $p=0.01$ ) OR: 3.3, antecedente de placenta previa ( $p=0.04$ ) OR: 5.9 , periodo intergenésico corto ( $p=0.02$ ) OR: 3.2.

### Conclusiones específicas

Los factores sociodemográficos como edad materna, estado civil, grado de instrucción no se asociaron significativamente con placenta previa .

La edad materna avanzada no fue un factor de riesgo para desarrollo de placenta previa ( $p=0.107$ ) OR : 1.8 IC 95%: 0.8-3.6.

Los factores relacionados a patologías no obstétricas como IMC y anemia en el primer trimestre no fueron factores de riesgo para placenta previa.

El IMC en relación a desnutrición y/o obesidad no fue factor de riesgo para placenta previa ( $p=0.845$ ) OR:1.6 IC 95%: 0.8-3.1.

La anemia en el I trimestre no fue un factor de riesgo para el desarrollo de placenta previa ( $p=0.598$ ) OR: 0.8.

## **VII) RECOMENDACIONES**

Se recomienda continuar con estudios relacionados a los factores de riesgo asociados a placenta previa en la población peruana, esto debido a las diferencias de los resultados encontrados en estudios internacionales, nacionales y el presente estudio.

Se recomienda al personal de salud la identificación de estos factores de riesgo potencialmente prevenibles como el periodo intergenésico corto, aborto y la orientación de las mismas a las pacientes mediante elaboración de programas de salud como mayor acceso a métodos anticonceptivos y planificación familiar.

## VII) REFERENCIAS

- Andia, B., Fuentes, C., Pozo, O., Rojas, M., Vizacarra, H., y Arancibia, F.(2010). Placenta previa.*Universidad, ciencia y sociedad*.3,42-45. Recuperado de:  
[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S8888-88882010000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S8888-88882010000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Arreaga, I., y Hernandez ,M.(2015). Morbilidad y mortalidad materno perinatal en las pacientes con placenta previa.(Tesis Posgrado).Universidad San Carlos de Guatemala,Guatemala.
- Ávila, S., Alfaro, T., y Olmedo, J. (2016). Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina*. 6(3),11-20.  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>
- Botella, J. (1993).La placenta,fisiología y patología.Madrid:Diaz de santos.
- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 recuperado de: [http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR\\_2016-I.pdf](http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf)
- Bollet, Z. (2014). Estudio ecográfico de la placenta previa en gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014.(Tesis de Título profesional).Recuperado de  
<http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/2343>
- Cabero, L., Saldívar, D., y Cabrillo, E. (2007). Obstetricia y medicina materno-fetal.Buenos Aires,Argentina:Editorial medica panamericana.
- Creswell, J., Ronsmans, C., Calvert, C., & Filippi V. (2013). Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. *Tropical medicine & internacional health*. 18(6), 712-724. DOI: 10.1111/tmi.12100

- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., y Spong, C.(2015). *Williams Obstetricia*(23.<sup>a</sup> edición). Mexico: McGRAW-HILL Interamericana editores.
- Fan, D., Wu, S., Wang, W., Xin, L., Tian, G., Liu, L., Feng, J., Guo, X., & Liu, Z.(2016). Prevalence of placenta previa among deliveries in Mainland China: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis.*Medicine*, 95 (40). DOI: 10.1097/MD.00000000000005107
- Feng, Y., Li, X., & Xiao, J. (2018). Risk Factors and Pregnancy Outcomes: Complete versus Incomplete Placenta Previa in Mid-pregnancy. *Current Medical Science*. 38(4),597-601. DOI: 10.1007/s11596-018-1919-9
- González, R. (2007). Placenta previa: Clasificación ultrasonográfica. *Revista Chilena de Ultrasonografía*.10, 84-91. Recuperado de : <http://www.sochumb.cl/wp-content/uploads/2018/06/US-10-3-2007-b.pdf>
- Hernández. J. (1998).Placenta previa. incidencia, algunas consideraciones y su repercusión en la morbimortalidad perinatal y materna, 1995-1996.24(2),92-98. [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol24\\_2\\_98/gin06298.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol24_2_98/gin06298.pdf)
- Hyeji, J., Jiwon, M., Deok, Kim., Heekyung, S., Sunkyung, K., & Yun-Sook, K. (2018). Women with Endometriosis, Especially Those Who Conceived with Assisted Reproductive Technology, Have Increased Risk of Placenta Previa: Meta-analyses. *Journal of Korean Medical Science*. 33(34). DOI: 10.3346/jkms.2018.33.e234. eCollection
- Isla, A., Hernández, J., Velasco, A., Hernández, P., Fajardo, R., y Díaz, A.(2008). Comportamiento de la placenta previa en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", período 2003-2005.*Revista cubana de medicina general integral*.24(3),1-13. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300007)

Majeed, T., Waheed, F., Mahmood, Z., Saba, K., Mahmood, H., & Bukhari, M. (2015).

Frequency of placenta previa in previously scarred and non-scarred uterus.. marzo-abril

2015. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 31 (2), 360-363.

DOI:10.12669/pjms.312.6509

Mamani, I., y Quispe, Y. (2015). Factores que influyen en la ocurrencia de placenta previa en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca setiembre a diciembre 2015.(Tesis de título profesional). Recuperado de

<http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/163>

Mustafa, S., Elbashir, A., Waddad, A., & Ibrahim, M.(2017) Placenta praevia in Najran

University hospital: incidence and risk factors. *International Journal of*

*Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*.6(5),1758-1761.

DOI:10.18203/2320-1770.ijrcog20171561

Nankali, A., Keshavarzi, F., Shajari, A., & Daeichin, S. (2014). Frequency of Placenta Previa and Maternal Morbidity Associated with Previous Cesarean Delivery. *Open Journal of*

*Obstetrics and Gynecology*,4(14),903-908. DOI: 10.4236/ojog.2014.414127

Oscanoa, A. (2005). Placenta previa. Instituto Especializado Materno Perinatal. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*.51 (4), 219-224. Recupera de :

<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/371>

Peña, G., Salazar, G., y Zambrano, Z.(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*.(Tesis pregrado). Universidad central del Ecuador,Quito,Ecuador.

- Rivero, Y., Gutiérrez, N., Romero, C., y Fragoso, Y. (2009). Factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa: Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*.13. recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942009000200019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000200019)
- Schwarcz, R., Fescina, R., y Duverges, C. OBSTETRICIA. (7ma Edicion).Argentina.Buenos Aires,Editorial,El Ateneo.
- Senkoro, E., Mwanamsangu, A., & Chuwa, F. (2017) Frequency, Risk Factors, and Adverse Fetomaternal Outcomes of Placenta Previa in Northern Tanzania. *Journal of pregnancy*. DOI : 10.1155/2017/5936309
- Shobeiri, F., Jenabi, E. (2017). Smoking and placenta previa: a meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 30(24), 2985-2990. DOI: 10.1080/14767058.2016.1271405
- Stout, M., Odibo, A., Graseck, A., Macones, G., Crane, J., & Cahill A.(2010). Leiomyomas at routine second-trimester ultrasound examination and adverse obstetric outcomes. *Obstetrics & Gynecology*.116(5),1056-63. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181f7496d
- Téllez, O., y Wandurraga, N.(2006).Placenta previa y acretismo placentario: dos grandes complicaciones de alto riesgo obstétrico.*Medicas UIS*,1(2),125-36. Recuperado de :  
[http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=43432&id\\_seccion=1828&id\\_ejemplar=4393&id\\_revista=114](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=43432&id_seccion=1828&id_ejemplar=4393&id_revista=114)
- Tuzović, L., Djelmis, J., & Iljić, M. (2003). Obstetric risk factors associated with placenta previa development: case-control study. diciembre 2003. *Croatia medical journal*,44,728-733. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14652887>



- Yoon, S., You, J., Choi, S., Oh, S., Kim, J., & Roh C.(2014). A combined ultrasound and clinical scoring model for the prediction of peripartum complications in pregnancies complicated by placenta previa.*European Journal of obstetrics, gynecology and reproductive biology*.180,111-115. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2014.06.030
- Zavala, A., Ortiz, H., Salomon, J., Padilla, C., y Preciado, R. (2018) Periodo intergenésico: Revisión de la literatura.*Revista chilena obstétrica ginecológica*.83(1),52-61.  
[http://www.revistasochog.cl/files/pdf/AR\\_016.pdf](http://www.revistasochog.cl/files/pdf/AR_016.pdf)
- Zullo, F., Spagnolo, E., Saccone, G., Acunzo, M., Xodo, S., Ceccaroni, M., & Berghella, V. (2017). Endometriosis and obstetrics complications: a systematic review and meta-analysis.*Fertility and Sterility*.108(4),667-672. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2017.07.019

## VIII) ANEXOS

### ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° HC:

#### FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. EDAD: <19 ..... 20-34..... ≥35 .....

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN

ANALFABETO.....

PRIMARIA.....

SECUNDARIA.....

TECNICO.....

SUPERIOR COMPLETO.....

SUPERIOR INCOMPLETO.....

3. ESTADO CIVIL

SOLTERA.....CASADA.....CONVIVIENTE.....

4. CONSUMO DE TABACO

NO.....

SI.....

ANTES DEL EMBARAZO.....#.....

DURANTE EL EMBARAZO.....#.....

5. CONSUMO DE ALCOHOL

NO....

SI.....ANTES DEL EMBARAZO.....DURANTE EL EMBARAZO.....

#### FACTORES RELACIONADOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

6. ESTADO NUTRICIONAL

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

7. ANEMIA

SI..... NO.....

#### FACTORES RELACIONADOS CON ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

## 8. PARIDAD

NULIPARA.....

MULTIPARA..... 1.... 2.... 3.... 4.... 5....

GRAN MULTIPARA.....

## 9. CESAREA ANTERIOR

SÍ..... N° DE CESAREAS ANTERIORES.....

NO.....

## 10. ANTECEDENTE DE ABORTO

NO\_\_\_ SI \_\_\_ # \_\_\_

## 11. PERIODO INTERGENÉSICO

&lt;2 Años.....&gt;2 , &lt;5 años.....&gt;5 años.....

## 12. ANTECEDENTE DE AMEU

SÍ..... NO.....

## 13. ANTECEDENTE DE PLACENTA PREVIA

SÍ..... I.....II.....III.....IV.....NO.....

**FACTORES RELACIONADOS A PATOLOGIA GINECOLÓGICA**

## 14. MIOMA UTERINO

SI.....NO.....

## 15. ANTECEDENTE DE CIRUGIA GINECOLÓGICA

SÍ.....

MIOMECTOMIA

QUISTECTOMIA

LEGRADO UTERINO

OTROS.....

NO.....

## ANEXO 2. TASA DE CESÁREAS (ENDES 2018)

CUADRO N° 31: PORCENTAJE DE NACIMIENTOS POR CESÁREA DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA,  
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2013-2018 I Semestre

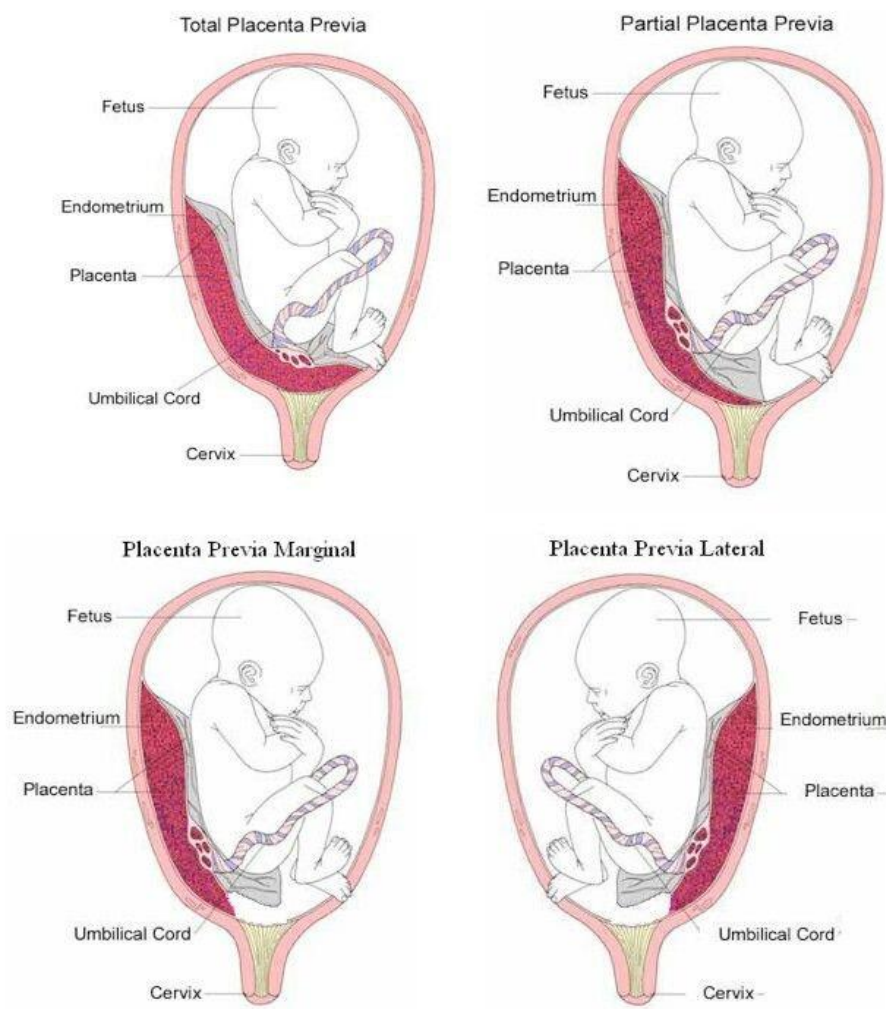
Característica seleccionada	2013			2014			2015			2016			2017			2018 - I Semestre P/			Test de diferencias de medias						
	Valor estimado	Coeficiente de Variación	Número de Casos sin Ponderar	Valor estimado	Coeficiente de Variación	Número de Casos sin Ponderar	Valor estimado	Coeficiente de Variación	Número de Casos sin Ponderar	Valor estimado	Coeficiente de Variación	Número de Casos sin Ponderar	Valor estimado	Coeficiente de Variación	Número de Casos sin Ponderar	Intervalo de confianza al 95%			Valor estimado	Coeficiente de Variación	Número de Casos sin Ponderar	2018/I 2018/I 2013 2017	2018/I 2018/I 2013 2017	2018/I 2018/I 2013 2017	
																Inferior	Superior	Ponderar							
<b>Total</b>	26,5	3,0	8 983	28,6	2,6	9 610	31,6	1,7	23 818	31,6	1,9	21 175	34,2	1,9	21 528	34,5	33,0	35,9	2,1	11 482	8,0	0,3	***	***	
<b>Área de residencia</b>																									
Urbana	33,5	3,2	5 120	35,6	2,7	5 719	38,4	1,9	14 711	40,8	1,8	15 375	40,8	1,8	15 375	40,8	39,0	42,5	2,2	8 035	7,3	0,0	***	***	
Rural	11,5	7,5	3 863	12,0	7,2	3 891	13,2	5,2	6 464	15,7	5,5	6 153	16,0	14,1	17,9	16,0	14,1	17,9	6,2	3 447	4,5	0,3	***	***	
<b>Dominio de residencia</b>																									
Costa	36,2	3,7	3 092	39,3	3,1	3 524	41,7	2,2	8 860	44,4	2,0	9 080	44,4	2,0	9 080	43,1	40,9	45,3	2,7	4 797	6,9	-1,3	***	***	
Lima Metropolitana	39,3	5,7	674	41,3	4,6	1 039	44,8	2,8	2 729	43,6	3,5	2 392	46,0	3,1	2 433	45,2	41,6	48,8	4,0	1 447	5,9	-0,8	**	**	
Resto Costa	33,1	4,2	2 418	37,2	3,9	2 485	37,7	2,5	7 144	39,6	2,4	6 468	42,5	2,3	6 647	40,9	38,3	43,4	3,2	3 350	7,8	-1,6	***	***	
<b>Sierra</b>	16,6	5,6	3 346	17,2	5,3	3 568	20,4	3,4	7 786	20,1	3,8	6 832	21,3	3,6	6 689	23,9	22,0	25,8	4,1	3 908	7,3	2,6	***	**	
Sierra urbana	24,9	6,8	1 203	24,9	6,3	1 373	29,8	3,5	3 756	29,4	3,9	3 380	30,0	3,4	3 534	33,4	30,6	36,2	4,2	1 927	8,5	3,4	***	**	
Sierra rural	10,7	9,3	2 143	10,5	9,0	2 195	11,6	6,6	4 030	11,7	7,2	3 452	13,2	7,7	3 155	14,0	11,4	16,5	9,4	1 981	3,3	0,8	**	**	
<b>Selva</b>	14,4	8,0	2 545	16,0	6,5	2 518	18,7	4,6	6 159	18,7	4,9	5 483	21,1	4,6	5 759	23,2	20,9	25,6	5,2	2 777	8,8	2,1	***	***	
Selva urbana	21,7	8,5	1 248	23,0	7,2	1 258	26,8	4,0	3 624	27,2	4,5	3 276	29,5	4,1	3 540	31,9	28,8	34,9	4,8	1 661	10,2	2,4	***	***	
Selva rural	18,6	12,97	1 297	8,9	12,5	1 260	9,2	10,1	2 535	8,7	9,9	2 207	11,9	9,4	2 219	13,1	9,9	16,2	12,3	1 116	5,7	1,2	***	***	
<b>Educación de la madre</b>																									
Sin nivel / Primaria	12,9	7,1	3 075	12,0	7,7	2 985	14,5	4,9	6 220	14,6	5,6	5 324	16,1	6,3	4 795	16,6	14,4	18,8	6,7	2 594	3,7	0,5	***	***	
Secundaria	26,1	4,6	3 974	26,5	3,8	4 435	29,0	2,5	11 128	28,4	2,5	9 839	31,6	2,5	10 063	31,4	29,2	33,7	3,6	5 171	5,3	-0,2	***	***	
Superior	43,3	3,9	1 934	48,4	3,2	2 190	50,2	1,9	6 470	49,9	2,3	6 012	49,9	2,1	6 670	49,0	46,7	51,3	2,4	3 717	5,7	-0,9	***	***	

## ANEXO 3. IMC EN GESTANTES

TABLA 2. IMC PARA PERSONAS ADULTAS GESTANTES, SEGÚN LA NATIO-

Estado nutricional	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Bajo peso	< 19,8
Normal	19,8 a 26
Sobrepeso	26,1 a 29
Obesidad	> 29

## ANEXO 3. TIPOS DE PLACENTA PREVIA



## ANEXO 4. CÁLCULO DE MUESTRA MEDIANTE OPENEPI.COM

Tamaño de la muestra para estudio de casos- controles no pareados		
Nivel de confianza de dos lados	95	(1-alpha) generalmente 95%
Potencia (% de probabilidad de detección)	80	Generalmente 80%
Razón de controles por caso	2	Para muestras iguales, utilice 1.0
Porcentaje de controles expuestos	20	Entre 0.0 y 99.99
Por favor, rellene uno de los siguientes. El otro se calculará.		
Odds Ratio	2.67	
Porcentaje de casos con exposición	40	Entre 0.0 y 99.99

[Inicio](#) | 
 [Introducir datos](#) | 
 [Resultados](#) | 
 [Ejemplos](#) | 
 [Ayuda](#)

### Tamaño de la muestra para estudios de casos-controles no pareados

Para:

Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)	95
Potencia (% de probabilidad de detección)	80
Razón de controles por caso	2
Proporción hipotética de controles con exposición	20
Proporción hipotética de casos con exposición:	40.03
Odds Ratios menos extremas a ser detectadas	2.67

	Kelsey	Fleiss	Fleiss con CC
Tamaño de la muestra - Casos	58	59	67
Tamaño de la muestra - Controles	115	118	133
Tamaño total de la muestra	173	177	200

#### Referencias

Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición, Tabla 12-15  
 Fleiss, Métodos Estadísticos para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18& 3.19

CC= corrección de continuidad

Los resultados se redondean por el entero más cercano


Imprima desde el menú del navegador o seleccione copiar y pegar a otros programas.

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSCC

Imprimir desde el navegador con ctrl-P

o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

## ANEXO 5. APROBACION DE PROYECTO POR ASESOR DE TESIS


 Universidad Nacional  
 Federico Villarreal

**FACULTAD DE MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE"**  
**OFICINA DE GRADOS Y GESTION DEL EGRESADO**  
 "Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"  
**INFORME DEL PROYECTO**

EVALUACIÓN DEL PROYECTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO  
 PROFESIONAL DE: Medico Cirujano

**TITULO DEL PROYECTO:**

**INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PLACENTA PREVIA EN  
 PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y  
 OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, EL  
 AGUSTINO, 2018.**

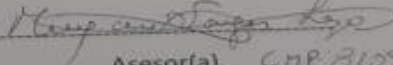
**AUTOR: QUISPELAYO RAMOS CRISTHIAN ESEQUIEL**

**OBSERVACIONES:**

Sin OBSERVACIONES.

En fe de lo cual, se eleva el presente informe a la Oficina de Grados y Titulos de la Facultad  
 de Medicina "Hipólito Unanue" – UNFV, para el trámite correspondiente.

El agustino 5 de Febrero 2018

  
 Asesor(a). CHP: 8109  
NEP: 5208  
CO: 0001 93042

Apellidos: VARGAS LAGO MIYAN

Nombres: MIYAN GLADYS

Jr. Río Chepén N° 290 El Agustino – Lima / Teléfono: 748-0888 Anexo: 8550

**ANEXO 6. CARTA AL DIRECTOR DE HNHU PARA PRESENTACION DE PROYECTO****CARTA PARA PRESENTACION DE PLAN DE TESIS AL DIRECTOR DEL  
HOSPITAL**

LIMA, 06 DE FEBRERO DEL 2018

SEÑOR DOCTOR:

LUIS MIRANDA MOLINA


Director General del Hospital Nacional Hipolito Unanue

De mi mayor consideración:

El que suscribe, Dr Miryam Vargas Lazo, asesora de tesis de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Federico Villareal, tiene el agrado de presentar al alumno Quispelazo Ramos Cristhian Esequiel, de la Universidad Nacional Federico Villareal, cursando actualmente el 7mo año optará el grado de Médico cirujano, por nuestra universidad con el plan de tesis titulado: "Incidencia y factores de riesgo asociado a placenta previa en pacientes hospitalizados en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Hipolito Unanue, El Agustino, año. 2018".

Atentamente:

FIRMA Y SELLO...

  
C.I.P. 8109  
REV: 5205  
COD. DE: 93042



## ANEXO 7. CARTA AL DIRECTOR DE HNHU PARA PRESENTACION DE PROYECTO

CARTA PARA PRESENTACION DE PLAN DE TESIS AL DIRECTOR DEL  
HOSPITAL

LIMA, 07 DE FEBRERO DEL 2018

SEÑOR DOCTOR:

LUIS MIRANDA MOLINA

Director General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

De mi mayor consideración:

El que suscribe, Dr. Jesús Gonzales Toribio, coordinador de sede de la facultad de Medicina humana de la Universidad Nacional Federico Villarreal, tiene el agrado de presentar al alumno Quispelazo Ramos Cristian Esequiel, alumno de la Universidad Nacional Federico Villarreal, cursando actualmente el 7mo año optará el grado de Médico cirujano por nuestra universidad con el plan de tesis titulado: "Incidencia y factores de riesgo asociado a placenta previa en pacientes hospitalizados en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino, año 2018".

Atentamente:

FIRMA Y SELLO



Dr. Jesús GONZALES TORIBIO  
COP122077 - RNE 07734  
DIRECCIÓN  
Unidad Administrativa del Seguro de Salud  
Calle 11 N. 10000 - Lima, Perú

