



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

**“CORRELACION DE ANTECEDENTE DE ABORTO CON LA
INCIDENCIA DE PLACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
ICA 2022”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Pública, Salud Ambiental Y Satisfacción con los Servicios de Salud

PRESENTADO POR

TIPACTI PEÑAVASQUEZ, MARIA DEL CARMEN

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

ASESOR

MG. JUAN CARLOS RUIZ OCAMPO
CÓDIGO ORCID N° 0000-0002-6293-6352

ICA – PERÚ, 2022

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios, por darme fuerza y claridad que me guían día a día.

A mi Asesor Dr. JUAN CARLOS RUIZ OCAMPO, por estar siempre presente en la culminación de mi trabajo.

A mis maestros por sus sabias enseñanzas, que permitieron seguir esta hermosa profesión, volcando toda su experiencia y en beneficios para tener un buen futuro.

A mi facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma de Ica

María del Carmen

DEDICATORIA

A mi madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. A mi padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	10
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.1.1. Problema general	10
1.1.2. Problema específicos	10
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.3. DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO.....	12
1.4. JUSTIFICACIÓN	12
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.5.1. Objetivo general.....	13
1.5.2. Objetivo Especifico.....	13
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.7. PROPÓSITO.....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO.....	15
2.1. BASE TEÓRICA	15
2.3. HIPOTESIS	28
2.3.1. Hipótesis general.....	28
2.3.2. Hipótesis especifica.....	29
2.4. MARCO CONCEPTUAL	29
2.5. VARIABLES.....	30

2.6.	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	30
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		31
3.1.	DISEÑO METODOLOGICO	31
3.1.1.	Nivel de investigación	31
3.1.2.	Tipo de investigación	31
3.2.	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.3.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	31
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.5.	ASPECTOS ÉTICOS.....	32
3.6.	POBLACIÓN Y MUESTRA	33
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....		35
4.1.	DISCUSIÓN.....	35
4.2.	RESULTADOS	37
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		41
5.1.	CONCLUSIONES	41
5.2.	RECOMENDACIONES.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....		43
ANEXOS		48

RESUMEN

Cuando se analiza el antecedente de un aborto, esta ayuda a aminorar cualquier complicación presentada en pacientes con placenta anticipado, siendo considerada un factor de riesgo, repercutiendo en su vida sexual, con edades fluctuantes entre los 16 a 19 años, considerando el aborto en su primer embarazo, dicho esto el principal objetivo de nuestro trabajo es poder determinar si el aborto es un factor de riesgo para la placenta previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica, 2022, donde se aplicó un diseño metodológico de tipo cuantitativo, teniendo un nivel correlacional, de tipo observacional, retrospectivo y transversal. Su población de estudio la constituyeron el total de gestantes que asistieron a sus controles (14596) en el año 2021. Su muestra la conformaron 192 historias clínicas de gestantes. En cuanto a los resultados se encontró una asociación entre la variable placenta y aborto cuyo OR fue de 2.709 (IC 95% 1.462-5.020; $p < 0.05$), la cual indica el incremento del aborto 2.7 veces más (placenta previa), asimismo el número de aborto y placenta tienen relación con un solo aborto la cual no representa asociación significativa (OR: 1.491; IC 95% 0.785 – 2.832; $p > 0.05$), con dos abortos a más, cuya significancia tiene OR de 4,200 (IC 95% 1.658 – 10.636; $p < 0.05$), en la actualidad no existe un marco teórico analítico que tenga conexión con los abortos de placenta previa. Las gestantes tienen un antecedente de aborto de placenta previa del 56.8%. La edad materna es frecuente entre las edades de 20-35 años, que representa el 70.3%. Las conclusiones obtenidas indican que el tener solo un aborto no representa asociación significativa, ya que $p > 0.05$ y cuando se obtuvo 2 abortos a más si presenta relación, ya que $p > 0.05$, con una alza de 4.2 veces de probabilidad de que haya placenta previa.

Palabras clave: Aborto, placenta previa, factor de riesgo, gestantes.

ABSTRACT

When the history of an abortion is analyzed, it helps to minimize any complications presented in patients with placenta previa, being considered a risk factor, affecting their sexual life, with ages ranging from 16 to 19 years, considering the abortion in their first pregnancy, Having said this, the main objective of our work is to determine if abortion is a risk factor for placenta previa in patients attended at the Gynecology-Obstetrics Service of the Regional Hospital of Ica, 2022, where a quantitative methodological design was applied, having a correlational, observational, retrospective and cross-sectional level. The study population consisted of the total number of pregnant women who attended their check-ups (14596) in the year 2021. The sample consisted of 192 clinical histories of pregnant women. Regarding the results, an association was found between the variable placenta and abortion whose OR was 2.709 (95% CI 1.462-5.020; $p < 0.05$), which indicates the increase of abortion 2.7 times more (placenta previa), likewise the number of abortion and placenta are related to a single abortion which does not represent a significant association (OR: 1.491; 95% CI 0.705; $p < 0.05$). 491; 95% CI 0.785 - 2.832; $p > 0.05$), with two or more abortions, whose significance has an OR of 4,200 (95% CI 1.658 - 10.636; $p < 0.05$), at present there is no theoretical analytical framework that has a connection with placenta previa abortions. Pregnant women have a history of placenta previa abortion of 56.8%. Maternal age is frequent between 20-35 years, which represents 70.3%. The conclusions obtained indicate that having only one miscarriage does not represent a significant association ($p > 0.05$), and when 2 or more miscarriages were obtained there was a relationship ($p > 0.05$), with a 4.2-fold increase in the probability of having placenta previa ($p > 0.05$).

Key words: Abortion, placenta previa, risk factor, pregnant women.

INTRODUCCIÓN

La placenta previa es una complicación de la gestación en la cual la placenta recubre o se ubica cerca del orificio interno del cuello uterino cuyo proceso se da mediante la migración placentaria conocido como trofotropismo que ocurre después de las 20 semanas; identificado clínicamente por un sangrado rojo rutilante indoloro, constituye a una de las principales causas más frecuentes entre las hemorragias de la segunda mitad embarazo pudiendo provocar graves complicaciones como la posibilidad de un parto prematuro, así como llegar a la necesidad de parto por cesárea, inclusive transfusiones sanguíneas por shock hipovolémico entre otros.

Por lo tanto es importante su estudio pues aumenta la morbilidad materna y perinatal de manera significativa. Así mismo, entre sus características gineco-obstétricas el aborto ya sea espontáneo o inducido ha sido considerado entre uno de sus factores más frecuentes.

Éste trabajo presenta los siguientes capítulos:

- En el primer capítulo, se realiza el planteamiento del problema, formulación del problema, estableciendo luego los objetivos tanto el general y los específicos, seguido de la justificación y propósito del trabajo de investigación.
- Luego en el segundo capítulo, se hace referencia a la literatura y los aspectos teóricos que sustentan el planteamiento del problema, así mismo se presenta la revisión de antecedentes internacionales y nacionales correspondientes al aborto como factor de riesgo de Placenta previa, seguido de la revisión de la base teórica del tema; también se plantea hipótesis por ser un trabajo analítico, además se plantean las variables de estudio, finalizando con la definición operacional de los términos.
- Posteriormente se detalla en el tercer capítulo, definiendo el tipo de investigación realizado, además de la población y muestra siendo 192 historias clínicas de gestantes que recibieron atención en el Serv. GinecoObst. del HMA que cumplían los criterios de elegibilidad cuya

información se registraron en una ficha de recolección de datos, también se explica el procesamiento y el análisis de los datos.

- En el cuarto capítulo se realizan los resultados del trabajo de investigación y su respectiva discusión analizando los resultados.
- Y el quinto capítulo, en el cual se desarrollan las conclusiones y las recomendaciones del trabajo de investigación.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Problema general

- ¿Es el aborto un factor de riesgo para placenta previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022?

1.1.2. Problema específicos

- ¿Cuál es la relación entre el número de abortos con Placenta Previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022?
- ¿En qué tipo de placenta previa se presenta con mayor frecuencia el antecedente de aborto en las pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022?
- ¿Cuál es la edad materna de las pacientes con placenta previa del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022?

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La placenta previa (PP) se caracteriza por la inserción anormal de la placenta ubicándose alrededor del istmo del útero que posteriormente puede ocluir de manera parcial o total el orificio cervical interno. Esta patología constituye una de las complicaciones más frecuentes en la gestación, además de que representa a una de las principales causas de mortalidad materna que ha llegado tener una prevalencia de 5.2 por cada 1000 embarazos a nivel mundial considerándose un gran problema de salud pública y en América latina se ha estimado una incidencia que oscila en 0.28 y 2%.

En Perú, según la Dirección General de Epidemiología del MINSA en el 2016, muestra que una de las causas más frecuentes de muerte materna directa es la hemorragia con un 36.5%; siendo así que entre las hemorragias a partir del segundo y tercer trimestre la que

destaca es la placenta previa con un mayor número de casos reportados. Además la PP puede llegar a complicar entre 0.3%-2% de los embarazos y producir morbilidad materna y perinatal de forma significativa.

También, en investigaciones realizadas en hospitales nacionales se ha detectado una incidencia de placenta previa que fluctúa entre 0.6% – 0.8%³, es decir una de cada 200 gestantes; además se detectó que ocasiona una tasa de letalidad fetal de 3.39%. Por otro lado, la frecuencia con la que se presenta la PP en el Hospital Regional de Ica (HMA) es de 1 en cada 100 gestaciones.

En el Perú, se ha detectado que aproximadamente ocurren 370, 00 abortos clandestinos anualmente. Así mismo, el aborto incompleto representa unos de los motivos más frecuentes de hospitalización de los cuales predominan el grupo de mujeres menores de 25 años.

Si bien es cierto que aún se desconoce los mecanismos que se encuentran involucrados entre la asociación de abortos previos y PP, es necesario analizar si el antecedente de aborto es un factor de riesgo en nuestro medio para así evitar y/o disminuir las complicaciones que se puedan producir en las pacientes que presenten placenta previa.

En la actualidad, las mujeres suelen iniciar su vida sexual desde edades tempranas, de las cuales se estima con mayor frecuencia entre las edades de 16 a 19 años y muchas de ellas optan por el aborto en su primera gestación sin saber las consecuencias que se puede producir. En Latinoamérica se produce un aproximado de 182 millones de embarazos, de los cuales el 36% son embarazos no deseados siendo así que un 20% terminan en un aborto.

Así mismo, en diversos estudios internacionales se ha identificado el antecedente de aborto como un factor que ocasiona un mayor riesgo para desarrollar PP, tal como lo refiere Karami y Jenabi en su metaanálisis. También Lubna y col, encontraron que el aborto espontáneo incrementa dos veces las probabilidades de generar PP.

1.3. DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO

- **Delimitación Social:**

Se realizó en pacientes gestantes que acudieron al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ica.

- **Delimitación temporal:**

El periodo comprendió de Enero a Diciembre del 2018.

- **Delimitación Espacial:**

Esta tesis fue realizada en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ica.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Debido a que la placenta previa constituye a una de las principales causas más frecuentes en cuanto a las hemorragias de la segunda mitad embarazo pudiendo provocar complicaciones como una inadecuada presentación fetal, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal que conllevan a sufrimiento fetal, prematuridad entre otras llegando a ser muy perjudicial para la salud del binomio madre-niño. Además en cuanto a la madre se ha descrito que esta patología incrementa el riesgo de presentar acretismo placentario que a su vez aumenta el riesgo de la necesidad de histerectomía una de las más frecuentes complicaciones aumentando más la demanda de insumos y recursos médicos.

Por otro lado, en investigaciones internacionales entre los factores que influyen en la PP se ha encontrado al aborto como un factor de riesgo; y en el Perú las tasas de aborto siguen en constante incremento, esto puede ser debido al crecimiento demográfico como también del uso indiscriminado de medicamentos para la interrupción del embarazo y el poco conocimiento de las jóvenes sobre las consecuencias que genera el aborto en los

embarazos posteriores, por lo que es importante destacar a este factor como motivo de estudio.

Es por ello que la presente investigación va dirigida fundamentalmente a estudiar el aborto como factor de riesgo asociado a PP ya que servirá como fuente de información para poder fomentar la prevención por parte del personal de salud hacia la comunidad y disminuir la morbilidad, sobre todo en mejorar la calidad de vida materna y fetal.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Objetivo general

- Determinar si el aborto es un factor de riesgo para placenta previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022.

1.5.2. Objetivo Especifico

- Identificar el tipo de placenta previa que se presenta con mayor frecuencia el antecedente de aborto en las pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022
- Identificar la edad materna de las pacientes con placenta previa del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022
- Establecer la relación entre el número de abortos con Placenta Previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Los datos obtenidos pueden presentar sesgos en la información proporcionada por el paciente en la historia clínica.
- El difícil acceso hacia los datos de las historias clínicas y el inadecuado archivamiento de las mismas en el centro hospitalario de estudio.

1.7. PROPÓSITO

El presente proyecto de tesis busca determinar si el aborto es un factor de riesgo asociado a Placenta Previa en nuestro medio, así mismo contribuir con la información obtenida a futuras investigaciones, además de ofrecer un mejor manejo de atención hacia a la gestante que presente Placenta Previa y así evitar y/o disminuir las complicaciones que se puedan producir a raíz de esta.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. BASE TEÓRICA

Placenta Previa

Se le denomina placenta previa cuando la placenta se encuentra insertada o implantada específicamente en el segmento inferior del útero sobrepuesto o aproximándose al orificio interno del cuello uterino, que generalmente cursa con un sangrado rojo brillante e indoloro posterior de las 20 semanas de gestación, además se considera como una causa importante de morbimortalidad obstétrica y perinatal.

Se desarrolla en el segundo y tercer trimestre causando el 15 al 20% de hemorragia previo al parto. En un estudio que se hizo por regiones, se obtuvo a nivel mundial una prevalencia general de 5,2 por cada 1000 embarazos, presentándose en Asia una tasa mayor de prevalencia con 12.2, seguido de Europa con 3.6, Norteamérica 2.9 y África 2.7.

En América latina, la incidencia fluctúa entre 0.28% y 2% y a nivel nacional, tiene una incidencia de 5.8/1000, entre otras palabras se presenta 6 casos de PP por cada 1000 embarazos, por otro lado presenta una prevalencia de 1 en 100 a 1 en 850 nacidos vivos.

La PP representa el 3.3% de las muertes maternas (MINSA-2016), además demostrado que la placenta previa se correlaciona con la morbilidad y la mortalidad de la madre y del neonato por lo que necesita de una estrategia de tratamiento especial que incluye una restricción de la actividad física, capacidad para obtener atención médica inmediata y un mejor manejo posparto previniendo infecciones y hemorragias.

Clasificación:

Generalmente suele presentarse en 4 clases:

- PP total o central (grado IV): Aquella placenta que ocluye todo el orificio interno del cuello uterino. Es la forma de presentación más frecuente.
- PP parcial (grado III): Es la que ocluye sólo una parte del orificio interno del cuello.

- PP marginal (grado II): Se refiere cuando el borde de la placenta llega a coincidir o está al margen con el orificio interno del cuello uterino sin sobrepasarlo.
- PP inserción baja (grado I): Se le clasifica así cuando el borde la placenta se encuentra <2cm del orificio interno del cuello.

Sin embargo, en la actualidad no existe un consenso en cuanto a su clasificación de la placenta previa aunque otras investigaciones refieren utilizar otra clasificación debido que la aplicación de la ecografía lo ha puesto en evidencia de lo inexacto que era la utilización de la terminología ya descrita anteriormente, dicha clasificación consiste dos variaciones: Placenta previa (que es aquel donde el OCI se encuentre cubierto de forma incompleta o completa por la placenta) y Placenta previa marginal (es aquella implantación en el segmento inferior en el cual el borde placentario no llega al orificio interno y permanece dentro de un perímetro de 2cm de ancho alrededor del orificio) .

Etiopatogenia:

Si bien es cierto que hasta la actualidad su etiología es desconocida, se han postulado dos maneras de las que se pudiese generar; la primera es acerca de la alteración se da en su implantación del blastocisto que en el retardo de su función podría provocar la anidación en la región inferior del útero; y la segunda es la más aceptada y es debida a una capacidad ineficiente de la decidua que debido a una vascularización defectuosa o alguna alteración estructural presente en el fondo uterino harían que no se pudiese implantar el huevo pero que si aún se llegase a implantar provocaría que se desarrollase el trofoblasto de forma unidireccional ocasionando que la placenta se extendiera hacia la zona del istmo en busca de una zona mayormente vascularizada surgiendo una placenta aplanada y con un pobre desarrollo de los cotiledones generando la delgadez de la decidua endometrial con la posterior invasión de las capas uterinas dando pase al acretismo placentario.

Por otro lado, en último trimestre surgen cambios en la zona inferior del útero que condicionarían a la hemorragia, normalmente la placenta no se ubica alrededor del istmo

del útero por lo que no debería provocar mayor sangrado pero en el caso de placenta previa estaría más propenso a que se produzca un desgarro que conduciría a un sangrado abundante pues al iniciar el trabajo de parto se adelgaza la musculatura uterina (tracción de fibras musculares longitudinales) alterando la inserción placentaria haciendo que descienda, que a pesar de las contracciones no sería suficientes para disminuir el sangrado.

Factores de Riesgo

Existen algunos factores de riesgo que ocasionan el impedimento de la implantación de la placenta y que a su vez tienden a aumentar la probabilidad del desarrollo de la placenta previa de los cuales se incluyen:

Factores Socio-demográficos

En este grupo encontramos a factores como la **edad materna**; que debido a los cambios ateroscleróticos que ocurren en los vasos sanguíneos del útero ocasionarían un deterioro o disminución en el flujo uteroplacentario que incluso ocasionar infartos placentarios en la zona habitual de implantación y que por ende la placenta se colocaría en la zona inferior del útero. Entre otros factores esta la **raza materna** considerando a la raza blanca con una incidencia de 3.3 como factor para la presentación de PP. El Tabaquismo; considerado de riesgo relativo a placenta previa ya que incrementa como mínimo 2 a 3 veces en fumadoras, pues a la hipoxemia por monóxido de carbono generaba una hipertrofia placentaria en compensación y una mayor área de superficie.

Factores Gineco-obstétricos

El antecedente de aborto y legrados uterinos, investigaciones también los han considerado como factores de riesgo debido a que impiden la regeneración de la capa endometrial sobre todo en zonas de cavidad uterina provocando alteraciones en el grosor y la calidad endometrial, su relación esta detallada más adelante.

La multiparidad, esto puede deberse que las sucesivas gestaciones hacen que la zona de inserción placentaria va siendo sustituida por tejido cicatricial lo que ocasiona un menor terreno para la implantación en la zona habitual.

La placenta previa anterior; es otro factor que ha demostrado ser predisponente a su desarrollo en la gestación ulterior, pues aumenta el riesgo a ocho veces de presentar PP, aún se desconoce la etiología que explique del cómo es que actúa este factor.

La miomatosis uterina, en un estudio peruano se encontró una incidencia de 6.8% de las pacientes que tenían placenta previa.

La sinequia intrauterina, a raíz de las adherencias que deja en la zona inferior del útero provoca cierta deformidad u obstrucción en la cavidad uterina, desencadenando así anomalías en la implantación de la placenta.

La endometritis crónica, este factor actúa de cierta forma que después del parto el útero queda con laceraciones específicamente en el segmento inferior, por lo que el tejido queda desvitalizado y se genera una colección de sangre y suero que tienden a favorecer el crecimiento bacteriano, finalmente ocasionándole alteraciones en el segmento de inserción de la placenta.

La cesárea anterior, se postula que debido a un fallo de la decidualización en la zona de cicatrización del útero provoca un impacto en el momento de la implantación y penetración de la placenta, hallazgos que reflejan el defecto decidual ulterior de una cicatriz teniendo un efecto adverso sobre una implantación precozmente.

Así mismo en diversos estudios, el periodo intergenésico corto, se postula que interferiría en el curso normal de la remodelación de los vasos que irrigan al endometrio luego del parto, desarrollando un hipo perfusión entre el útero y la placenta.

Factores Fetales

La gestación múltiple, otro factor que agrava el riesgo de placenta previa y que puede ser debido a su mayor área placentaria, y que según investigaciones la incidencia de placenta previa se incrementa a un 30% 40% en embarazo gemelares a comparación con embarazo de feto único.

El feto masculino; se ha detectado un incremento de tasas de placenta previa en mujeres con fetos masculinos, aunque su asociación sea algo inexplicable, la literatura postula dos hipótesis, la primera señalan que el tamaño placentario aumenta cuando es feto masculino y la segunda refieren al retraso de la implantación que existe de blastocisto masculino en la parte inferior del útero.

Cuadro clínico:

La clínica suele presentarse inicialmente con una metrorragia que tiene como características ser indolora (aunque algunas bibliografías lo consideran relativo podría ser indolora en ausencia de trabajo de parto, pero también estar asociado a dolor secundario a una patología del tracto urinario bajo), de coloración rojo rutilante que aparece de manera brusca, es la manifestación clínica fundamental para placenta previa sobre todo se debe sospecharse cuando ocurre en la segunda mitad del embarazo, es decir después de las 20 semanas. Aunque si inicia más precozmente se incrementa el riesgo perinatal.

Debido a la anomalía de la implantación placentaria desencadena una alteración en los mecanismos de perfusión causando una reducción del flujo placentario por disminución de la extensión y espesor de vellosidades produciendo alteraciones fetales.

Generalmente la ausencia de dolor y de las contracciones uterinas eran consideradas como manifestaciones clínicas típicas de las que se podían ser diferencia del desprendimiento de placenta normo inserta, la tonicidad uterina relajada un signo típico en PP. Pero algunas gestantes con placenta previa tienden a tener contracciones uterinas

más el sangrado, es por ello que el diagnóstico se requiere ser corroborado con un ultrasonido.

Diagnóstico:

Para el diagnóstico, como ya se ha estado comentando anteriormente, es necesario realizar una ecografía en especial el ultrasonido transvaginal ya que es el examen de elección debido a que tiende a tener mayor sensibilidad (87.5%) que la ecografía abdominal, con una especificidad 98.8% siendo así el Gold Standart para el diagnóstico.

Dicho examen generalmente es realizado entre las 18 y 23 semanas, aunque investigaciones refieren que varias de las placentas previas diagnosticadas en la mitad del embarazo ya no estarían presentes en el momento de parto y esto puede ser producido por el trofotropismo que ocurre cuando la placenta se retrae hacia el segmento del útero donde hay mayor suministro sanguíneo que en este caso sería el fondo uterino, o es que es debido a que la zona inferior del útero se suele alargar desde 0.5cm (20 ss de gestación) hasta >5cm en el término del embarazo, siendo el 10 20% que permanecen con placenta previa hasta el tercer trimestre.

En cuanto a la ecografía abdominal tiene una pobre visualización de la placenta posterior, la cabeza del feto puede interferir con el campo de visión del segmento uterino inferior, la obesidad y el llenado o vaciamiento excesivo de la vejiga pueden interferir con la precisión del estudio. Así mismo, la US transvaginal ha demostrado ser un examen seguro en cuanto al estudio de gestantes con placenta previa siendo superior a la ecografía abdominal al detectar con exactitud la localización de la placenta en el momento del parto.

Manejo:

El manejo tendrá como finalidad asegurar el estado materno y fetal como también evitar las complicaciones. Siendo así el tratamiento inicial consistirá en tomar medidas apropiadas para compensar la pérdida sanguínea y evitar la infección. Generalmente se

recomienda hospitalización y reposo absoluto si el sangrado ocurre antes de las 36 semanas pero también dependerá de la inestabilidad hemodinámica que presente la paciente.

Así mismo, en la gran mayoría de los casos sería la cesárea el tratamiento de elección para terminar el embarazo la cual estaría indicada en las gestantes con pruebas ecográficas de PP; sin embargo en casos de hemorragia severas que al no lograr la hemostasia por métodos conservadores (ligadura bilateral de la arteria uterina o la embolización de la arteria pélvica) se procederá a realizar la histerectomía, y este último procedimiento se efectuará en particular a los que estén asociados a una adherencia anormal placentaria.

Según la OPS, en el caso de hemorragia masiva o actividad uterina requerirán hospitalización en el que se le pondrá dos accesos venosos, se le solicitará hemograma, grupo factor sanguíneo y la reserva de productos sanguíneos.

En el caso contrario, que desarrolle una hemorragia leve, el actuar estará sujeto a la madurez pulmonar fetal, pues a menor de las 34 semanas en feto inmaduro se indicará corticoterapia (Betametasona), en cuanto al feto maduro se le indicará parto o cesárea dependiendo de la topografía de la placenta y si existe o no el trabajo de parto, además deberán ser considerados los antecedentes obstétricos como también la variedad de la presentación.

Entonces la conducta expectante se dará cuando se haya diagnosticado precozmente hasta que haya madurez fetal con la finalidad de disminuir la mortalidad perinatal por prematuridad.

Aborto como factor de riesgo de Placenta previa

Luego de una breve referencia a los factores que condicionan a la PP encontramos al aborto como un factor influyente de la PP, y para enfocarnos en su relación es necesario definir y conocer aspectos importantes sobre el aborto.

Definición:

Al referirnos al aborto una de las definiciones más aceptadas es de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y el de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el cual establece que “es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto con un peso menor de 500gr (peso que se estima al alcanzar las 22 semanas de gestación) o en su defecto ser un producto no viable indistintamente del peso o edad gestacional, independientemente si hubiera evidencia o no si fue aborto espontáneo o inducido” .

En la actualidad, aun es complicado estimar la magnitud del aborto, puesto a que existen factores legales, religiosos y sociales o culturales que contribuyen a que las mujeres oculten la interrupción de una gestación. Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que a nivel mundial entre las gestaciones producidas la mitad son no deseadas, además revela que una de cada 9 féminas opta por el aborto.

Clasificación:

Se dividen en dos grupos: El aborto espontáneo, el cual se da de manera natural, sin intervención alguna de la gestante u otra persona. Presenta una etiología multifactorial, siendo el más frecuente por causa genética, seguido por otras causas inmunológicas, anatómicas y endocrinas. En cuanto a cifras, este tipo de aborto se incrementa conforme la edad materna aumenta siendo sí que va de un 11.1% entre los 20 a 24 años hasta un 51% mayor de los 40 años de edad; se presenta en un 20% de embarazos, de los cuales un 85% ocurre antes de las 12 semanas de gestación y dada a su prematuridad generalmente no recurre a alguna intervención quirúrgica.

Por otro lado encontramos al aborto inducido, el cual es ocasionado intencionalmente por la misma gestante o por otra persona, provocando la interrupción del embarazo. Este tipo de aborto, al ser realizado de forma insegura o clandestina puede provocar riesgos como cuadros sépticos incluso llegar hasta la muerte. En Latinoamérica, según la OMS, por cada

1000 fémininas se presentan 30 abortos inseguros entre un rango de edad de 15 a 44 años. A nivel nacional, se estima que por aborto hay un aproximado de 30 muertes anuales y que la incidencia de aborto inducido en el 2004 se hallaba en 371 420 y que estas cifras aún se encuentran en incremento debido al crecimiento demográfico.

Diagnóstico:

Se caracteriza por presentar una sintomatología de dolor pélvico intenso más un sangrado vaginal previo a una historia de amenorrea. Inicialmente se debe realizar un examen ginecológico comprobando la cantidad y origen del sangrado, si presenta o no la protrusión de restos ovulares del cérvix y verificar si presenta dilatación del cuello uterino por medio de una exploración bimanual. Se determina el diagnóstico a través de una ecografía transvaginal evaluando la ausencia de actividad cardiaca y un saco gestacional sin saco vitelino y/o sin embrión evidente³².

Manejo:

En el abordaje del aborto se le distingue tres métodos con el cual realizan la evacuación endouterina: el primero es la aspiración manual endouterina (AMEU) en el cual consiste en la introducción de una cánula unida a un fuente de vacío a la cavidad uterina con la posterior aspiración de los restos ovulares, siendo utilizado para gestaciones menor de 12 semanas; segundo es el legrado uterino que mediante la dilatación del cérvix y el raspado se extrae el tejido endometrial el cual es utilizado para gestaciones mayores de 12 semanas y por último el tratamiento farmacológico.

Entonces, al respecto sobre el aborto como factor de riesgo de PP, a pesar de que aún se desconoce el mecanismo de cómo actúa este factor, se postula que podría deberse al daño y a las cicatrices que deja tanto en el endometrio como en el miometrio que generan su baja implantación, por otro lado, consideran que es debido al impedimento que existe en la regeneración de la capa endometrial sobre todo en zonas de cavidad uterina provocando alteraciones en el grosor y la calidad endometrial.

La literatura refiere que la implantación anormal de la placenta se encuentra condicionada por lesiones en el endometrio y/o miometrio, lo que conlleva a cambios de la irrigación de la zona placentaria como lo son los procesos de cicatrización, procesos inflamatorios y estados atróficos endouterinos que condicionan a una alteración en la forma y contorno de la cavidad uterina tras una historia de abortos previos. Así mismo, se ha evidenciado en algunos estudios, tal como lo menciona Oscona, A., que al menos tener un legrado por aborto incompleto incrementa el riesgo, siendo este factor encontrado hasta en un 40.7%, por tanto uno de los más frecuentes presentados en PP.

2.2. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.2.1. Internacionales

En un estudio realizado por Lubna L, y col. en Pakistan (2015), cuyo título fue “Associated Risk Factors of Placenta Previa: A matched case control study”, analizaron acerca de los factores que se encuentran asociados a PP, el cual lo desarrollaron en un enfoque analítico de caso-control, teniendo una muestra de 30 casos con diagnóstico confirmado por ecografía y 60 controles en las que se evaluaron antecedentes médicos, ginecológicos y obstétricos. En cuanto a los resultados que se hallaron se destaca al aborto involuntario con un OR:5 con una significancia $p < 0.001$, el antecedente de legrado con un OR: 3.4, seguido de otros factores como la edad materna >35 años (OR:4), el antecedente de PP con un OR:19 y cesárea previa (OR:2.8), siendo factores significativos con un $p < 0.05$. Concluyéndose que los factores ya mencionados se encuentran asociados a PP y para minimizar la prevalencia de PP se deben realizarse controles prenatales regularmente, de tal forma que también se evitarían las complicaciones de PP.

Así mismo, en la India, Rajeshwari R y col. (2016) realizaron un artículo denominado: “Maternal and perinatal outcome in placenta previa - one year study in tertiary care center”; en el cual investigaron acerca de los factores obstétricos en

PP, siguiendo un diseño descriptivo-retrospectivo lograron obtener 134 casos encontrándose una edad materna más frecuente entre las edades de 20 a 29 años (79.85%) y una multiparidad de 63%. Por otro lado, el antecedente de aborto estuvo presente con un 24.6% como uno de los factores obstétricos principales seguido de la cesárea previa con un 39%; además se encontró que la complicación más frecuente fue la histerectomía con un 12.68% y la prematuridad en un 63,6%. En tal sentido, los autores concluyeron que las pacientes al provenir de zonas rurales y con bajos estándares educativos desconocían la importancia de los controles prenatales, segundo que la morbi-mortalidad materna y perinatal por PP es prevenible para lo cual sugieren reducir el tamaño de la familia, utilizar de forma rutinaria el USG en el embarazo y realizar la derivación temprana de embarazadas que presenten PP a centros de atención terciario.

Por su parte Thakkar,J y col. (2018) en su investigación también realizada en la India sobre: “Study of fetomaternal outcome in cases of placenta previa”; optaron por un enfoque descriptivo con la finalidad de determinar los factores de riesgo y el resultado materno-fetal en las pacientes con PP. Para ello trabajaron con una muestra de 107 casos de PP en un periodo de dos años, en los que se encontró que el antecedente de aborto estuvo presente en un 14.9%, entre otros factores que se encontraron fueron la edad materna avanzada (92%) y la multiparidad (85%). Posteriormente, entre los resultados maternosfetales, el término de la gestación más frecuente fue por cesárea con un 94%(101) de los cuales un 25 RN ingresaron al UCIN; además de un 46% de las gestantes requirieron transfusión sanguínea. Por todo lo anterior, los factores encontrados en esta investigación fueron abortos previos, edad materna avanzada y la multiparidad, sin embargo los autores también refieren que a pesar de haber una mejora en la atención obstétrica, la gestante

puede llegar a desarrollar un sangrado severo y que los RN pueden presentar mayor riesgo de parto prematuro y un mayor ingreso a la UCIN.

También, Hafeez M y col (2014) en su estudio de tipo observacional – retrospectivo realizado en Pakistan, investigaron a cerca de la “Placenta Previa; Prevalence, Risk Factor and Outcome” con el propósito de conocer la prevalencia, factores de riesgo obstétricos y complicaciones feto-maternos el cual abarcaron un periodo de tres años (2010-2013). Se llegó a reunir 37 casos con placenta previa obteniéndose una prevalencia de 1.54%. Así mismo, se destaca el antecedente de aborto (18.91%), a la multiparidad y la cesarea anterior (48%). En relación a las complicaciones maternas se encontró que la más frecuente fue la hemorragia post parto (40.5%) seguida de la histerectomía con un 18.9%. La complicación neonatal más común fue la prematuridad (64.86%), el bajo peso al nacer (37.83%). Finalmente, se concluye que la prevalencia de PP está aumentando y que las mujeres con factor de riesgo identificable deben ser evaluadas para placenta previa a fin de prevenir la morbilidad y mortalidad asociada a esta condición.

En Ecuador, Torres M. (2016) desarrolló una tesis titulada “Placenta previa: factores predisponentes y pronóstico en el hospital Ginecoobstétrico Enrique C. Sotomayor en el 2015”, el cual tuvo un enfoque descriptivo-retrospectivo donde se llegaron a revisar 128 historias clínicas, siendo así que entre los antecedentes ginecoobstétricos se evidenció que el antecedente de aborto estuvo presente en un 34%, entre otros factores como la cesárea y multiparidad con un 42% y 87% respectivamente. Además, se detectó una edad materna de mayor frecuencia en el grupo etario de 20-35 años. En líneas generales este trabajo muestra a los principales factores previamente mencionados para PP y que pueden ser utilizados como marcadores diagnósticos permitiendo la detección oportuna de PP y así obtener un mejor pronóstico.

2.2.2. Nacionales

A nivel nacional, Quispelazo R. (2019) desarrolló una tesis con un enfoque analítico de casos-controles acerca de la “Incidencia y factores de riesgo asociados a PP en pacientes hospitalizadas en el servicio de obstetricia en el HNHU-2018”; el cual contó con una muestra de 173 pacientes (58 casos/115 controles) de los cuales entre los factores que más resaltaron y mostraron ser estadísticamente significativos fueron el antecedente de aborto con un OR de 3.4 [IC del 95%: 1.7-6.7], seguido de AMEU y/o legrado con un OR de 3.3 [IC del 95%: 1.6-6.8], la multiparidad con un OR de 3.6 [IC del 95%: 1.8-7.9], el PIC con un OR de 3.2 [IC del 95%: 1.1-8.9], el antecedente de PP con un OR de 5.9 [IC del 95%: 1.5-23.4]. En cuanto a los factores sociodemográficos (grado de instrucción, edad, estado civil) y los factores no relacionados a patología obstétrica (IMC, anemia) no estuvieron asociados a PP.

Así mismo, Bollet Sheron (2015), en su trabajo de “Estudio ecográfico de la placenta previa en gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega en el 2014”, tuvieron como objetivo conocer las clases de placenta previa que se registraron en el estudio ecográfico en una muestra conformada por 40 gestantes, el cual el que más predominó fue el tipo de PP parcial (35%). Por otro lado, también describieron características obstétricas de las cuales destacan en un 42.5% al antecedente de aborto dentro del cual el 17.5% correspondía a un aborto, el 12.5% a dos abortos, 7.5% a tres abortos y el 5% de cuatro a más abortos. A la conclusión que se llegó fue que una forma más oportuna para diagnosticar PP es mediante una ecografía obstétrica, además de que conforme aumenta la cantidad de antecedente de aborto aumenta la incidencia de PP.

En un estudio descriptivo-retrospectivo realizado por Munive L. (2019), titulado la “Características de las gestantes con diagnóstico de placenta previa atendidas en

el Hospital Regional de Huancavelica Zacarias Correa Valdivia 2017”, en cual se investigaron acerca de las características sociales y biomédicas en gestantes con PP en el tiempo en el lugar previamente descrito, donde la población de estudio estuvo conformada por 32 gestantes con PP , de las cuales una mayoría procedían de zona rural (68.8%) y presentaban un adecuado número de controles prenatales (62.5%). Entonces en cuantos a sus características biomédicas un 31, 3% presentaron el antecedente de aborto, es decir un tercio de la población estudiada, con una edad frecuente de menor de 34 años, predominando la multiparidad.

Álvarez, I. y Quispe, Y. (2015) en su estudio de tipo correlacional acerca de los “Factores que influyen en la ocurrencia de placenta previa atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano”, el cual tuvieron como propósito de determinar los factores de riesgo de PP; para ello contó con una muestra conformada por 42 casos obteniendo los siguientes resultados: entre los factores obstétricos el predominó fue el antecedente de aborto con un 51%; así también en los factores maternos la multiparidad obtuvo un 83% seguido de una edad >35 años alrededor del 77% y como factor de embarazo actual fue el periodo intergenésico entre 2-4años con un 45% seguido de un periodo <2 años con un 38%; por otro lado el antecedente de cesárea también estuvo presente en el 37% de los casos. La conclusión fue de que tanto los factores obstétricos (antec. aborto y cesárea), los factores maternos (edad >35 años, hábitos nocivos y la multiparidad) y los fact. de embarazo actual(tamaño de grande de placenta y el P.Intergenésico) pueden influir en desarrollo de PP .

2.3. HIPOTESIS

2.3.1. Hipótesis general

Hipótesis de investigación (Hi)

El aborto es un factor de riesgo para Placenta Previa en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022.

Hipótesis nula (Ho)

El aborto no es un factor de riesgo para Placenta Previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022.

2.3.2. Hipótesis específica

- **Hipótesis de investigación (Hi):** Existe relación con el número de abortos con Placenta Previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022.
- **Hipótesis nula (ho):** No existe relación con el número de abortos con Placenta Previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022.

2.4. MARCO CONCEPTUAL

- **Edad materna avanzada:** Son los extremos de la vida de mujeres en edad fértiles, siendo definida por la Federación Internacional de Ginecología mujeres ≥ 35 años que cursan con un embarazo.
- **Placenta previa:** Referido a la implantación de la placenta en el segmento inferior del útero o el cubrimiento o la proximidad de la placenta al OCI, después de las 22 semanas gestacional .
- **Aborto:** Se refiere a la interrupción del embarazo, independientemente de que sea espontaneo o provocado, antes de las 22 semanas con un peso fetal $<500\text{gr}$; es decir antes de que el feto sea viable.
- **Aborto espontáneo:** Es aquel proceso de aborto en el cual no presenta ninguna intervención por parte de la gestante o por terceros, es decir, se da de manera natural e involuntaria.
- **Aborto inducido:** Es el resultado de procedimientos realizados de manera voluntaria o provocada por la misma gestante o por alguna otra persona para la interrupción de la gestación antes de la viabilidad fetal generando su expulsión.

2.5. VARIABLES

Variable Dependiente: Placenta Previa

Variable Independiente: Aborto

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Placenta previa:** Gestante con diagnóstico clínico o ecográfico de placenta previa en el II y/o III trimestre.
- **Antecedente de Aborto:** Presencia de aborto en gestaciones anteriores aun así sea espontáneo o provocado que se encuentre consignados en la historia clínica perinatal.
- **Número de Aborto:** Cantidad de abortos descritos en la historia clínica, considerándose como uno, dos y más de tres abortos.
- **Edad:** Años cumplidos de la paciente consignada en la historia clínica, estando dividido en tres grupos las cuales serán menores de 20 años, entre las que tuvieron 20 a 35 años y las mayores de 35 años.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLOGICO

El diseño de la presente investigación será cuantitativo.

3.1.1. Nivel de investigación

Nivel Correlacional, puesto a que estuvo orientado a buscar la asociación entre las variables de aborto y placenta previa.

3.1.2. Tipo de investigación

El estudio es de tipo observacional, porque sólo se midieron las variables de estudio sin realizar una intervención, ya que la información solo fue extraída de las historias clínicas de las pacientes que fueron diagnosticadas de placenta previa durante el año 2018.

Analítico debido a que se buscó la asociación entre las variables, de Casos y controles debido a que se tomó una población expuesta y no expuesta basado en las historias clínicas buscando la asociación entre las variables.

Retrospectivo debido a que la recolección de datos es en bases a las historias clínicas de las gestantes en el año 2022 que estén completas y legibles.

Transversal debido a que se recolectó los datos en un solo corte en el tiempo.

3.2. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos que se obtenidos fueron recolectados por medio de la “ficha de recolección de datos” de cada historia clínica siendo procesados a través del programa de SPSS v25, que nos permitió elaborar una base de datos sobre las pacientes que entraron al estudio.

3.3. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

A partir de la base de datos en el programa SPSS v25 se procedió a realizar el análisis descriptivo donde se emplearon tablas simples o de doble entrada en el cual fueron distribuidas las frecuencias con sus valores absoluto y relativos, se realizó un análisis

inferencial mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado y el OR con un IC del 95% para establecer la magnitud de la asociación entre las variables ($p < 0.05$).

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente estudio la técnica que se empleó fue el Análisis Documental y el instrumento se utilizó fue la “Ficha de recolección de datos”, dicha ficha fue creada en base a las variables de estudio; los datos recolectados fueron obtenidos mediante de las historias clínicas de las gestantes que presentaron Placenta previa y de las gestantes controles de acuerdo a los criterios de selección, de las cuales fueron seleccionadas de la base de datos del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022.

El instrumento estuvo validado por un juicio de expertos, el cual fue medido a través del informe de opinión de expertos, médicos gineco-obstetras con grados académicos y con estudios de investigación en el tema.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Para obtener la información inicialmente se cumplieron con los procesos administrativos, solicitándose el permiso para utilizar información de las historias clínicas del hospital a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación y al Director del Hospital; en el cual también fue evaluado por el Comité de Ética del Hospital Regional de Ica.

Por lo tanto, el proyecto de tesis es considerado ético ya que sólo se recolectaron datos registrados en la historia clínica mediante el instrumento validado por el juicio de expertos que no fueron modificados y fueron tomados de manera confidencial respetando la integridad de la persona, de forma que se cumplieron con los principios éticos básicos de la Declaración de Helsinki y del Reporte de Belmont.

3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población estuvo conformada por todas las gestantes, es decir por 14596 gestantes, que ingresaron al servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022.

CASOS

Criterios de inclusión

- Gestante diagnosticada de placenta previa que fue atendida en el Hospital Regional de Ica (HMA) en el año 2022.
- Gestante diagnosticada de PP y que cuente con ecografía obstétrica en el II y/o III trimestre de embarazo que fue atendida en el HMA en el año 2022.

Criterios de exclusión

- Gestantes con diagnóstico de PP en el primer trimestre de embarazo que fue atendida en el HMA en el año 2022
- Gestante diagnosticada de placenta previa que no ha sido atendida en el HMA en el año 2022.
- Gestante diagnosticada de placenta previa con historias clínicas incompletas o extraviada.

CONTROLES

Criterios de inclusión

- Pacientes sin diagnóstico de placenta previa atendidas en el HMA en el año 2022.
- Gestante que curse el II y/o III trimestre de embarazo

Criterios de exclusión

- Gestante que se encuentre en primer trimestre de embarazo Gestante con los datos en la historia clínica incompleta.

- Gestante atendida en otra institución

MUESTRA:

CASOS

Para fines de este estudio, se trabajó con todas las gestantes con placenta previa que se atendieron en el Hospital Regional de Ica en el año 2022 (64 casos).

CONTROLES

Fueron el doble de la cantidad de los casos, es decir con 128 controles, que cumplieron con los criterios de selección para controles.

MUESTREO: No probabilístico por conveniencia tanto como para los casos y controles de acuerdo a los criterios de inclusión, siendo una relación 1:2.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. DISCUSIÓN

Una de las complicaciones más frecuentes que se presenta durante la gestación es la Placenta Previa, que conforma el grupo de enfermedades que ocasionan hemorragia en el segundo trimestre de gestación siendo esta causa frecuente de muerte materna en el Perú. Tomando en cuenta el incremento de tasas de aborto en los países en vías de desarrollo es donde radica la importancia de este factor y que de acuerdo a la literatura se ha descrito al aborto como un factor de riesgo para Placenta Previa, entre los estudios que lo respaldan fueron reos en los antecedentes bibliográficos.

Según los resultados obtenidos por este estudio, se encontró una asociación entre las variables aborto y placenta previa teniendo un OR de 2.709 con un [IC 95% 1.462-5.020; $p < 0.05$], es decir que presentar aborto el riesgo se incrementa 2.7 veces más la probabilidad para desarrollar placenta previa. Similar resultado se encontró en la investigación realizada por Quispelajo R. con un OR de 3.4 [IC del 95%: 1.7-6.7; $p < 0.05$]. En el mismo sentido, Lubna y col. refieren que las gestantes que presentan aborto como antecedente el riesgo se eleva a cinco veces más para desarrollar placenta previa pues su manejo quirúrgico predispone a un daño en el endometrio y en la cavidad uterina.

Asimismo, al analizar la relación el número de aborto y placenta previa, se obtuvo que el tener solo un aborto no representa tener asociación significativa [OR: 1.491; IC 95% 0.785 – 2.832; $p > 0.05$], a diferencia del presentar dos abortos a más el cual si fue significativo teniendo un OR de 4.200 con un [IC 95% 1.658 – 10.636; $p < 0.05$]. A comparación, los datos obtenidos por Karami M. y Jenabi E. muestra que un aborto representa un riesgo de 1.6 [IC 95% 1.3 – 1.8 $p < 0.05$] y un OR de 2.3 [IC 95% 1.8 – 3.0 $p < 0.05$] al presentar dos abortos a más lo cual predispone que el riesgo aumente conforme el creciente número de aborto haciendo que las cicatrices que quedan en el útero impidan una implantación

exitosa de la placenta⁶. Actualmente en Latinoamérica, no existen estudios analíticos relacionados al número de aborto con placenta previa.

Dentro del análisis, entre las gestantes con placenta previa que tuvieron el antecedente de aborto, se detectó que el tipo de placenta previa total fue la más frecuente con un 56.8%. Nuestro resultado concuerda con el estudio de Arizapana Z. en el cual la placenta previa Total presentó un mayor porcentaje obteniendo un 47.2%. A diferencia con los resultados de un estudio descriptivo realizado por Bollet S. donde la más frecuente fue la placenta previa parcial con un 35%.

Respecto de la edad materna, de acuerdo con los resultado de este trabajo, en cuanto a los casos se observó que fue más frecuente entre el rango de edad entre los 20 a 35 años con un 70.3%. Nuestro resultado difiere por lo descrito en la literatura en el cual hace referencia que la edad materna mayor de 35 años es la más frecuente, como tal lo refiere en las investigaciones realizadas por Alvarez y Quispe Y. con un 77% y el de Thakkar y col con un 92% de los casos. Por otro lado, en concordancia con nuestro resultado, Rajeswari y col. mencionan que un 79.85% de gestantes con placenta previa se presentó entre las menores de 35 años, siendo así que a pesar de ser un rango de edad adecuado para llevar una gestación puede presentar este tipo de complicaciones como es la placenta previa.

4.2. RESULTADOS

Tabla N° 01:

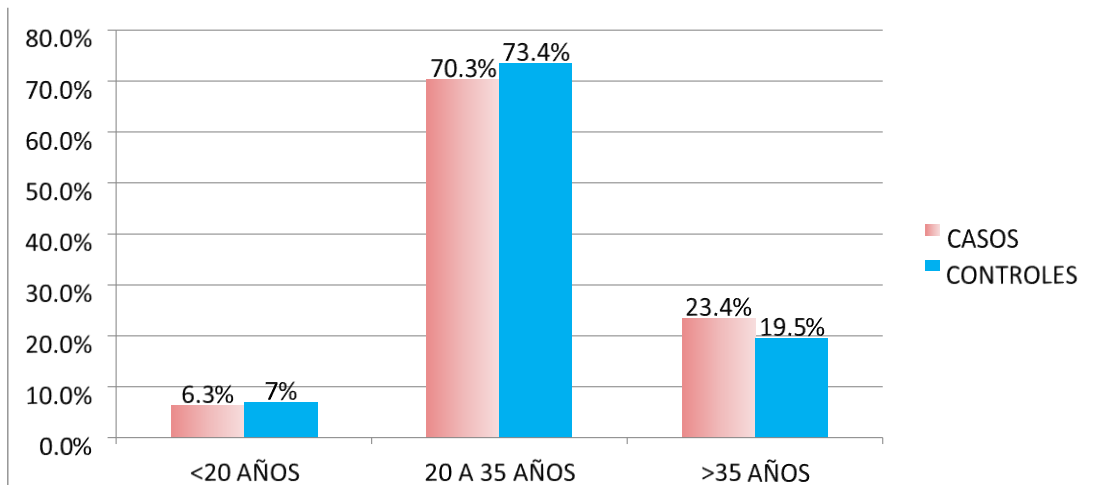
Edad materna de las pacientes con placenta previa del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022

PLACENTA PREVIA				
EDAD MATERNA	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<20 AÑOS	4	6.3%	9	7%
20 A 35 AÑOS	45	70.3%	94	73.4%
>35 AÑOS	15	23.4%	25	19.5%
TOTAL	64	100%	128	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos – 2018

Gráfico N° 01:

Edad materna de las pacientes con placenta previa del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022



Fuente: Ficha de recolección de datos – 2018

INTERPRETACIÓN

Con respecto a la tabla N° 01 sobre la edad materna, se puede observar que entre las gestantes que presentaron placenta previa con mayor frecuencia fue en el grupo etario de 20 a 35 años con un 70.3% seguido de las que refirieron tener mayor de 35 años con un 23.4% y finalmente con un 6.3% las gestantes menores de 20 años. Por otro lado, entre las gestantes controles el grupo etario más frecuente fue el de 20 a 35 años con un 73.4%, seguido el de mayor de 35 años con un 19.5% y por último las de menores de 20 años con un 7%.

Tabla N°02:

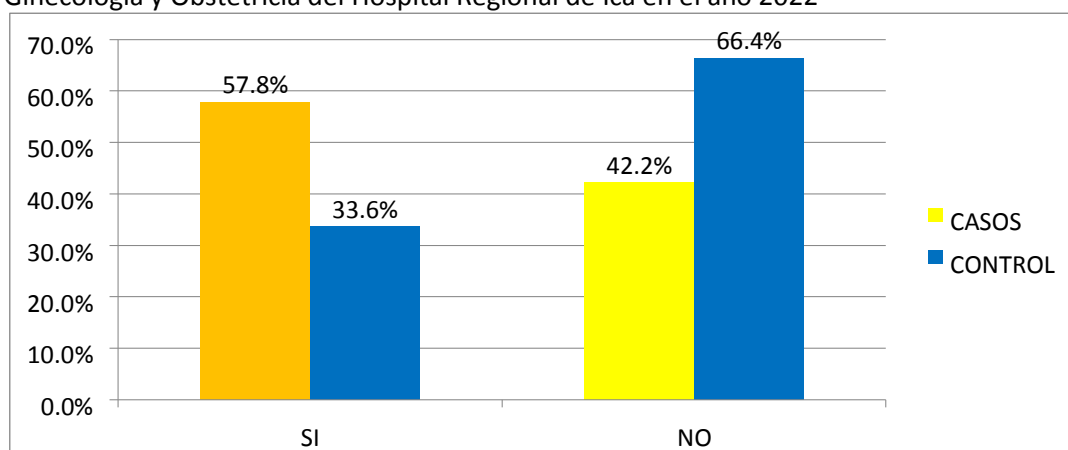
El aborto como factor de riesgo para placenta previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022

ABORTO	PLACENTA PREVIA				TOTAL		X ² (p valor)	OR	IC 95%
	CASOS		CONTROLES		N	%			
	N	%	N	%	N	%			
SI	37	57.8%	43	33.6%	80	41.7%			
NO	27	42.2%	85	66.4%	112	58.3%	10.296 (0.001)	2.709	1.462-5.020
TOTAL	64	100%	128	100%	192	100%			

Fuente: Ficha de recolección de datos – 2018

Gráfico N°02:

El aborto como factor de riesgo para placenta previa en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022



Fuente: Ficha de recolección de datos – 2018

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a la tabla N°02, se observa que el antecedente de aborto se encuentra presente en un 41.7% del total de las pacientes en estudio, siendo así que entre las gestantes que tuvieron Placenta Previa se muestra que un 57.8% presentaron tener en antecedente de aborto, por otro lado entre los controles representó un 33.6%

Al realizar la prueba no paramétrica de chi cuadrado, se obtiene un valor de $p=0.001$ ($p<0.05$), siendo estadísticamente significativo. Con respecto a la medida de asociación presenta un OR de 2.709 [IC 95% 1.462-5.020], es decir el riesgo que presente aborto incrementa a 2.7 veces más para desarrollar placenta previa. Por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna ya que entre el aborto y la placenta previa si hay asociación significativa.

Tabla N° 03:

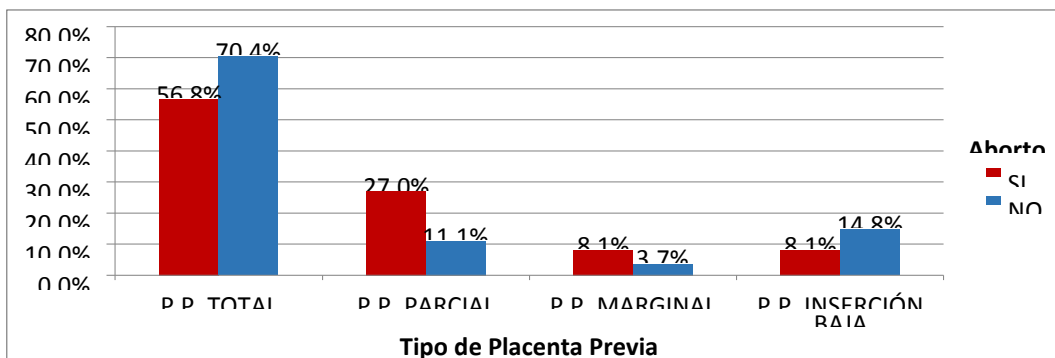
El antecedente de aborto según tipo de Placenta Previa en las pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022

TIPO DE PLACENTA PREVIA	ANTECEDENTE DE ABORTO					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PLACENTA TOTAL	21	56.8%	19	70.4%	40	62.5%
PLACENTA PREVIA PARCIAL	10	27%	3	11.1%	13	20.3%
PLACENTA PREVIA MARGINAL	3	8.1%	1	3.7%	4	6.3%
PLACENTA PREVIA INSERCIÓN BAJA	3	8.1%	4	14.8%	7	10.9%
TOTAL	37	100%	27	100%	64	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos –2018

Gráfico N° 03:

El antecedente de aborto según tipo de Placenta Previa en las pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022



Fuente: Ficha de recolección de datos – 2018

INTERPRETACIÓN:

Según la Tabla N° 03, se puede apreciar que de las 64 gestantes con Placenta Previa sólo 37 refirieron tener antecedente de aborto, de las cuales se observa que entre los cuatro tipos de placenta previa la que se presenta con mayor frecuencia este factor es el de tipo de PP Total con un 56.8%, seguido por el tipo de PP Parcial con un 27% y finalmente los tipos de PP marginal e inserción baja con un 8.1% cada uno. En cuanto a los que no tuvieron el antecedente de aborto un 70.4 % tenían el tipo de PP Total y el menos frecuente fue el tipo de PP marginal con un 3.7%.

Tabla N°04:

Relación entre el número de abortos con Placenta Previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022

NUMERO DE ABORTO		PLACENTA PREVIA				TOTAL		X ² (p valor)	OR	IC 95%
		CASOS		CONTROLES		N	%			
		N	%	N	%					
UN ABORTO	SI	23	35.9%	35	27.3%	58	30.2%	1.495 (0.222)	1.491	0.785 – 2.832
	NO	41	64.1%	93	72.7%	134	69.8%			
≥2 ABORTOS	SI	14	21.9%	8	6.3%	50	26.1%	10.267 (0.001)	4.200	1.658 – 10.636
	NO	120	93.8%	120	93.8%	170	88.5%			
TOTAL		64	100%	128	100%	192	100%			

Fuente: Ficha de recolección de datos – 2018

INTERPRETACIÓN:

Con respecto al análisis de la variable de número de abortos, según la tabla N°04, se aprecia que entre los casos un 35.9% refirieron tener solo “un aborto” a diferencia de los controles que fue solo del 27.3%. Sin embargo al aplicar el chi cuadrado se obtiene un 1.495 con un $p > 0.05$ y un OR de 1.491 con un IC 95% [0.785 – 2.832], demostrándose una asociación no significativa.

En cuanto al presentar ≥ 2 abortos, observamos que entre las gestantes con placenta previa un 21.9% refirieron presentar mayor o igual de dos abortos a comparación de las gestantes controles que fue de un 6.3%. Entonces al realizar la prueba de chi cuadrado se obtiene un valor de 10.267 con un $p = 0.001$, por lo tanto se evidencia una significancia estadística. Al aplicar el OR se obtiene un valor de 4.200 con un IC 95% [1.658 – 10.636], eso quiere decir que presentar dos abortos a más incrementa el riesgo 4.2 veces más para desarrollar placenta previa.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. En este estudio se encontró que el aborto si es un factor de riesgo para placenta previa, es decir el aborto aumenta 2.7 veces la probabilidad de desarrollar placenta previa.
2. La edad materna más frecuente de las gestantes con placenta previa comprendía entre el grupo etario de 20 a 35 años.
3. En relación con el número aborto se demostró que tener solo un aborto no presenta asociación significativa ($p>0.05$). Sin embargo, al presentar dos abortos a más si estuvo asociado ($p<0.05$), el cual incrementaba a 4.2 veces la probabilidad a que desarrolle placenta previa.
4. Entre las gestantes con placenta previa que presentaron el antecedente de aborto el tipo más frecuente fue la Placenta previa total presentándose en un 56.8% de los casos.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que el personal de salud debe brindar educación sanitaria de calidad y hacer que conlleve a que las pacientes concienticen y fortalezcan su salud sexual, enfatizar acerca de los riesgos que conlleva el aborto, pues es una realidad en nuestro país que en los hospitales sea una de las principales causas de morbilidad de hospitalización.
2. Continuar con las investigaciones para aclarar los riesgos potenciales del aborto y de la placenta previa, considerando variables como el tipo de aborto, o abortos que hayan sido manejados con legrados y que hayan acabado en placenta previa, entre otros temas que se pueden desprender de este trabajo y pueda dar inicio a futuras investigaciones.

3. Se debe de hacer énfasis en programas como Planificación Familiar, el uso de métodos de anticonceptivos en sesiones educativas con el fin de evitar los embarazos no deseados que acaben en aborto.
4. Sensibilizar a la población acerca de placenta previa teniendo un mayor enfoque en mujeres menores de 35 años, educar sobre los factores de riesgo de esta patología, aclarando los signos/síntomas; ya que después de esa edad aumenta las complicaciones materno-fetales, todo ello con la finalidad de disminuir la morbilidad materna-perinatal.
5. Realizar un seguimiento más estricto en los controles prenatales, incluyendo la exploración ecográfica tomando en cuenta la ecografía correspondiente del segundo y del tercer trimestre que tiene como uno de sus objetivos diagnosticar anomalías de la localización de la placenta y llevar así un adecuado manejo por parte del personal de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolos asistenciales en obstetricia. Aborto Espontaneo. Sociedad Española de Ginecología y obstetricia (SEGO). Madrid, España. 2010. 207-224. [online]. [accessed 2019 Aug 09 Available from blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Aborto-espontaneo-1trimestre.pdf]
2. Cunningham, F; Leveno K; et al. Williams Obstetricia. 24 Ed. México DF. Mc Graw Hill Education. 2015
3. José Botella Llusíá. "La Placenta Fisiología y Patología". 1 Ed. España, Madrid. Ediciones Días de Santos, S.A. 1993 [online]. [accessed 2019 Aug 07 Available from https://books.google.com.pe/books?id=OYCa1Jq4BuYC&printsec=frontcover&dq=La+Placenta+Fisiología+y+Patología&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjSkr_O7KXkAhXNo1kKHd0CB6MQ6AEIjzAA#v=onepage&q=La%20Placenta%20Fisiología%20y%20Patología&f=false].
4. Lubna L, Usman J, Muhammad U. Associated Risk Factors of Placenta Previa A matched case control study. PJMHS [internet] 2015. 9(4) pp1344-1346 [accessed 2019 Aug 09 Available from https://www.researchgate.net/publication/298640837_Associated_risk_factors_of_placenta_previa_a_matched_case_control_study].
5. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico (Lima-Perú) 2016. Volumen 24. Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades [online]. [accessed 2019 Aug 12 Available from <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>].
6. Ávila Darcia S. et al. Generalities of placenta previa and placental accreta. Rev. de la Escuela de Medicina. 2016. 6 (3) [online]. [accessed 12 Aug 2019 Available from <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr2016/ucr163c.pdf>].
7. Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Departamento de Gineco Obstetricia. Hospital Regional de Ica. 2012, pp40-45

8. Taype Á, Merino N. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿Qué dicen los números?. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016, 33(4):829-30. [online]. [accessed 2019 Aug 09 Available from <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n4/a32v33n4.pdf>].
9. Hafeez M; et al. Placenta previa: Prevalence, Risk factor and outcome. *PJMHS*. 2014 8(1) p 208-211[online]. [accessed 2019 Aug 09 Available from <https://pdfs.semanticscholar.org/5df0/b4904fc2fe40aa1a67ee3478f424feb95457.pdf>].
10. Quispelajo R. "Incidencia y factores de riesgo asociados a placenta previa en paciente hospitalizadas del Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Hipolito Unanue, el Agustino 2018". [Tesis de Bachiller] Univ Nac.Federico Villarreal. 2019[online]. [accessed 2019 Aug 09 Available from <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2917>].
11. Guidolini MK, et al. Advanced maternal age and its association with placenta previa and placental abruption: a meta-analysis.*Cad. Saúde Pública* 2018; 34(2) [online]. [accessed 2019 Aug 07 Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000202001&lng=en&nrm=iso&tlng=es]
12. Charles MD, Karen Russo-Stieglitz. Placenta previa: Epidemiology, clinical characteristics, diagnosis, morbidity and mortality. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. [online]. [accessed 2019 Aug 09 Available from <https://www.uptodate.com>]
13. Steven G, et al. *Obstetrics: Embarazos normales y de riesgo*. España(Barcelona), 7ma edic., ELSEIVER.2017
14. Munive L. Características de las gestantes con diagnóstico de Placenta Previa en el hospital regional de Huancavelica. Tesis de segunda especialidad. Univ Nacional de Huancavelica. 2019. 99 pp [internet]. [accessed 2019 Aug 07 Available from <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2352/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRA-2019-MUNIVE%20LIMAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>].

15. Cabero R L. Declaration of the Bioethics Commission of the Spanish Society of Gynecology and Obstetrics on the legal interruption of pregnancy. *Prog Obst Ginecol* 2008; 52(1):67:8. . [online]. [accessed 2019 Aug 09 Available from <https://www.elsevier.es/es-revistaprogresos-obstetricia-ginecologia-151-linkresolver-declaracioncomision-bioetica-sociedad-espanola-S0304501309701475>]

16. Neville Hacker, et al. *Essential of obstetrics and gynecology*. 5 Ed. USA, Philadelphia. Edit Saunders ELSEVIER. 2010 [online]. [accessed 2019 Aug 12 Available from https://books.google.com.pe/books?id=FH_OCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Essential+of+obstetrics+and+gynecology&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiZwee776XkAhXDqFkKHeS4A9AQ6AEIKjAA#v=onepage&q=Essential%20of%20obstetrics%20and%20gynecology&f=false]

17. Ronald S. Gibbs, et al. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. 10 Ed. USA, Philadelphia. Edit. Lippincott Williams &Wilkins. 2008[online]. [accessed 2019 Aug 07 Available from <https://books.google.com.pe/books?id=v4krPhqFG8sC&printsec=frontcover&dq=Danforth%C2%B4s+Obstetrics+and+Gynecology&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiq7qrM7qXkAhWFzVkkHZDuD1kQ6AEIKTAA#v=onepage&q=Danforth%C2%B4s%20Obstetrics%20and%20Gynecology&f=false>]

18. Dashe JS. Toward consistent terminology of placental location. *Semin Perinatol* 37(5):375, 2013. . [online]. [accessed 2019 Aug 09 Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24176163>]

19. Acho Mego S. et al. Hemorrhage of the second half of pregnancy, in a national hospital in Lima *Rev Per Ginecol Obstet*. 2011; 57: 243-246 [online]. [accessed 2019 Aug 07 Available from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322011000400006&script=sci_abstract&tlng=en].

20. Karami M. y Jenabi E. Placenta previa after prior abortion: a meta analysis. *Biomed Res Ther.* [internet] 2017, 4(7) pp 1441-1450. [online]. [accessed 2019 Aug 12 Available from <http://www.bmrat.org/index.php/BMRAT/article/view/197>].
21. Bollet SZ, “Estudio por ecografía de la Placenta previa en embarazadas del Hosp. Guillermo Díaz de la Vega en Abancay 2014”. Tesis de Post grado. Univ. Nac. Hermilio Valdizan. 2015. 75pp[online]. [accessed 2019 Aug 09 Available from https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNHE_85cc05f4559cfd2544248cda49bb07f2].
22. Torres M. “Placenta previa: factores predisponentes y pronósttico en el hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo 2015” .[Tesis de Bachiller]. Universidad de Guayaquil.2016[online]. [accessed 2019 Aug 09 Available from <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/34320/1/CD%201393-%20TORRES%20MENENDEZ%20VERONICA%20JACQUELINE.pdf>]
23. Álvarez MI y Quispe MY. Factores que influyen en la ocurrencia de PP en pacientes atendidas en el hospital “Carlos Monge Medrano Juliaca. Setiembre a Diciembre 2015”. Tesis de Bachiller. Univ. Andina Nestor Cáceres Velásquez.2015. 102pp [online]. [accessed 2019 Aug 09 Available from <http://190.116.50.20/xmlui/handle/UANCV/163?show=full>].
24. Rajeshwari R. et al. Maternal and perinatal outcome in placenta previa. *Inter. Journal of Reproduc. Contracept, Obst-Gynecol*; 2016, vol 5(8) p 2819-2822. [online]. [accessed 2019 Aug 09 Available from <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/1492>].
25. Cresswell J, et al. Prevalencia de Placenta Previa por regiones del mundo: Una revision sistemática y metanálisis. *Rev. Trop Med Int Health* 2013; 18: p 712–724[online]. [accessed 2019 Aug 12 Available from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.12100>].
26. Segovia Vázquez MR. Parto por cesárea. *Fac. Cienc. Med (Asunción)*. 2015.48:1[online]. [accessed 2019 Aug 07 Available from <http://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/1383>].

27. Rivero P, Y; Gutiérrez V, N; et al. Factores epidemiológicos en relación con la PP: Hosp. "Abel Santamaría Cuadrado", abril entre el año 2006- 2007. Rev Medical Sciences. 2009; 13-(2): 185-194. [online]. [accessed 2019 Aug 07 Available from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-3942009000200019&script=sci_abstract]
28. Carrasco G, Di Pietrantonio E. Aborto: Guía de atención. Revista del Hosp. Materno Infantil Ramón Saradá [internet] 2008, 27(1) pp33-41[accesado 12 Aug 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/912/91227106.pdf>
29. Silver R. "Implantación anormal de la Placenta Previa, Vasa Previa, y Placenta Ácreta". Obstet Gynecol EE.UU 2015; 126:654-68 [online]. [accessed 2019 Aug 07 Available from https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Sep2015_Translation_Silver.pdf]
30. Yun Feng, et. al. Factores de riesgo: Placenta Previa completa versus incompleta en la mitad del embarazo. Current Medical Science 2018.38(4):597[online]. [accessed 2019 Aug 12 Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30128867>].
31. T. Murphy Goodwin, et al. Management of common problems in obstetrics and gynecology. 5 Ed. UK. Edit Wiley-Black Well. 2010[online]. [accessed 2019 Aug 12 Available from http://gynecology.sbm.ac.ir/uploads/4_659563529052881041.pdf]
32. Thakkar J y Thakkar S. Study of Fetomaternal outcome in cases of placenta previa. Evol Med DS [internet] 2018. Vol 7 pp2329-2332 [accessed 14 Aug 2019]. Disponible en: <https://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA542966837&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=22784748&p=H RCA&sw=w>

ANEXOS

ANEXO N°1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: ABORTO			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Antecedente de aborto	Si, No	Nominal	Ficha de Recolección de datos
Numero de aborto	0 : Ninguno 1 : un aborto ≥ 2 : dos a más abortos	Nominal	Ficha de Recolección de datos
Edad	<20 años 20-35 años >35 años	Intervalo	Ficha de Recolección de datos
VARIABLE DEPENDIENTE: PLACENTE PREVIA			
INDICADORES	ITEMS	ESCALA	INSTRUMENTO
Diagnóstico de Placenta Previa	Si, No	Nominal	Ficha de Recolección de datos
Tipo de Placenta Previa	Total Parcial Marginal Inserción Baja	Nominal	Ficha de Recolección de datos

ANEXO N°2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título: “El aborto como factor de riesgo para placenta previa en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022”

Autor: Zavaleta Astete, Zaira Ivon

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:

CASO () CONTROL ()

I. DATOS GENERALES

N° Ficha: _____

N° H.C.: _____

Edad : () <20 años

() 20-35 años

() >35 años

II. DATOS SOBRE ABORTO

Fórmula Obstétrica: G:... P:... .. Antecedente de Aborto: () Si () No	Número de abortos: () Ninguno () un aborto () ≥ a dos abortos
---	---

III. DATOS DE PLACENTA PREVIA

Placenta Previa: () Si () No	Tipos de placenta previa Total () Parcial () Marginal () Inserción Baja ()
--	---

ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES INDICADORES
<p>General:</p> <p>PG: ¿Es el aborto un factor de riesgo para placenta previa en pacientes atendidas en el Servicio de GinecoObstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022?</p> <p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Cuál es la relación entre el número de abortos con Placenta Previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022? PE 2: ¿En qué tipo de placenta previa se presenta con mayor frecuencia el antecedente de aborto en las pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-</p>	<p>General:</p> <p>OG: Determinar si el aborto es un factor de riesgo para placenta previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022.</p> <p>Específicos:</p> <p>OE 1: Establecer la relación entre el número de abortos con Placenta Previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica</p> <p>OE 2: Identificar el tipo de placenta previa que se presenta con mayor frecuencia el antecedente de aborto en las pacientes atendidas en el Servicio de</p>	<p>General:</p> <p>HG: El aborto es un factor de riesgo para Placenta Previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022.</p> <p>Específicos:</p> <p>HE 1: Existe relación con el número de abortos con Placenta Previa en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022.</p>	<p>Variable Independiente: Aborto</p> <p>Indicadores: Antecedente de aborto</p> <p>Número de aborto</p> <p>Edad</p> <p>Variable Dependiente: Placenta Previa</p> <p>Indicadores: Diagnóstico de Placenta Previa</p>

<p>Obstetricia del Hospital María en el año 2022?</p> <p>PE 3: ¿Cuál es la edad materna de las pacientes con placenta previa del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022?</p>	<p>Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2022</p> <p>OE 3: Identificar la edad materna de las pacientes con placenta previa del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2018</p>		
--	--	--	--

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA INSTRUMENTOS E
<p>Nivel: Correlacional</p> <p>Tipo Investigación: Observacional, analítico, retrospectivo, transversal y de caso y control</p>	<p>Población: La población estará conformada por todas las gestantes que ingresaron al servicio de Ginecología y obstetricia del N=14596</p> <p>CASOS</p> <p>Criterios de inclusión: Gestante diagnosticada de placenta previa que fue atendida en el Hospital Regional de Ica en el año 2022. Gestante diagnosticada de PP y que cuente con ecografía obstétrica en el II y/o III trimestre de embarazo que fue atendida en el Hospital Regional de Ica en el año 2022</p> <p>Criterios de exclusión: Gestantes con diagnóstico de PP en el primer trimestre de embarazo que fue atendida en el Hospital Regional de Ica en el año 2022 Gestante diagnosticada de placenta previa que no ha sido atendida en el Hospital Regional de Ica en el año 2022. Gestante diagnosticada de placenta previa con historias clínicas incompletas o extraviada.</p>	<p>Técnica: Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Ficha de Recolección de datos</p>
	<p>CONTROLES</p> <p>Criterios de inclusión Pacientes sin diagnóstico de placenta previa atendidas en el Hospital Regional de Ica en el año 2022. Gestante que curse el II y/o III trimestre de embarazo</p> <p>Criterios de exclusión Gestante que se encuentre en primer trimestre de embarazo Gestante con los datos en la historia clínica incompleta. Gestante atendida en otra institución</p> <p>Muestra: Casos: Para fines de este estudio, se trabajó con todas las gestantes con placenta previa que se atendieron en</p>	

	<p>el Hospital Regional de Ica en el año 2022. N= 64</p> <p>Control: Serán el doble de la cantidad de los casos y que cumplan los criterios de selección para controles.</p> <p>N=128</p> <p>Muestreo: No probabilístico</p>	
--	--	--

"CORRELACION DE ANTECEDENTE DE ABORTO CON LA INCIDENCIA DE PLACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022"

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	3%
2	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	1library.co Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	1%