UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Creada por Ley N°. 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

Características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el hospital de apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD HUMANA

PRESENTADO POR:

CELINDA MOREYRA QUISPE
MONICA TORRES TUEROS

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

HUANCAVELICA, PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a las 17:05 horas del día 30 de enero del año dos mil veinticinco, nos reunimos los miembros del Jurado Evaluador, designado con Resolución N°543-2024-D-FCS-R-UNH, de fecha 18 de noviembre del 2024, conformado de la siguiente manera:

Presidente : Dr. LEONARDO LEYVA YATACO
https://orcid.org/0000-0003-2236-5062
DNI N°: 09410828

Secretario : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
https://orcid.org/0000-0003-1544-8863
DNI N°: 42145123

Vocal : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
https://orcid.org/0000-0002-1903-1355
DNI N°: 20108555

Con la finalidad de llevar a cabo el acto académico de sustentación de la tesis de segunda especialidad en emergencias y alto riesgo obstétrico titulada: **CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON PLACENTA PREVIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE JESÚS NAZARENO, AYACUCHO DURANTE 2020-2022,** aprobada mediante Resolución N°021-2025-D-FCS-R-UNH, donde se fija fecha y hora para el mencionado acto.

Sustentante(s):
MOREYRA QUISPE, CELINDA
DNI N°: 70055436
TORRES TUEROS, MONICA
DNI N°: 71110499

Asesor:
Dra. CLARIS JHOVANA PÉREZ VENEGAS
https://orcid.org/0000-0002-9114-3538
DNI N°: 80078866

Concluida la sustentación de forma presencial, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a la sustentante que se procede a deliberar sobre los resultados de la sustentación de la tesis; llegando al calificativo de: **APROBADO** por MAYORIA.

Para constancia se expide la presente Acta, en la ciudad de Huancavelica a los treinta días del mes de enero del 2025.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. Leonardo Leyva Yataco
Docente Asociado
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre
DOCENTE
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE
VOCAL

turnitin

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Por medio del presente y de acuerdo al siguiente detalle:

- Trabajo de investigación, titulado:
  "CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES CON PLACENTA PREVIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE JESUS NAZARENO, AYACUCHO DURANTE 2020-2022."
- Presentado por:
  TORRES TUEROS, MONICA
- Docente asesor (a):
  PEREZ VENEGAS, CLARIS JHOVANA
- Para obtener:
  TÍTULO DE ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

La Unidad de Promoción, Difusión y Repositorio, **certifica que es un trabajo de investigación original,** se encuentra dentro del porcentaje permitido de coincidencia por la Universidad Nacional de Huancavelica.
Por tanto, en cumplimiento del Art.4° del Reglamento del Software Anti plagio de la Universidad Nacional de Huancavelica, se dictamina que el trabajo de investigación fue analizado por el software anti plagio **TURNITIN** (realizado por el docente Asesor), se expide el presente.

ORIGINALIDAD	SIMILITUD
72%	28%

El Certificado se expide el 20 de enero de 2025.

Firmado digitalmente por ESPINOZA QUISPE Carlos Enrique FAU 20168014962 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21.01.2025 16:21:03 -05:00

Verificar la autenticidad del presente documento en el siguiente QR.

TSE: 00149 - 2025

turnitin

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Por medio del presente y de acuerdo al siguiente detalle:

- Trabajo de investigación, titulado:
  "CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES CON PLACENTA PREVIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE JESUS NAZARENO, AYACUCHO DURANTE 2020-2022."
- Presentado por:
  MOREYRA QUISPE, CELINDA
- Docente asesor (a):
  PEREZ VENEGAS, CLARIS JHOVANA
- Para obtener:
  TÍTULO DE ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

La Unidad de Promoción, Difusión y Repositorio, **certifica que es un trabajo de investigación original,** se encuentra dentro del porcentaje permitido de coincidencia por la Universidad Nacional de Huancavelica.
Por tanto, en cumplimiento del Art.4° del Reglamento del Software Anti plagio de la Universidad Nacional de Huancavelica, se dictamina que el trabajo de investigación fue analizado por el software anti plagio **TURNITIN** (realizado por el docente Asesor), se expide el presente.

ORIGINALIDAD	SIMILITUD
72%	28%

El Certificado se expide el 20 de enero de 2025.

Firmado digitalmente por ESPINOZA QUISPE Carlos Enrique FAU 20168014962 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22.01.2025 09:26:13 -05:00

Verificar la autenticidad del presente documento en el siguiente QR.

TSE: 00152 - 2025

TÍTULO

Características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el hospital de apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022.

AUTOR

CELINDA MOREYRA QUISPE

MÓNICA TORRES TUEROS

ASESOR

Dra. CLARIS JHOVANA PEREZ VENEGAS

ORCID: Https://ORCID.ORG/0000-0002-9114-3538

DNI: 80078866

DEDICATORIA

A mi Padre Zósimo Moreyra Cervantes y a mi madre Olga Quispe Castro por su cariño, amor y sobre todo por su constante apoyo para lograr mis metas, sueños y anhelos y por brindarme fortaleza en todo momento.

CELINDA

A mis queridos padres Marcelino Torres Palomino, Julia Tueros Bellido Y a mi Hija Korayma por su apoyo en la culminación de mi segunda especialidad

MÓNICA

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Huancavelica y al Programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud.

A nuestra asesora, Dra. Claris Jhovana Pérez Venegas por su gran apoyo brindado en el desarrollo del trabajo.

A las autoridades del Hospital de Apoyo de Jesus de Nazareno – Ayacucho, por las facilidades brindadas en la ejecución del presente estudio.

INDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN ii
CERTIFICADO DE SIMILITUD iii
TÍTULO v
AUTOR vi
ASESOR vii
DEDICATORIA viii
AGRADECIMIENTO ix
INDICE x
INDICE DE TABLAS xii
RESUMEN xiii
ABSTRACT xiv
INTRODUCCION xv
CAPÍTULO I 16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 16
1.1. Descripción del problema 16
1.2. Formulación del problema 19
1.3. Objetivos 19
1.4. Justificación 20
CAPÍTULO II 21
MARCO TEÓRICO 21
2.1. Antecedentes 21
2.2. Bases teóricas 33
2.3. Definición de términos 41
2.4. Variables: 42
2.5. Operacionalización de variable 43
CAPÍTULO III 45
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 45
3.1. Ámbito temporal y espacial 45
3.2. Tipo de investigación 45

3.3. Nivel de investigación 45
3.4. Métodos de investigación: 46
3.5. Población, muestra y muestreo 46
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 47
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos 47
CAPÍTULO IV 48
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS 48
4.1. Análisis de información 48
4.2. Discusión de los resultados 52
CONCLUSIONES 55
RECOMENDACIONES 56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 57
ANEXOS 64
ANEXO: INSTRUMENTO 65
ANEXO: MATRIZ DE CONSISTENCIA 67
BASE DE DATOS 69
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS 71

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Características sociodemográficas de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. 48

Tabla N°2. Características obstétricas de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. 50

Tabla N°3. Complicaciones de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. 51

RESUMEN

Esta investigación tuvo el **Objetivo:** Determinar las características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el hospital de apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022. **Metodología:** Observacional. retrospectivo, descriptivo de corte, transversal; nivel y diseño descriptivo. **Resultados:** Respecto a las características sociodemográficas se encontró que 48% tuvieron edades de 19 a 34 años, 54% son de procedencia urbana, 60% son convivientes, 48% tienen secundaria, 60% son amas de casa. En cuanto a las características obstétricas, 74% fueron multíparas, 56% diagnosticadas en una edad gestacional pretérmino, 46% tuvo de uno a dos abortos, 54% tuvieron de uno a dos cesáreas previas, 62% tuvo un parto por cesárea. Con respecto a las complicaciones, 37% tuvieron placenta previa de tipo IV, 65% tuvo una perdida sanguínea < a 1000 ml, 8% tuvo óbito fetal. **Conclusión:** las características de las gestantes con placenta previa fueron edad de 19 a 34 años, ser de zona urbana, convivientes, con secundaria completa, amas de casa, ser multíparas, diagnosticadas en una edad gestacional pretérmino, con antecedentes de uno a dos abortos, antecedentes de uno a dos cesáreas, parto por cesárea, con placenta previa de tipo IV, perdida sanguínea < 1000 ml y tuvieron óbito fetal.

Palabras clave: Placenta previa, gestante, características

ABSTRACT

This research had the objective: To determine the characteristics of pregnant women with placenta previa, treated at the Jesús Nazareno support hospital, Ayacucho during 2020-2022. Methodology: Observational. retrospective, descriptive, cross-sectional; descriptive level and design. Results: Regarding the sociodemographic characteristics, it was found that 48% were between the ages of 19 and 34, 54% are from urban origins, 60% are cohabitants, 48% have secondary school, 60% are housewives. Regarding obstetric characteristics, 74% were multiparous, 56% diagnosed at a preterm gestational age, 46% had one to two abortions, 54% had one to two previous cesarean sections, 62% had a cesarean delivery. Regarding complications, 37% had type IV placenta previa, 65% had blood loss <1000 ml, and 8% had fetal death. Conclusion: the characteristics of pregnant women with placenta previa were age 19 to 34 years, being from an urban area, cohabiting, having completed secondary school, housewives, being multiparous, diagnosed at a preterm gestational age, with a history of one to two abortions. , history of one to two cesarean sections, cesarean delivery, with type IV placenta previa, blood loss <1000 ml and had fetal death.

Keywords*: Placenta previa, pregnant woman, characteristics*

INTRODUCCION

La placenta previa es una condición en la que existe una inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. Esta situación obstaculiza la posibilidad de dar un parto por vía vaginal y requiere que el parto se realice mediante cesárea. Representa un factor de riesgo significativo para la hemorragia posparto y puede ocasionar morbilidad y mortalidad materno y el neonata. (1)

La placenta previa se caracteriza por ser una afección en la que la placenta obstruye o se aproxima al orificio cervical interno del segmento inferior. El signo clásico más común y evidente es la hemorragia indolora de sangre roja y brillante. (1).

Las morbilidades asociadas incluyen hemorragia (antes, durante y después del parto), adherencia placentaria anormal, histerectomía por cesárea y transfusión de sangre, septicemia y tromboflebitis (2)

El diagnóstico habitualmente se realiza durante la segunda mitad del embarazo mediante ecografía transvaginal o transabdominal. Si se detecta de forma fortuita mediante ecografía como en caso de emergencia clínica de hemorragia materna, conlleva a un riesgo materno y fetal significativo (3).

En este sentido el presente trabajo de investigación pretende determinar las características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el hospital de apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022, debido a que es un problema que conlleva a una gran morbimortalidad materno – perinatal.

LAS AUTORAS

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La placenta previa en la actualidad representa un grave problema obstétrico que debe ser tratada por equipos capacitados y experimentados. Su etiología es de origen desconocido, sin embargo, parece que las alteraciones endometriales a razón de cicatrices o legrados uterinos previos ocasionan la reducción del área adecuada para la implantación de la placenta y aumentan la probabilidad de que lo haga en el segmento uterino inferior. Existen múltiples factores de riesgo que se asocia con el desarrollo de la placenta previa, factores como la multiparidad, edad avanzada, embarazo múltiple, tumores uterinos, periodo intergenésico corto, cicatrices uterinas previas, historia de abortos previos y posiblemente fumadoras.(4)

A nivel mundial la placenta previa (PP) tiene prevalencia de 4 x 1.000 gestaciones y es una de las principales causas de hemorragia en el tercer trimestre, en años entre el noventa y 2000. (5)

Según la Organización Panamericana de la Salud cada día mueren alrededor de 830 mujeres gestantes a causa de su embarazo, parto, la gran mayoría sucede en países de economía escasa, y menciona que uno de los objetivos de desarrollo sostenible entre el 2016 al 2030 es que se reduzca en el mundo la mortalidad materna por debajo del 70 por cada 1000 nacidos vivos.(6)

Así mismo, la PP afecta entre el 0,3 y 2 % de los embarazos en el tercer trimestre, observándose en los últimos años una mayor incidencia, con un incremento cercano al 50 % evidenciado en un estudio realizado entre 2003 y 2012, incremento aparentemente vinculado al aumento en la tasa de cesárea.(5)

En estos últimos años se tiene el reporte de placenta previa a nivel mundial que se presenta de 5,2 por 1.000 embarazos, evidenciándose un incremento a comparación de años pasados (2).

En América del Norte la prevalencia de la placenta previa es de 2,9 por 1000 embarazos. Y la prevalencia más alta de placenta previa se da en mujeres asiáticas con 12,2 por 1.000 embarazos.(7)

La incidencia mundial de la placenta previa actual se estima en 0,25-0,50%, sin embargo, en una revisión sistemática y metaanálisis, afirman que puede llegar hasta 5,1% en las Américas y el Caribe.(8)

Un estudio en Estados Unidos encontró que las mujeres asiáticas tenían el doble de riesgo de presentar placenta previa en comparación con otras etnias.(7)

En África subsahariana la prevalencia de la placenta previa es de 2,7 por 1000 embarazos (9).

En el Perú las principales causas de muerte materna directa son las hemorragias obstétricas (36.5%), siendo la placenta previa una de las complicaciones frecuentes, quien puede causar una seria morbimortalidad materno – fetal (10).

Por otro lado, en el año 2022 en el Instituto Nacional Materno Perinatal se efectuaron un total de 80 cesáreas con diagnostico principal de placenta previa lo que representa el 2.5% del total de cesáreas. La cifra de casos determina una frecuencia de 5.9 casos de placenta previa por cada 1,000 partos (11).

El riesgo de placenta previa aumenta con el número de cesáreas previas; una mujer que ha tenido una cesárea previa tiene una razón de posibilidades de

placenta previa de 4,5, pero si ha tenido cuatro cesáreas previas su razón de posibilidades salta a 44,9.5. (7)

La placenta previa se da de 4 a 5 cada 1000 embarazos. Es de etiología desconocida, sin embargo, existen varios factores de riesgo que se asocian con el aumento de la probabilidad de desarrollar placenta previa, factores como edad materna avanzada, multiparidad, embarazo múltiple, tumores uterinos, periodo intergenésico corto, cesárea previa, antecedentes de placenta previa, hipertensión crónica, diabetes, tabaquismo, consumo de cocaína durante el embarazo, y el uso de tecnología de reproducción asistida. La incidencia continúa aumentando con las tasas crecientes de parto por cesárea y tecnología de reproducción asistida (12).

La Diresa Ayacucho informa para este 2024, que aún se tiene cifras alarmantes en complicaciones maternas en primer lugar las hemorragias maternas con 88% donde la placenta previa es parte de esta cifra, seguida de enfermedades hipertensivas del embarazo y 4% que corresponde a infecciones, y lo que es más relevante es que en algunos casos la gestante puede ser partícipe de una más complicación en el proceso del embarazo, parto y puerperio.(13)

Es reconfortante también que se cuenta con la casa materna regional y 36 hogares maternos con lo que son estrategias que ayudan a combatir la mortalidad materna en esta región. Sin embargo, no es suficiente para aminorar el peligro constante de la muerte materna que muchas veces trae consigo también la muerte neonatal.

Es por todo esta problemática a tratar que el presente estudio contribuirá de manera objetiva a identificar y conocer las características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el Hospital de apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022, información que será de gran aporte y utilidad para los profesionales de la salud que atienden en el Hospital de apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho, ya que estos datos permitirán establecer estrategias para un diagnóstico adecuado y una atención oportuna, con ello

evitaremos futuras complicaciones que puedan comprometer la vida tanto de la gestante y como del feto.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el hospital de apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con placenta previa, atendidas en el Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con placenta previa, atendidas en el Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022?
- ¿Cuáles son las complicaciones de las gestantes con placenta previa, atendidas en el Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Conocer las características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las gestantes con placenta previa, atendidas en el hospital de apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022.
- Describir las características obstétricas de las gestantes con placenta previa, atendidas en el hospital de apoyo de Jesús Nazareno,

Ayacucho durante 2020-2022.

- Determinar las complicaciones de las gestantes con placenta previa, atendidas en el hospital de apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022.

1.4. Justificación

Porque la placenta previa representa un problema de salud pública en nuestro país, ya que conlleva a un riesgo significativo tanto para la salud materna como perinatal debido a que puede ocasionar una morbimortalidad que compromete tanto la vida de la madre y del feto.

La hemorragia es considerada una de las principales causas de muertes maternas en el Perú. La placenta previa se encuentra dentro de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, por lo que se le considera como un factor para que se desarrolle una hemorragia ya sea ante parto, parto o post parto (10).

Sus complicaciones maternas conduce a resultados adversos y en algunos casos irreversibles como la histerectomía, hemorragia grave, trastornos del espectro de placenta accreta (PAS) y la necesidad de una cesárea de emergencia (14).

En el Hospital Jesús Nazareno en los últimos años se ha visto que esta problemática cada vez se agudiza trayendo consigo cifras temibles que golpean la salud materna neonatal del distrito, por lo que este estudio contribuirá a mejorar estrategias para un diagnóstico oportuno y referencia temprana de estos casos en beneficio de la madre y el feto.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

INTERNACIONALES

Jauniaux E *et al* (3) en el año **2017** en **London**, publicaron un artículo **Titulado;** Diagnóstico ecográfico prenatal y evolución de la placenta previa accreta tras parto por cesárea: revisión sistemática y metanálisis. **Objetivo:** Evaluar la precisión de la ecografía en el diagnóstico prenatal de placenta accreta y el impacto de la profundidad de la invasión vellosa en el manejo de mujeres que presentan placenta previa o placenta baja y con 1 o más cesáreas previas. **Metodología:** Se realizo una búsqueda sistémica en PubMed, Google Scholar, clinicalTrials.gov y MEDLINE de estudios publicados entre 1982 y noviembre de 2016. La búsqueda inicial identificó 171 registros, de los cuales 5 estudios de cohorte retrospectivos y 9 prospectivos fueron elegibles para su inclusión en el análisis cuantitativo. **Resultados:** Los 14 estudios de cohorte incluyeron 3889 embarazos que presentaban placenta previa o placenta baja y 1 o más partos por cesárea previos examinados para placenta accreta. La incidencia de placenta previa accreta fue del 4,1% en mujeres con 1 cesárea previa y del 13,3% en mujeres con ≥2 partos por cesárea previos. Se realizó una histerectomía por cesárea en 208 de 232 casos (89,7%) para los que se disponía de datos detallados sobre el tratamiento. Se encontraron correlaciones positivas en los estudios prospectivos más amplios entre las tasas acumuladas de las formas más invasivas de placentación accreta y la sensibilidad y especificidad de las imágenes ecográficas, pero no con los valores de odds ratio de

diagnóstico. **Conclusiones:** La planificación del tratamiento individual para el parto solo es posible con una evaluación precisa del riesgo prenatal de placenta acreta en mujeres que presentan una placenta previa de localización baja y antecedentes de cesárea previa. La ecografía es sumamente sensible y específica para el diagnóstico prenatal de placenta acreta cuando la realizan operadores capacitados. Es esencial desarrollar un protocolo de detección prenatal para mejorar aún más los resultados de esta complicación obstétrica importante cada vez más frecuente.

Zhang L *et al* (15) en el año **2020** en **Guangzhou**, publicaron un artículo **Titulado;** Efecto de la placenta previa sobre el resultado del siguiente embarazo: un estudio de cohorte retrospectivo de 10 años. **Objetivo:** Determinar los efectos de la placenta previa sobre los resultados maternos y neonatales del siguiente embarazo. **Metodología:** Estudio de cohorte retrospectivo de hace 10 años, donde se utilizó modelos de regresión logística múltiple, que se llevó a cabo en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Tercer Hospital Afiliado de la Universidad Médica de Guangzhou, entre enero de 2009 y 2018. **Resultados:** De un total de 57.251 mujeres, 6070 mujeres tuvieron dos partos consecutivos. Para el primer embarazo, 1603 mujeres dieron a luz por cesárea y 4467 por parto vaginal. Entre las mujeres con antecedentes de parto por cesárea, la placenta previa fue un factor de riesgo independiente para hemorragia (odds ratio ajustado [ORa]: 2,25, intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,1-4,62), trastornos del espectro de placenta acreta (PAS) (ORa: 4,11, IC del 95%: 1,68-10,06) y placenta previa (ORa: 6,24, IC del 95%: 2,85-13,67) durante el embarazo posterior. Entre las mujeres con antecedentes de parto vaginal, la placenta previa aumentó el riesgo de trastornos de PAS (ORa: 5,71, IC del 95 %: 1,81-18,03) y placenta previa (ORa: 4,14, IC del 95 %: 1,07-16,04) durante el embarazo posterior. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en términos de hemorragia, transfusión sanguínea, infección puerperal y resultados perinatales. **Conclusiones:** Las mujeres con antecedentes de placenta previa corren el riesgo de sufrir resultados adversos como hemorragia posparto, trastornos del PAS y placenta previa en el embarazo posterior.

Varlas VN *et al* (16) en el año **2021** en **Finlandia,** publicaron el artículo **Titulado;** Resultados maternos y fetales en el espectro de placenta accreta (PAS) asociado con placenta previa: un análisis retrospectivo de un centro terciario. **Objetivo:** Analizar nuestro manejo terapéutico y el asesoramiento de los casos con espectro de placenta acreta asociado con placenta previa. **Metodología:** Estudio retrospectivo de mujeres embarazadas con PAS asociado con placenta previa en el Hospital Clínico Finlandia entre enero de 2017 y abril de 2021. **Resultados:** Entre las 12 pacientes, la edad media fue de 34 ± 3,44 años. El análisis muestra que el factor de riesgo más importante para PAS es la presencia de una cesárea previa. El riesgo de PAS es mayor en el grupo de pacientes con múltiples intervenciones quirúrgicas uterinas (16,6% de los casos) en comparación con aquellas con una sola cesárea previa (83,3% de los casos). Con respecto a las características demográficas y obstétrica, 9 (75%) viven en zona urbana y 3 (25%) en zona rural; el 12 (100%) son multíparas y 10 (83,3%) tuvo una cesárea previa, mientras que 2 (16,7%) tuvieron 2 cesáreas previas. La mayoría de las mujeres (91,6%) se sometieron a una cesárea programada a una edad gestacional media de 36,4 ± 0,9 semanas. Solo en un caso, la paciente se sometió a una cesárea de urgencia por dolor abdominal intenso y sangrado severo. La pérdida de sangre difirió significativamente en el grupo con solo una cesárea previa (1800 ± 1300 ml) en comparación con el grupo con múltiples cesáreas (3400 ± 100 ml). Se informó lesión de vejiga en 3 de 12 casos (25%), solo en casos de tratamiento quirúrgico no conservador. Se informaron complicaciones a corto plazo con mayor frecuencia en el grupo de pacientes con tratamiento conservador en comparación con las que se sometieron a histerectomía, e incluyeron hemorragia tardía. No se informó ningún resultado materno grave después del tratamiento conservador de la placenta previa asociada con PAS. **Conclusiones:** El diagnóstico prenatal y la placenta in situ pueden estar asociados con una menor morbilidad materna. Se identifico una baja tasa de preservación uterina exitosa, una baja tasa de complicaciones maternas y un resultado fetal relativamente bueno. Después de un asesoramiento prenatal muy cuidadoso, recomendamos que se utilice la histerectomía como el tratamiento de elección para la placenta mórbida

adherente asociado con placenta previa. El tratamiento conservador debe reservarse para mujeres con un fuerte deseo de fertilidad y mujeres con una enfermedad extensa que impida la histerectomía primaria debido a la dificultad quirúrgica. La identificación temprana de los factores de riesgo y el tratamiento estratégico pueden mejorar los resultados maternos y fetales.

Ri-hua Xie *et at* (17) en el año **2021** en **Guangdong, China**, publicaron un artículo **Titulado;** Comparación de resultados adversos maternos y neonatales en mujeres afectadas por placenta previa con y sin antecedentes de parto por cesárea: un estudio de cohorte. **Objetivo:** Realizar un análisis de resultados adversos maternos y neonatales en mujeres afectadas por placenta previa con y sin antecedentes de parto por cesárea. **Metodología:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó todos los casos de placenta previa entre 56 070 nacimientos de fetos únicos en dos hospitales de atención terciaria en Guangdong, China, entre enero de 2014 y diciembre de 2018. Los casos de placenta previa se dividieron en dos grupos: aquellos con antecedentes de parto por cesárea y aquellos sin ellos. Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple y regresión binomial logarítmica múltiple para estimar la asociación independiente entre antecedentes de parto por cesárea y resultados maternos y neonatales adversos. **Resultados:** En el análisis final se incluyeron un total de 773 casos de placenta previa. De ellos, 546 tenían antecedentes de parto por cesárea y 227 no. No se observaron diferencias en los resultados neonatales entre los dos grupos. **Conclusiones:** Los antecedentes de cesárea se asocian con un mayor riesgo de resultados maternos adversos, pero no con resultados neonatales con placenta previa.

Kumari *et al* (18) en el año **2022** en la **India**, publicaron el artículo **Titulado**; Estudio de características clínicas y resultados fetomaternos en casos de placenta previa: una experiencia de un centro de atención terciaria, **Objetivo:** Determinar las características demográficas y clínicas de las gestantes con placenta previa y estudiar los factores de riesgo. **Metodología**: Observacional prospectivo, con un total de 10,041 gestantes. **Resultados:** 61 fueron diagnosticados con placenta previa menor (borde placentario dentro de los 2

cm, sin cubrir el orificio interno) o placenta previa mayor (borde placentario que alcanza o se superpone al orificio interno) para una incidencia del 0,6%. La mayoría de los casos (65,57%) estaban en el grupo de edad de 20 a 29 años. Entre los casos de placenta previa, el 13,11% tenía cesáreas previas y el 9,83% se había sometido a procedimientos previos de dilatación y legrado. Además, el 78,68% de los casos tenían hallazgos ecográficos de la placenta cubriendo parcial o totalmente el orificio cervical. Por cesárea (96,7%) y solo el 3,27% nacieron por parto vaginal. Las complicaciones maternas más comunes observadas fueron hemorragia anteparto y posparto, transfusión de sangre y productos sanguíneos y estadías hospitalarias prolongadas. **Conclusiones**; La prevalencia fue mayor entre las mujeres más jóvenes que residen en zonas rurales y que no conocían los controles prenatales regulares. El principal síntoma de presentación fue el sangrado vaginal indoloro y la ecografía fue la modalidad diagnóstica más común. La hemorragia anteparto y posparto fue la complicación obstétrica más terrible en los casos de placenta previa, que afectó los resultados maternos y fetales.

Lv Y *et al* (19) en el año **2023** en **Taiwan,** publicaron un artículo **Titulado;** Factores asociados con peores resultados del parto en mujeres embarazadas con diagnóstico de placenta previa. **Objetivo:** Investigar los factores de riesgo relacionados con los peores resultados del parto debidos a la placenta previa. **Metodología:** Se incluyeron mujeres embarazadas con diagnóstico de placenta previa. Los datos del análisis de sangre de laboratorio preoperatorio se recopilaron de las historias clínicas, datos recopilados mayo de 2019 y enero de 2021. **Resultados:** Se incluyeron 131 sujetos con una mediana de edad de 31 años. El análisis multivariante mostró que el fibrinógeno redujo el riesgo de hemorragia posparto (odds ratio ajustado [ORa]: 0,45; intervalo de confianza [IC] del 95 %: 0,26-0,79; p = 0,005). La homocisteína (ORa: 0,73; IC del 95 %: 0,54-0,99; p = 0,04) redujo el riesgo, mientras que el dímero D (ORa: 1,19; IC del 95 %: 1,02-1,37; p = 0,02) aumentó el riesgo de puntuación baja en la escala de Apgar. La edad (ORa: 0,86; IC del 95 %: 0,77-0,96; p = 0,005) disminuyó el riesgo, pero los antecedentes de embarazo a término aumentaron más del doble

(ORa: 8,58; IC del 95 %: 2,32-31,71; p = 0,001) el riesgo de parto prematuro. Conclusión: Los hallazgos sugieren que los resultados más desfavorables del parto en mujeres embarazadas con placenta previa se asocian con una edad temprana, antecedentes de embarazo a término y concentraciones preoperatorias bajas de fibrinógeno, homocisteína baja y dímero D alto. Esto proporciona a los obstetras información complementaria para la detección temprana de la población de alto riesgo y la planificación anticipada del tratamiento pertinente.

Raheela *et al* (20) en el año **2023** en **Liaquat, Jamshoro**, publicaron un artículo **Titulado;** Impacto de la placenta previa en la salud neonatal y materna: un análisis de las complicaciones y los factores de riesgo asociados. **Objetivo:** Investigar el impacto de la Placenta Previa en la salud neonatal y materna, identificando y analizando simultáneamente los factores de riesgo asociados. **Metodología:** Estudio de tipo transversal descriptivo. El estudio se centró en mujeres embarazadas admitidas para el parto con diagnóstico de placenta previa. Se utilizaron formularios autoestructurados para revisiones detalladas de registros médicos, recopilando datos clínicos como detalles de placenta previa, resultados maternos y neonatales y factores de riesgo. **Resultados:** El estudio involucró a 75 participantes con PP, con una edad media de 32,81 años y una edad gestacional media de 34,94 semanas. La mayoría de las madres 41,3% tenían PP tipo IV, 32% casos tenían tipo II y 26,7% tenían PP tipo III. El 82,7% de las mujeres tuvieron hemorragia importante, el 80% requirió transfusiones de sangre, el 10,7% se sometió a histerectomía, el 8% enfrentó insuficiencia renal, el 33,3% tuvo HPP y el 8% necesitó atención en UCI. Los nacimientos prematuros fueron 46,7% nacidos prematuramente, el 45,3% tuvieron bajo peso al nacer y el 4% fueron remitidos a la UCIN. Las madres sin cita previa, la edad materna mayor de 35 años, alta paridad (4-6 o más), cesáreas previas, tabaquismo y antecedentes de placenta previa se asociaron con mayores probabilidades de Placenta previa de alto grado, aunque estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$). **Conclusión:** La placenta previa de tipo IV fue el más común, siendo un factor que afecta tanto la salud

materna como la neonatal. Las complicaciones maternas más comunes incluyen hemorragia, hemorragia postparto, histerectomía y transfusiones de sangre, mientras que las complicaciones fetales involucran principalmente partos prematuros y bajo peso al nacer. La edad materna mayor de 35 años, multiparidad, cesáreas previas, tabaquismo y antecedentes de placenta previa parecieron aumentar el riesgo de placenta previa de alto grado.

Khan B *et al* (21) en el año **2024** en **Quetta,** Publicaron un artículo **Titulado;** Resultados maternos y fetales en placenta previa. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de placenta previa y los resultados maternos y fetales en nuestra población. **Metodología:** Estudio observacional prospectivo multicéntrico llevado a cabo en el Hospital Militar Combinado de Quetta y el Hospital Militar Combinado de Quetta desde el 1 de agosto de 2021 hasta el 30 de enero de 2023. La muestra estuvo conformada por todas las mujeres con un rango de edad de 18 a 40 años diagnosticadas con placenta previa según la ecografía fueron reclutadas para el estudio. El grado de placenta previa se determinó con la ayuda de una ecografía transvaginal realizada a las 28 semanas. **Resultados:** Un total de 6731 pacientes tuvieron parto vaginal o cesárea en ambos hospitales combinados. De estos, 147 (2,18%) pacientes fueron diagnosticados con Placenta previa. El rango de edad de estos 147 casos diagnosticados fue de 19 a 40 años con una media y desviación estándar de 27,52 ± 4,24 años. El grupo de edad entre 26 y 35 años parece tener la mayor incidencia de placenta previa (62,58%). Estos 147 casos diagnosticados se dividieron a su vez en función del grado de placenta previa. Se observó hemorragia posparto en 57 (38,77%) pacientes. **Conclusión:** La placenta previa es una afección común que puede atribuirse a tasas más altas de cesáreas. Puede provocar un aumento de la morbilidad y la mortalidad de la madre y del bebé si no se diagnostica y trata de forma oportuna. Estos casos deben ser tratados por equipos multidisciplinarios experimentados en un centro de atención terciaria para minimizar la tasa de complicaciones.

NACIONAL

Munive E (22) en el año **2019** en **Huancavelica**, publicó una investigación de tesis **Titulado;** Características de las gestantes con diagnóstico de placenta previa atendidas en el hospital regional de Huancavelica Zacarías Correa Valdivia 2017. **Objetivo:** Determinar las características sociales y biomédicas del estudio en mención. **Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, basado en un diseño descriptivo simple e inductivo. La población del estudio incluyó a todas las gestantes diagnosticadas con placenta previa atendidas en dicho hospital en 2017, sumando un total de 32 mujeres. **Resultados:** Del total de gestantes diagnosticadas con placenta previa, el 68.8% provenían de áreas rurales, el 87.5% eran amas de casa y el 12.5% estudiantes. En cuanto al estado civil, el 59.4% eran convivientes. En relación al nivel educativo, el 25% tenía primaria completa, el 25% secundaria incompleta, el 34.4% secundaria completa y el 12.5% educación superior incompleta. La edad gestacional promedio en la primera atención prenatal fue de 14.6 semanas, con un 50% de gestantes que superaban las 14.5 semanas en su primera consulta. La edad promedio de las gestantes fue de 29.7 años, siendo que el 50% tenía más de 30 años. En cuanto a paridad, el 15.6% eran nulíparas, el 21.9% primíparas y el 62.5% multíparas. El 31.3% de las gestantes reportaron antecedentes de abortos, mientras que el 34.4% tenían antecedentes de cesárea, sin antecedentes de placenta previa. **Conclusiones:** La mitad de las pacientes superaba los 30 años de edad. Además, el 30% tenían antecedentes de aborto y un tercio, de cesárea. Por otro lado, seis de cada diez presentaron un índice de masa corporal pregestacional normal.

Huachin YZ (23) en el año **2020** en **Ica**, realizó un estudio **Titulado;** Factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de nazca noviembre del 2014 a octubre del 2019. **Objetivo:** Asociar los factores de riesgo de la población en estudio. **Metodología:** Estudio casos y control. retrospectiva de corte transversal, con

54 casos y 108 controles. **Resultados:** Cuando la mujer gestante sobrepasa la edad de 35 años el estudio reportó como factor de riesgo asociada para tener placenta previa con valor de p de 0,021. Otro factor asociado es la paridad de tres a más es un factor asociado de riesgo para tener placenta previa con un valor significativo de p = 0.006. Así mismo la investigación reportó que el antecedente de haber tenido una o más cesáreas es un riesgo a presentar placenta previa con un valor significativo de p de 0.011. **Conclusiones:** La edad mayor de 35 a más años, haber tenido tres y más partos, así como la cesárea previa son factores asociadas a la placenta previa.

Camavilca GS (24) en el año **2020** en **Junín**, publicó una investigación de tesis **Titulado;** Caracterización de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen, 2019. **Objetivo**: Determinar características principales de la población en estudio de la patología placenta previa. **Metodología:** Descriptiva, observacional y trasversal; La muestra estuvo conformada por 41 embarazadas con placenta previa. **Resultados:** 34,2% tuvieron entre 20 a 30 años y 63,4%; de 31 a más, 19,5% refirieron ser casadas 75,6%; tienen una relación de convivencia, 41,5%, instrucción secundaria, y el 65,8% proceden de la zona urbana. Entre los resultados más relevantes de las características obstétricas el 58,5%, fueron multigestas. Con respecto al tipo de placenta previa fue total 73,2%, parcial 4,9% y marginal 4,9%. El tipo de parto en el que terminaron fue cesárea el 85,4% y parto vaginal 14,6%. La incidencia de las PP fue de 0,84%. **Conclusión:** Las principales características de las gestantes con placenta previa fue una edad que fluctúa entre 31 a más años, la mayoría fueron convivientes, con grado de instrucción secundaria completa, procedencia urbana, presentaron dolor y tuvieron menos de seis APN.

Huangal YS (25) en el año **2021** en **Lima**, publico una investigación **Titulada:** Factores Sociodemográficos, Obstétricos y Quirúrgicos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Nacional "Sergio E. Bernales" de Enero Del 2017 A Diciembre Del 2018 – Lima. **Objetivo:** Analizar los factores sociodemográficos, obstétricos y

quirúrgicos como de la población en estudio **Metodología**: Estudio observacional, casos y controles con una muestra conformada por 216 gestantes, distribuidas en 72 casos (gestantes con placenta previa) y 144 controles (gestantes sin placenta previa). **Resultados**: Reportó que la edad de la mamá fue considerada como factor predictor, y tanto el tabaquismo, embarazo gemelar, periodo intergenésico corto y cesáreas previas son factores de riesgo para placenta previa. **Conclusiones:** El tabaquismo, embarazo múltiple, periodo intergenésico corto y los antecedentes de cesárea son factores de riesgos asociados a placenta previa.

Paulino AH (26) en el año **2021** en **Tarapoto**, publico una investigación de tesis **Titulado;** Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo de mayo a noviembre del 2019. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a placenta previa en la población en estudio y en el periodo trazado. **Metodología:** Fue de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal, con una muestra conformada por 66 grávidas. **Resultados:** el 56% de las gestantes con placenta previa tuvieron inserción marginal, el 29% total y el 9% con 6% de inserción baja. Así mismo, 40 grávidas oscilaron edades de entre 20 a 34 años, Cabe resaltar que 8 gestantes terminaron su embarazo por cesárea, 18 tuvieron antecedente de aborto, 3 tuvieron embarazos múltiples, también reportaron que 37 gestantes fueron multigestas. **Conclusiones:** Los factores como la edad, número de paridad y el periodo intergenésico corto estuvieron asociados a placenta previa a excepción de cesárea anterior, aborto y embarazo múltiple por su baja frecuencia en este estudio.

Romero KM (27) en el año **2021** en **Lima**, publico una investigación de tesis **Titulado;** Factores de riesgo maternos y obstétricos para placenta previa en el servicio de ginecoobstetricia del hospital José Agurto Tello de Chosica 2017-2020. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgos maternos y obstétricos de la población en estudio dentro del periodo trazado. **Metodología;** fue un estudio explicativo, tipo analítico, casos y controles, observacional, retrospectivo y transversal. Con una muestra de 70 casos y 70 controles. **Resultados:** El 70.0%

tuvo antecedente de placenta previa, 26.2% fueron multíparas con el riesgo de desarrollar placenta previa. **Conclusión:** este estudio reportó diversidad referente a factores de riesgo que están asociados a placenta previa.

Elias N, Arce M (28) en el año **2021** en **Huancavelica**, publicaron un estudio de tesis **Titulado;** Perfil epidemiológico de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, 2019 a 2021. **Objetivo:** Determinar el perfil de las gestantes con placenta previa en el mencionado nososcomio. **Metodología:** Fue un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 35 grávidas de placenta previa. **Resultados:** El 73%, tuvo placenta previa de tipo total, 18.9% marginal seguido del 8.1% parcial. El promedio de las gestantes fue 29.8 años, 81.1% de ellas gozan de estado civil estable, con grado de instrucción secundario 62.2% de ocupación ama de casa con 70.3%, y proceden de la parte periférica con el 51.4%. El 59.5% tuvieron antecedente de aborto y el 18.9% presentaron antecedente de cesárea previa. **Conclusión:** (73%) de la población tuvo placenta previa total con edades promedio de 30 años, antecedente de cesárea, y 70.3%.de embarazos a pretérmino.

Martinez J, Rojas H (29) en el año **2023** en **Huancavelica**, publicaron una investigación de tesis **Titulado;** Características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica, 2018-2021. **Objetivo:** Determinar las características de gestantes con placenta previa. **Metodología:** Fue un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo simple, con una población de 51 mujeres embarazadas. **Resultados:** En cuanto a las características sociodemográficas de las gestantes con placenta previa, se observó que el 62.7% tenía edades comprendidas entre 19 y 34 años, el 52.9% procedía de zonas rurales, y el 51% estaba en una relación de convivencia. Un 35.3% había alcanzado el nivel de educación secundaria o superior, el 76.5% se dedicaba a labores del hogar y el 13.7% eran estudiantes. En relación a las características obstétricas, el 84.3% de las mujeres eran multíparas, y el 47.1% fue diagnosticado con placenta previa

entre las 32 y 34 semanas de gestación. Además, el 58.8% presentó placenta previa total, el 70.6% no tenía antecedentes de aborto, el 72.5% no había tenido cesáreas previas y el 82.4% culminó su embarazo mediante cesárea. Respecto a las complicaciones, el 70.6% experimentó una pérdida sanguínea aproximada de menos de 1000 cc, mientras que el 3.9% presentó óbito fetal. **Conclusiones:** Las principales características de las gestantes con placenta previa fueron: edades entre 19 y 34 años, procedencia rural, estado civil de convivencia, nivel de instrucción secundaria, ocupación como ama de casa y condición de multíparas. La mayoría fue diagnosticada con placenta previa entre las 32 y 34 semanas, presentando placenta previa total y, en general, sin cesáreas previas. La gestación culminó en cesárea. Las complicaciones más frecuentes incluyeron pérdidas sanguíneas menores a 1000 cc.

REGIONAL

Rojas-SB(30) en el 2019, en la Ciudad de Ayacucho realizaron su trabajo académico, titulado; Características de las gestantes con placenta previa Hospital Regional Mariscal Llerena de Ayacucho 2016-2017. **Objetivo**; fue conocer esas características más relevantes de las gestantes con placenta previa en esa población. **Metodología**; fue de corte trasversal, retrospectiva. Trabajaron con 68 historias clínicas de gestantes con placenta previa durante estos años. El grupo etario más afectado fue el de 26 a 35 años, con un 52,9%. En cuanto a la edad gestacional, el 38,2% de las pacientes se encontraban entre las 28 y 34 semanas, o tenían 37 semanas o más de gestación. La complicación materna más frecuente fue la anemia posparto, con un 54,4%. **Conclusiones**: La placenta previa oclusiva total se presentó en el 89,7% de los casos, y el 77,9% de estos ocurrió en pacientes que no habían tenido cirugías uterinas previas. Asimismo, se observó que el 70,6% de las pacientes no tenían antecedentes de aborto. No se registraron muertes maternas, y solo en el 2,9% de los casos se produjo un óbito o muerte fetal

2.2. Bases teóricas

placenta previa

La placenta previa hace referencia a la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio cervical interno o muy próximo del mismo (31).

La placenta previa constituye una causa importante de mortalidad y morbilidad materno perinatal (12).

Una parte de su etiología está relacionada con una predisposición genética. La aparición de la placenta previa también se asocia de manera significativa con la cicatrización uterina y las alteraciones endometriales que ocurren tras la instrumentación del útero, como el legrado, la propia placenta previa y, de forma aún más relevante, la cesárea. Por razones que aún no se comprenden por completo, parece que la cicatrización o las alteraciones en el endometrio del segmento uterino inferior predisponen a la implantación placentaria en esa área. (7)

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de sangre roja brillante, indolora y con presencia de dinámica uterina, que se da después de las 22 semanas de edad gestacional, los episodios de sangrado pueden repetirse e ir aumentando según avanza la gestación (32).

Un tercio de las pacientes presentan el primer episodio de hemorragia antes de la semana 30, otro tercio lo presentan entre las semanas 30 – 35 y el resto después de la semana 36. Cuanto más precoz sea el primer episodio de sangrado, mayor es la intensidad de este y mayor es el riesgo de recurrencia (33).

El diagnóstico habitualmente se realiza durante la segunda mitad del embarazo a través de la ecografía vaginal o transabdominal. Cuantiosos estudios confirman que la ecografía transvaginal es segura e eficaz

como método diagnóstico de placenta previa, ya que tiene mayor sensibilidad que la ecografía abdominal para la localización de la placenta (34).

Fisiopatología

Habitualmente la placenta sigue un crecimiento denominado trofotropismo en el que las células trofoblásticas buscan áreas de mayor vascularización hacia el fondo uterino lejos del segmento uterino que es menos vascularizado; por razones aún desconocidas la presencia de cicatrización o interrupción en el endometrio a nivel del segmento uterino predispone a una implantación placentaria en esa zona.(7)

Etiología

De etiología desconocida, sin embargo, existen factores etiológicos ovulares y maternos que parecen intervenir en su desarrollo. (7)

Factores ovulares

Un retraso en la maduración del blastocisto podría condicionar su implantación en las zonas bajas del útero. (7)

Factores de riesgo materno

Las anomalías de la vascularización endometrial, el retraso de la ovulación y los traumatismos previos del endometrio o miometrio parecen influir en el lugar de la implantación y alterar la fisiología del segmento uterino inferior contribuyendo así a la probabilidad de placenta previa. (7)

- **Incisiones uterinas previas:**

  Cesárea previa: El riesgo de placenta previa se incrementa a medida que aumenta el número de cesáreas. Las cicatrices en el segmento uterino inferior impedirían el crecimiento de éste a lo largo del embarazo y dificultaría la llamada

"migración placentaria" que acontece durante el 2º y 3º trimestre. (7)

- **Legrado uterino:** Implicado en la génesis de la placenta previa en subsecuentes gestaciones. (7)
- **Edad materna:** El riesgo de placenta previa es 5 veces más elevado en mujeres >35 años que en mujeres menores de 20 años. (35)
- **Multiparidad:** En un estudio estadounidense se informó que la incidencia de placenta previa aumentada de manera significativa en mujeres multíparas en comparación con la de mujeres con paridad más baja.
- **Tabaquismo:** El riesgo relativo de placenta previa aumenta al menos el doble. Se ha sugerido que la hipoxemia causada por el monóxido de carbono podría generar una vascularización defectuosa en la decidua, lo que provocaría una hipertrofia placentaria.
- **Raza:** La incidencia de placenta previa es mayor en mujeres de raza negra y asiática que en mujeres de raza blanca.

Clasificación:

Se clasifica de acuerdo con la relación y la distancia entre el borde placentario inferior y el orificio interno del cuello uterino, así tenemos (36):

No oclusiva: También denominada placenta previa menor. Permite el intento de parto vaginal

- **Grado I**: **Implantación baja de la placent**a. La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo

que el borde de la placenta no llega al orificio cervical interno, pero se encuentra en estrecha proximidad.

- **Grado II**: **Placenta previa marginal.** La placenta llega al margen del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.

Oclusiva: También denominada placenta previa mayor. No permite el parto vaginal.

- **Grado III: Placenta previa oclusiva parcial.** La placenta cubre parcialmente el orificio cervical interno.
- **Grado IV: Placenta previa oclusiva total.** El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta (37).

Manifestaciones clínicas

El sangrado indoloro de color rojo vivo rutilante es el fenómeno más característico de la placenta previa, que por lo general no se desarrolla hasta cerca del final del segundo trimestre. El sangrado de una placenta previa puede ser escasa o abundante y comienza sin previo aviso y sin dolor ni contracciones en una mujer que ha tenido un cuidado prenatal sin eventualidades. Este sangrado puede ir aumentando en intensidad según avanza la gestación. Los episodios de sangrado no se suelen acompañar de pérdida del bienestar fetal a no ser que la hemorragia sea tan copiosa que cause un shock hipovolémico en la gestante. Los episodios repetidos de hemorragia ocasionan anemia.

Por otro lado, el sangrado puede irritar el útero y dar lugar a contracciones uterinas, las contracciones uterinas son secundarias al efecto uterotónico de las prostaglandinas liberadas tras el sangrado de pequeñas zonas de separación placentaria.

Diagnostico

La localización de la placenta mediante ecografía fue descrita por primera vez en 1958 por Ian Donald. Desde su trabajo pionero, esta

técnica se ha convertido en la norma para el diagnóstico de la placenta previa (31).

El diagnóstico frecuentemente se realiza durante la segunda mitad del embarazo mediante ecografía vaginal o transabdominal.

En la actualidad, la ecografía transabdominal es el método más seguro para el diagnóstico de la placenta previa. Este método evita la radiación y los isotopos radiactivos, que se utilizaban en el pasado con estudios radiográficos de tejidos blandos, la fusión de marcadores radiactivos (tecnecio, fibrinógeno) y otros métodos invasivos (arteriografía).

La ecografía transvaginal, es una técnica útil en los casos en que el diagnóstico es difícil por razones técnicas, sobre todo en el caso de placentas posteriores. Esta técnica ofrece una mayor precisión diagnostica en comparación con la ecografía transabdominal tradicional. Cuando la realiza un ecografista experimentado y en ausencia de hemorragia clínica, la introducción de una sonda vaginal puede facilitar el diagnostico.(38)

También se ha logrado un diagnóstico preciso mediante resonancia magnética. Esto parece mejorar la precisión con respecto a la sonografía incluso en casos de implantaciones placentarias posteriores bajas. Sin embargo, el coste y la disponibilidad limitada hacen que esta técnica de diagnóstico no sea la ideal (36).

Manejo

En la Guía de Práctica Clínica SOGC de 2007 “Diagnóstico y Manejo de Placenta Previa”, la recomendación es que cuando el borde de la placenta (en la ecografía transvaginal, a las 35 semanas de gestación o más tarde) está a > 20 mm del orificio cervical interno, a la mujer en cuestión se le puede ofrecer una prueba de parto con la expectativa de que el parto vaginal seguro es bastante posible. Sin embargo, si la distancia desde el borde de la placenta hasta el orificio cervical interno

es < 20 mm, hay un mayor riesgo de requerir una cesárea, aunque el parto vaginal todavía puede ser posible.(7)

Culminación de la gestación:

Se realiza en base al tipo de placenta previa que presenta. En aquellas gestantes que hayan tenido antecedentes de sangrado, parto pretérmino, lo más adecuado es terminar la gestación entre las 34 a 36 semanas de gestación, por supuesto de acuerdo al diagnóstico de cada paciente. Si se produce un episodio de sangrado antes de las 34 semanas de gestación, una hospitalización breve y el uso de tocolíticos pueden ayudar a detener el sangrado.(39)

En pacientes con placenta previa sintomática y tratamiento conservador, se finalizará la gestación de forma electiva en la semana 37. (40).

En pacientes con placenta previa asintomática, se realizará cesárea electiva en la semana 37-38 si es oclusiva, y en una no oclusiva se decidirá la vía del parto. (40).

En los casos de placenta baja o marginal, el riesgo de sangrado es significativo; no obstante, en estas pacientes se puede realizar un intento de parto vaginal si se dispone de personal y medios para realizar una cesárea de emergencia. En muchos casos, la cabeza fetal al descender comprime la zona de placenta sangrante y cede la hemorragia. (40)

Consideraciones quirúrgicas:

Si se planea un parto por cesárea, se debe evitar la extracción fetal transplacentaria a través de un acceso de margen libre, ya que esto aumenta el riesgo de hemorragia intraparto y la necesidad de transfusión; Para ello, se recomienda realizar un examen ecográfico antes de la operación para definir con mayor precisión la posición de la placenta y planificar la técnica quirúrgica individual. En caso de acceso

transplacentario, se debe pinzar inmediatamente el cordón umbilical para evitar el sangrado del producto..(41)

Consideraciones para hospitalización:

Debido al riesgo de una cesárea de emergencia, las mujeres embarazadas con antecedentes de sangrado antes de las 29 semanas, aquellas con tres o más episodios de sangrado y aquellas con un cuello uterino corto (menos de 3 cm con placenta previa o menos de 2 cm) deben recibir un tratamiento especializado .(41)

El manejo en un Hospital con gestantes de placenta previa se basa en: Reposo absoluto, no realizar tactos vaginales que no son necesarios, control estricto de las funciones vitales de la madre y el feto, manejar control de pérdidas, y si fuese necesario instalar tratamiento de la amenaza de parto pretérmino, aceleración de la maduración pulmonar con corticoides si fuera preciso según las pautas y protocolos habituales. .(41)

Manejo del parto

Previo al parto, la gestante debe recibir toda la información necesaria, viendo diferentes alternativas de culminación del proceso de gestación (parto vaginal o cesárea) esto en función del tipo de placenta previa que presente. Igualmente debe de conocer la posibilidad de precisar una transfusión. .(41)

Tipo de parto

La elección del tipo de parto en cada caso debe basarse en criterios clínicos. Se considera una contraindicación para el parto vaginal la placenta previa oclusiva total. En estos casos se debe finalizar la gestación mediante cesárea. .(41)

Hay autores que recomiendan la cesárea en casos de placenta marginal en cara posterior, pues la placenta puede obstaculizar el descenso de la cabeza fetal a través del canal del parto .(41)

En los casos de placenta baja (que llega a 2-3 cm del orificio cervical interno) o de placenta marginal, el riesgo de sangrado durante el parto es significativo .(41)

Cesárea

El tipo de incisión uterina a realizar en la cesárea depende de la localización de la placenta. .(41)

Se realizará una cesárea segmentaria transversa si la inserción de la placenta no se extiende hacia la pared anterior uterina por encima de la reflexión vesical. Siempre que sea posible se debe evitar atravesar la placenta para llegar a la cavidad uterina, para no causar una hemorragia excesiva. El lugar de la incisión será aquél que mejor evite la inserción placentaria y permita la extracción rápida y atraumática del feto. .(41)

La inserción de la placenta en la cara anterior uterina produce una intensa neovascularización que puede condicionar una hemorragia importante en el lugar de la apertura uterina. .(41)

En estos casos de placenta previa anterior, si se realiza una cesárea segmentaria transversa, con frecuencia es preciso realizar la extracción fetal a través de la placenta. En estas circunstancias, la pérdida de sangre fetal se puede minimizar atravesando rápidamente la placenta o, si es posible, apartándola hacia un lado para extraer al feto. .(41)

En ocasiones puede ser necesario realizar una incisión vertical, bien en el segmento uterino inferior o en el cuerpo uterino (cesárea clásica).

El tipo de incisión también puede estar condicionado por el estado (formado o no) del segmento uterino inferior. .(41)

Si la paciente con placenta previa tiene antecedentes de cesárea anterior debe considerarse la posibilidad de que exista un acretismo placentario y se debe informar a la paciente tanto sobre el riesgo de hemorragia

como sobre la posibilidad de tener que recurrir a realizar una histerectomía obstétrica. .(41)

Parto vaginal

En casos de placenta previa “no oclusiva”, se puede intentar un parto vaginal si no existe hemorragia o ésta es mínima. .(41)

Debe informarse a la paciente de las ventajas y riesgos asociados y disponer de todos los medios adecuados para realizar una cesárea urgente en caso de necesidad. .(41)

Se permitirá la evolución del parto si éste transcurre sin hemorragia o con sangrado mínimo y el estado materno y fetal no se altera. Debe realizarse monitorización materno-fetal continua y disponer de sangre cruzada y quirófano preparado (11).

2.3. Definición de términos

Edad:

Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo hasta el momento que se considera (42).

Procedencia

Es el origen, principio de donde nace o se deriva algo (43).

Estado Civil

Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales (44).

Grado de instrucción

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (45).

Ocupación

Es la actividad, trabajo, empleo u oficio en el que labora y emplea su tiempo (46).

Edad gestacional

Es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo.

Paridad

Acto de haber dado a luz por cualquier vía ya sea vaginal o cesárea, uno o más productos (vivos o muertos) cuyo peso al nacer fue de 500 gramos a más.

Aborto

Interrupción espontanea o provocada de la gestación, con expulsión o no del producto de la concepción, ocurre antes de las 20 semanas y con un peso menor a 500 gramos.

Cesárea

Es aquel nacimiento por intervención quirúrgica

Parto

Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas).

Óbito fetal

Muerte del producto de la concepción antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre.

Grávida

Hace referencia a toda mujer que está embarazada (47).

2.4. Variables:

Univariable: Características de la placenta previa en gestantes

2.5. Operacionalización de variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN PROCEDIMENTAL	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	CATEGORIA
Características de la placenta previa en gestantes	Es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio cervical interno o muy próximo del mismo.(7)	La variable en mención se medirá con un instrumento validado por expertos.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad	≤18 años 19 a 34 años ≥ 35 años	≤18 años (1) 19 a 34 años (2) ≥ 35 años (3)	NOMINAL
				Procedencia	Urbano Rural	Urbano (1) Rural (2)	
				Estado civil	Soltera Conviviente Casada Viuda o separada	Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda o separada (4)	
				Grado de instrucción	Sin estudios Primaria Segundaria Superior	Sin estudios (1) Primaria (2) Segundaria (3) Superior (4)	
				Ocupación	Ama de casa Estudiante Trabajadora publica Trabajadora independiente	Ama de casa (1) Estudiante (2) Trabajadora publica (3) Trabajadora independiente (4)	
			CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS	Paridad	Primípara Multípara	Primípara (1) Multípara (2)	NOMINAL
				Edad gestacional			

				Antecedente de aborto Cesárea anterior Tipo de parto	No De uno a dos Mas de dos No De uno a dos Mas de dos Vaginal Cesárea	No (1) De uno a dos (2) Mas de dos (3) No (1) De uno a dos (2) Mas de dos (3) Vaginal (1) Cesárea (2)	
			COMPLICACIONES	Tipo de placenta previa Perdida sanguínea Muerte materna Óbito fetal o muerte fetal	Grado I - inserción baja Grado II - marginal Grado III - parcial Grado IV - total < de 1000 cc 1000 cc a 1500 cc Mayor a 1500 cc Si No Si No	Grado I - inserción baja (1) Grado II – marginal (2) Grado III – parcial (3) Grado IV – total (4) < de 1000 cc (1) 1000 cc a 1500 cc (2) Mayor a 1500 cc (3) Si (1) No (2) Si (1) No (2)	NOMINAL

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

El departamento de Ayacucho está situado en la zona Sur Occidental del territorio peruano en la región central de la Cordillera de los Andes y su territorio abarca sectores de ceja de selva. La altura del territorio oscila entre los 2,761 metros sobre el nivel del mar en el flanco occidental de la Cordillera de los Andes y los 500 metros sobre el nivel del mar en el flanco oriental de la misma, en el valle de río Apurímac.(48)

El Hospital Jesús Nazareno es un establecimiento de categoría 2-1 que está dirigido a velar la salud de aproximadamente 18 mil ciudadanos que albergan este distrito.(49)

3.2. Tipo de investigación

La investigación fue retrospectivo, descriptivo, de corte transversal ya que la información fue recopilada por única vez. (50) (51).

3.3. Nivel de investigación

La investigación fue de nivel descriptivo, porque se trata de describir hechos tal como se presentan para contribuir en la solución de los problemas formulados, describe la variable de investigación (52), (53).

3.4. Métodos de investigación:

Es descriptivo simple; porque busca y recoge información relacionada con el objeto de estudio, considera una variable y una población (53), (54).

M: Gestantes

O: Características de placenta previa

3.5. Población, muestra y muestreo

La población estuvo constituida por 150 historias clínicas de gestantes que presentaron placenta previa.

Muestra:

La muestra fue censal. Se trabajo con toda la población, sin embargo, hubo historias clínicas incompletas e ilegibles por lo que la muestra fue de 100m historias clínicas.

Criterios de inclusión

Historias clínicas de gestantes legibles

Historias clínicas de gestantes no deterioradas de gestantes

Historias clínicas de gestantes con patología de placenta previa entre los años 2020 a 2022

Criterios de exclusión

Historias clínicas de gestantes con otras patologías

Historias clínicas de gestantes ajenas al periodo de estudio

Muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia (54).

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección de datos; fue análisis documental (53).

Instrumento: El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La base de datos fue procesado mediante el Software Estadístico IBM SPSS 25.0 (*Statistical Package for Social Science).*

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis de información

Tabla N°1. Características sociodemográficas de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno.

Características sociodemográficas		Frecuencia fi	Porcentaje %
Edad	Hasta 18 años	14	14
	De 19 a 34	48	48
	Mas de 35 años	38	38
Procedencia	Urbano	54	54
	Rural	46	46
Estado civil	Conviviente	60	60
	Soltera	23	23
	Casada	12	12
	Viuda o separada	5	5
Grado de instrucción	Sin estudios	17	17
	Primaria	10	10
	Secundaria	48	48
	Superior	25	25

Ocupación	Ama de casa	60	60
	Trabajadora pública	17	17
	Trabajadora independiente	15	15
	Estudiante	8	8
	Total	100	100

Fuente: base de datos

Descripción: En la tabla 1 se puede observar que del 100% (100), tienen las siguientes características sociodemográficas: tienen hasta 18 años 14% (14), de 19 a 34 años 48% (48), más de 35 años 38% (38); procedencia urbano 54% (54), rural 46% (46); estado civil conviviente 60% (60), soltera 23% (23), casada 12% (12), viuda o separada 5% (5); grado de instrucción sin estudios 17% (17), primaria 10% (10), secundaria 48% (48), superior 25% (25); ocupación ama de casa 60% (60), trabajadora publica 17% (17), trabajadora independiente 15% (15), estudiante 8% (8).

Tabla N°2. Características obstétricas de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno.

Características obstétricas		Frecuencia Fi	Porcentaje %
Paridad	Primípara	26	26
	Multípara	74	74
Edad gestacional	Pretérmino	56	56
	Término	44	4
	Postérmino	0	0
Antecedente de aborto	No	53	53
	De uno a dos	46	46
	Mas de dos	1	1
Cesárea anterior	No	45	45
	De uno a dos	54	54
	Mas de dos	1	1
Tipo de parto	Cesárea	62	62
	Vaginal	38	38
	Total	100	100

Fuente: Base de datos

Descripción: En la tabla 2 se puede observar que del 100% (100), tienen las siguientes características obstétricas: primíparas 26% (26), multíparas 74% (74); a pretérmino 56% (56), término 44% (44), postérmino 0% (0); sin antecedentes de aborto 53% (53), de uno a dos abortos 46% (46), más de dos abortos 1% (1); sin cesaría anterior 45% (45), de uno a dos cesáreas 54% (54), más de dos cesáreas 1% (1); parto por cesárea 62% (62), vaginal 38% (38).

Tabla N°3. *Complicaciones de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno.*

Complicaciones		Frecuencia fi	Porcentaje %
Tipo de placenta previa	Grado I	15	15
	Grado II	22	22
	Grado III	26	26
	Grado IV	37	37
Pérdida sanguínea	< de 1000cc	65	65
	1000cc a 1500cc	32	32
	Mayor a 1500cc	3	3
Muerte materna	No	100	100
	Si	0	0
Óbito fetal o muerte neonatal	No	92	92
	Si	8	8
	Total	100	100

Fuente: Base de datos

Descripción: En la tabla 3 se puede observar que del 100% (100), tuvieron las siguientes complicaciones: placenta previa tipo I 15% (15), grado II 22% (22), grado III 26% (26), grado IV 37% (37); pedida sanguínea menos de 1000cc 65% (65), de 1000cc a 1500cc 32% (32), mayor a 1500cc 3% (3); sin muerte materna 100% (100), con muerte materna 0% (0); sin óbito fetal 92% (92), con óbito fetal 8% (8).

4.2. Discusión de los resultados

En la tabla 1. Se muestra las características sociodemográficas de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, donde se muestra que las características sociodemográficas que más destacaron y obtuvieron altos porcentajes fueron tener la edad de 19 a 34 años, ser de procedencia urbana, ser convivientes, tener el grado de instrucción de segundaria completa, y ser amas de casa. Teniendo similitud con los resultados reportados por **Camavilca GS** (24) en su investigación, donde menciona que características epidemiológicas como la edad de 31 años a más, ser convivientes, tener el grado de instrucción de segundaria completa, y ser de procedencia urbana fueron las principales características de las gestantes con placenta previa. Así mismo **Martinez J, Rojas H** (29), en su respectiva investigación refiere que las características como la edad de 19 a 34 años, ser convivientes, tener nivel de instrucción secundaria completa y ser amas de casa fueron las principales características de las pacientes que presentaron placenta previa. Por otro lado **Munive E** (22) menciona que las gestantes diagnosticadas con placenta previa tuvieron más de 30 años, con segundaria completa, y son amas de casa. La evidencia clínica ratifica que la edad avanzada, o en casos de gestaciones adolescentes son preponderantes para riesgo de padecer la placenta previa poniendo en peligro la vida fetal y de la madre haciendo que el trofotropismo se convierta en alteración endometrial, donde las células trofoblásticas no hallan áreas de vascularización hacia el fondo uterino ocasionando presencia de cicatrización o interrupción en el endometrio a nivel del segmento uterino predisponiendo a una implantación placentaria en esa zona.(7)

En la tabla 2. Se muestra las características obstétricas de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, donde se muestra que las características obstétricas más resaltantes fueron ser multíparas, tener como antecedente de uno a dos abortos, tener como antecedente de uno a dos cesáreas previas, tener como antecedente el tipo de parto por cesárea y ser diagnosticadas de placenta previa en una edad

gestacional de pretérmino. Teniendo similitud con los resultados obtenidos por **Varlas VN *et al*** (16) en su investigación, donde alude que las características obstétricas como la multiparidad y tener 2 cesáreas previas fueron factores de riesgo para desarrollar el espectro de placenta accreta asociado con placenta previa. Así mismo **Ri-hua Xie *et at*** (17) refiere que los antecedentes de cesárea se asocian con un mayor riesgo de resultados maternos adversos. Por otro lado **Kumari *et al*** (18) menciona que las pacientes diagnosticadas con placenta previa tenían cesáreas previas y se habían sometido a procedimientos de dilatación y legrado. Por otro lado **Raheela *et al*** (20) menciona que multiparidad, tener cesáreas previas, y antecedentes de placenta previa se asociaron con mayores probabilidades de Placenta previa de alto grado. **Huachin YZ** (23) refiere que tener el antecedente de paridad de 3 a más partos, el antecedente de haber tenido legrado uterino o cesárea previa son factores de riesgo asociadas a la placenta previa. Por otro lado **Munive E** (22) menciona que las gestantes con diagnóstico de placenta previa tuvieron como antecedentes el aborto, son multíparas y tuvieron como antecedentes la cesárea. Así mismo **Martinez J, Rojas H** (29) menciona que en cuanto a las características obstétricas un 47,1% fueron diagnosticadas con placenta previa a la edad gestacional de 32 a 34 semanas.

Villar et al (55) refiere que la cesárea está asociada a un aumento en los riesgos de morbilidad y mortalidad materna, ya que incrementa la probabilidad de desarrollar placenta previa y acretismo placentario en embarazos posteriores, lo que conlleva un mayor riesgo de hemorragia obstétrica y, en consecuencia, un mayor peligro de muerte materna. Además, se suman los riesgos quirúrgicos y anestésicos inherentes al procedimiento.

En la tabla 3. Se muestra las complicaciones de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, donde se observa que las complicaciones obstétricas que más destacaron fueron tener placenta previa de grado IV, con perdida sanguínea menor a 1000 ml, sin muerte materna y en menor porcentaje existió óbito fetal. Teniendo similitud con los resultados reportados por **Raheela *et al*** (20) en su investigación, donde

menciona que la mayoría de las gestantes tenían placenta previa de tipo IV, siendo un factor que afecta a la salud materna y neonatal. Así mismo **Camavilca GS** (24) refiere que la placenta previa total fue la complicación más común en las gestantes. Por otro lado **Martínez J, Rojas H** (29) menciona que la complicación más frecuente en las pacientes con placenta previa fue una perdida sanguínea menor a 1000 ml aproximadamente.

CONCLUSIONES

Con respecto a las características sociodemográficas la placenta previa en el periodo 2020-2022 en el Hospital Jesús Nazareno se presentó habitualmente en gestantes entre las edades de 19 a 34 años, procedentes de la zona urbana del distrito, mayormente con nivel de instrucción secundaria, y teniendo como primera opción la ocupación de su casa.

Con respecto a las características obstétricas fueron en su gran mayoría multíparas, con 1 a 2 abortos y cesáreas previas.

Y entre las complicaciones de la placenta previa el grado IV es la que se presentó con mayor énfasis, la pérdida sanguínea osciló en su gran parte entre 1000cc a 1500 cc, afortunadamente no hubo muertes maternas que lamentar sin embargo se registró 8 óbitos fetales.

RECOMENDACIONES

- A las autoridades del Hospital de Jesús Nazareno a gestionar más capacitaciones dirigido al profesional obstétrico para que afiance sus competencias en el diagnóstico, control y manejo oportuno de este tipo de patologías que atentan la vida de la mujer en el desarrollo del embarazo, parto.
- A los profesionales Obstetras a vigilar tenazmente el curso de la gestación e innovar con mejores estrategias en bien del binomio madre-niño, garantizando un parto humanizado.
- A la Universidad Nacional de Huancavelica a que siga motivando a sus estudiantes en el estudio de estos temas que contribuyen en el bienestar de la salud materno neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson-Bagga FM, Sze A. Placenta Previa. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 29 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539818/

2. Rowe T. Placenta previa. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. agosto de 2014;36(8):667-8.

3. Jauniaux E, Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. julio de 2017;217(1):27-36.

4. Lavery JP. Placenta previa. Clin Obstet Gynecol. septiembre de 1990;33(3):414-21.

5. Argote-Ríos DF, Zapata-Salazar LF, Martínez-Ruíz D, Sinisterra-Díaz SE, Sarria-Ortiz D, Nieto-Calvache AJ. Desenlaces maternos según el tipo de placenta previa en un hospital de alta complejidad en Cali, Colombia. Estudio de cohorte retrospectivo. Rev Colomb Obstet Ginecol. 30 de marzo de 2023;74(1):28-36.

6. Salud materna - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-materna

7. Rowe T. Placenta previa. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. agosto de 2014;36(8):667-8.

8. Torres-Berra KC, Uriel-Calvo MM, Rincón-Franco S, Hoz Valle JA de la, Romero-Infante XC. Placenta previa: factores de riesgo e impacto en la morbimortalidad materno-perinatal en Bogotá, Colombia. Rev Fac Med. 2022;70(3):21-30.

9. Ja C, C R, C C, V F. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. Trop Med Int Health TM IH [Internet]. junio de 2013

[citado 30 de agosto de 2024];18(6). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23551357/

10. Boletin epidemiologico [Internet]. [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf

11. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023 [Internet]. [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/4624238-guias-de-practica-clinica-y-de-procedimientos-en-obstetricia-y-perinatologia-2023

12. Jain V, Bos H, Bujold E. Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. julio de 2020;42(7):906-917.e1.

13. DIRESA: 30 Gestantes se Salvaron Gracias a la Estrategia «CLAVE OBSTÉTRICA» Implementada en el Hospital Regional. [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/regionayacucho-diresa/noticias/985319-diresa-30-gestantes-se-salvaron-gracias-a-la-estrategia-clave-obstetrica-implementada-en-el-hospital-regional

14. Sahu SA, Shrivastava D. Maternal and Perinatal Outcomes in Placenta Previa: A Comprehensive Review of Evidence. Cureus. 16(5):e59737.

15. Zhang L, Bi S, Du L, Gong J, Chen J, Sun W, et al. Effect of previous placenta previa on outcome of next pregnancy: a 10-year retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 15 de abril de 2020;20(1):212.

16. Resultados maternos y fetales en el espectro de placenta accreta (PAS) asociado con placenta previa: un análisis retrospectivo de un centro terciario - PMC [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8321603/

17. Comparación de resultados adversos maternos y neonatales en mujeres afectadas por placenta previa con y sin antecedentes de parto por cesárea: un estudio de

cohorte - ScienceDirect [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216321000621

18. Kumari U, Naniwal A, Rani V, Chandat R, Yadav S, Pipal DK. A Study of Clinical Characteristics, Demographic Characteristics, and Fetomaternal Outcomes in Cases of Placenta Previa: An Experience of a Tertiary Care Center. Cureus. diciembre de 2022;14(12):e32125.

19. Lv Y, Zhang X, Xu Q, Wu J. Factors associated with poorer childbirth outcomes in pregnant women diagnosed with placenta previa. Taiwan J Obstet Gynecol. mayo de 2023;62(3):423-8.

20. Impacto de la placenta previa en la salud neonatal y materna: un análisis de las complicaciones y los factores de riesgo asociados | Revista de la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Pakistán [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.jsogp.net/index.php/jsogp/article/view/665

21. Resultados maternos y fetales en placenta previa: un estudio observacional prospectivo multicéntrico | Revista de la Facultad de Medicina de Rawalpindi [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: http://www.journalrmc.com/index.php/JRMC/article/view/2320

22. Munive Limas E. Características de las gestantes con diagnóstico de placenta previa atendidas en el hospital regional de Huancavelica Zacarías Correa Valdivia 2017. 4 de febrero de 2019 [citado 2 de septiembre de 2024]; Disponible en: http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2352

23. Zenaida HMY. Factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Ricardo cruzado Rivarola de nazca noviembre del 2014 a octubre del 2019.

24. Camavilca Chirinos GS. Caracterización de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen, 2019. 29 de septiembre de 2020 [citado 2 de septiembre de 2024]; Disponible en: http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3280

25. Factores Sociodemograficos, Obstetricos Y Quirurgicos Asociados A Placenta Previa En Gestantes Atendidas En El Servicio De Gineco-Obstetricia En El Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” De Enero Del 2017 A Diciembre Del 2018 – Lima. [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/2a88299a-8405-4715-9f1a-335c2798378e

26. Paulino Cordova AH. Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, en el periodo de mayo a noviembre del 2019. Repos - UNSM [Internet]. 2021 [citado 2 de septiembre de 2024]; Disponible en: https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/281819

27. Factores de riesgo maternos y obstétricos para placenta previa en el servicio de ginecoobstetricia del hospital Jose Agurto Tello de Chosica 2017-2020 [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/60ff4b9d-ece1-4770-88f2-2185a554842b

28. Elias Cordova N, Arce Rios MR. Perfil epidemiológico de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, 2019 a 2021. 26 de noviembre de 2021 [citado 2 de septiembre de 2024]; Disponible en: http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/4309

29. Martínez Centeno JN, Rojas Montañez H. Características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica, 2018-2021. 1 de febrero de 2023 [citado 2 de septiembre de 2024]; Disponible en: https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/5195

30. Rojas Zamora B. Características de las gestantes con placenta previa Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho enero a diciembre 2016-2017. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2019 [citado 10 de septiembre de 2024]; Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5410

31. Lavery JP. Placenta previa. Clin Obstet Gynecol. septiembre de 1990;33(3):414-21.

32. Guía técnica: Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva [Internet]. [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352824-guia-tecnica-guias-de-practica-clinica-para-la-atencion-de-emergencias-obstetricas-segun-nivel-de-capacidad-resolutiva

33. Protocolos asistenciales de obstetricia - placenta previa.

34. Placenta praevia: incidence, risk factors and outcome - PubMed [Internet]. [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26043298/

35. Rao KP, Belogolovkin V, Yankowitz J, Spinnato JA. Abnormal placentation: evidence-based diagnosis and management of placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Obstet Gynecol Surv. agosto de 2012;67(8):503-19.

36. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide A, Belfort M, Burton G, Collins S, et al. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a. BJOG Int J Obstet Gynaecol [Internet]. enero de 2019 [citado 30 de agosto de 2024];126(1). Disponible en: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.15306

37. Bi S, Zhang L, Wang Z, Chen J, Tang J, Gong J, et al. Effect of types of placenta previa on maternal and neonatal outcomes: a 10-year retrospective cohort study. Arch Gynecol Obstet. julio de 2021;304(1):65-72.

38. Zhang L, Bi S, Du L, Gong J, Chen J, Sun W, et al. Effect of previous placenta previa on outcome of next pregnancy: a 10-year retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 15 de abril de 2020;20(1):212.

39. Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. marzo de 2003;13(3):175-90.

40. [Management of placenta previa and accreta] - PubMed [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25453204/

41. Protocolos asistenciales de obstetricia - placenta previa. - Buscar con Google [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=Protocolos+asistenciales+de+obstetricia+-

42. RAE. «Diccionario del estudiante». 2024 [citado 31 de agosto de 2024]. edad | Diccionario del estudiante. Disponible en: https://www.rae.es/diccionario-estudiante/edad

43. procedencia | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 31 de agosto de 2024]. Disponible en: https://dle.rae.es/procedencia

44. RAE. Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española. [citado 31 de agosto de 2024]. Definición de estado civil - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE. Disponible en: https://dpej.rae.es/lema/estado-civil

45. Definición Nivel de instrucción [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html

46. Asaler, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 1 de septiembre de 2024]. ocupación | Diccionario de la lengua española. Disponible en: https://dle.rae.es/ocupación

47. 198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf

48. Ayacucho zona turística [Internet]. [citado 10 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.geocities.ws/lugares_ayacucho/

49. Informe de evaluación de resultados [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://munijesusnazareno.gob.pe/wp-content/uploads/2023/05/INFORME-DE-EVALUACION-DE-RESULTADOS-2020.pdf

50. Catálogo en línea BIBLIOTECA CENTRAL - UNAH [Internet]. [citado 7 de agosto de 2024]. Disponible en: https://sisbiblio.unah.edu.pe/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=490

51. metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf [Internet]. [citado 10 de agosto de 2024]. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

52. Dominguez OJA. Metodologia de La Investigacion Cientifica Carrasco Diaz (1). [citado 10 de agosto de 2024]; Disponible en: https://www.academia.edu/26909781/Metodologia_de_La_Investigacion_Cientifica_Carrasco_Diaz_1_

53. Fundamentos-de-la-Investigación-Científica.pdf [Internet]. [citado 10 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.felipesupo.com/wp-content/uploads/2020/02/Fundamentos-de-la-Investigaci%C3%B3n-Cient%C3%ADfica.pdf

54. Fernández JLL. Metodología de la investigación epidemiológica. Editorial El Manual Moderno; 2022. 372 p.

55. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ. 17 de noviembre de 2007;335(7628):1025.

ANEXOS

ANEXO: INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Creada por Ley N°. 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TITULO: Características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS		
Fecha:	N°ficha:	HCL:
I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.		
a) EDAD:	≤18 años (1) 19 a 34años (2) ≥35 años (3)	
b) PROCEDENCIA:	Rural (1) Urbano (2)	
c) ESTADO CIVIL:	soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda o Separada (4)	
d) GRADO DE INSTRUCCION	Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior (4)	
e) OCUPACION	Ama de casa (1) Estudiante (2) Trabajadora publica (3) Trabajadora independiente (4)	
II. CARACTERISTICAS OBSTETRICAS.		

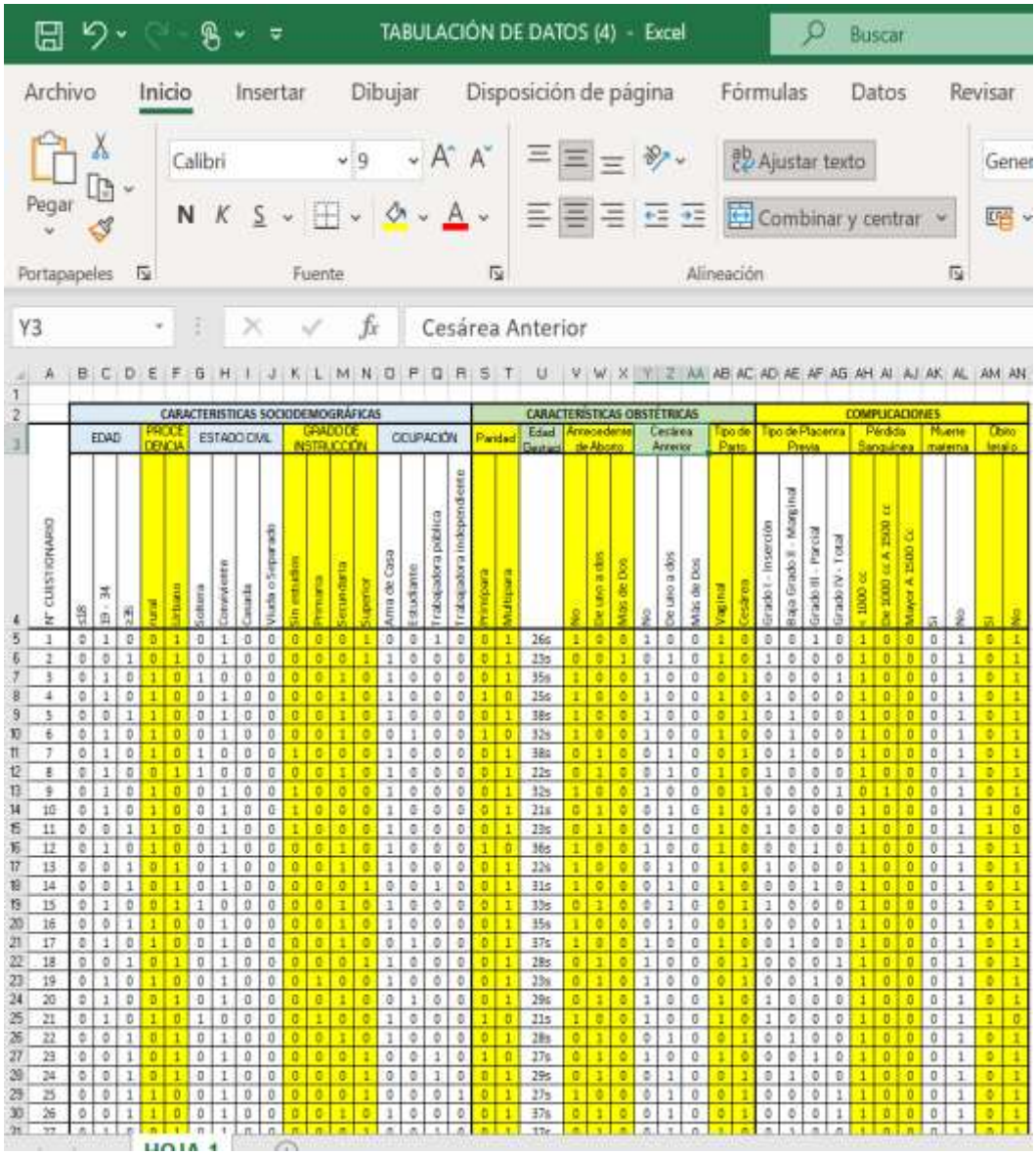
a) Paridad	Primipara (1)		Multipara (2)
b) Edad gestacional al Dx. De Placenta previa	……		
c) Antecedente de aborto	No (1)	De uno a dos (2)	Mas de dos (3)
d) Cesarea anterior	No (1)	De uno a dos (2)	Mas de dos (3)
e) Tipo de parto	Vaginal (1)		Cesarea (2)
III. COMPLICACIONES			
a) Tipo de placenta previa	Grado I-insercion baja (1) Grado II -marginal (2) Grado III-parcial (3) Grado IV -total (4)		
b) Perdida sanguinea	< de 1000 cc (1)	1000cc a 1500 cc (2)	Mayor a 1500cc (3)
c) Muerte materna	Si (1)		No (2)
d) Obito fetal o Muerte neonatal	Si (1)		No (2)

ANEXO: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	MARCO TEORICO	VARIABLES DIMENSIONES	DISEÑO METODOLOGICO
PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son las características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el hospital de apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022?	**OBJETIVO GENERAL** Conocer las características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** -Describir las características sociodemográficas de las gestantes con placenta previa, atendidas en el hospital de apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022. - Describir las características obstétricas de las gestantes con placenta previa, atendidas en el hospital de apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022. Determinar las	**NO APLICA**	MARCO TEÓRICO 2.1 Antecedentes • Internacionales • Nacionales 2.2 Bases teóricas 2.2.1. Placenta previa 2.2.2. Etiología 2.2.3. Fisiopatología 2.3 Variables y operacionalización de variables	**Univariable:** características de la placenta previa	**Enfoque de investigación:** **Cuantitativo** **Tipo de investigación:** Retrospectivo, descriptivo de corte transversal **Diseño de investigación:** descriptiva. **Población:** 120 historias clínicas **Muestra**: 100 historias clínicas de gestantes con placenta previa que fueron atendidas en el Hospital Jesús Nazareno **Muestreo.** No probabilístico por conveniencia **Técnicas e Instrumentos:** **Técnica:** análisis documental Instrumento: hoja de recolección de datos

	complicaciones de las gestantes con placenta previa, atendidas en el hospital de apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho durante 2020-2022.				

BASE DE DATOS



N° CUESTIONARIO	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS																	CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS										COMPLICACIONES									
	EDAD			PROCEDENCIA		ESTADO CIVIL				GRADO DE INSTRUCCIÓN				OCUPACIÓN				Paridad		Edad Gestacional	Antecedente de Aborto			Cesárea Anterior			Tipo de Parto	Tipo de Placenta Previa			Pérdida Sanguínea			Muerte materna		Óbito fetal o	
	≤18	19 - 34	≥35	Rural	Urbano	Soltera	Conviviente	Casada	Viuda o Separada	Sin estudios	Primaria	Secundaria	Superior	Ama de Casa	Estudiante	Trabajadora pública	Trabajadora independiente	Primípara	Multípara		No	De uno a dos	Más de Dos	No	De uno a dos	Más de Dos	Vaginal	Cesárea	Grado I - Inserción	Baja Grado II - Marginal	Grado III - Parcial	Grado IV - Total	< 1000 cc	De 1000 cc A 1500 cc	Mayor A 1500 Cc	Si	No	Si	No
1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	26s	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	23s	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
3	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	35s	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
4	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	35s	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
5	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	38s	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
6	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	32s	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
7	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	38s	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
8	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	22s	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
9	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	32s	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
10	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	21s	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
11	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	23s	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
12	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	36s	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
13	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	22s	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
14	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	31s	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
15	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	33s	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
16	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	35s	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
17	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	37s	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
18	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	28s	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
19	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	23s	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
20	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	29s	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
21	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	21s	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
22	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	28s	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
23	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	23s	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
24	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	29s	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
25	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	21s	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
26	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	28s	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
27	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	27s	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
28	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	29s	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
29	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	27s	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
30	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	37s	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1

TABULACIÓN DE DATOS (4) - Excel

Y3 | Cesárea Anterior

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN
68	64	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	39s	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
69	65	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	23s	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0
70	66	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	21s	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
71	67	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	22s	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0
72	68	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	38s	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
73	69	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	37s	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
74	70	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	36s	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
75	71	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	28s	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
76	72	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	36s	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
77	73	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	25s	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
78	74	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	27s	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
79	75	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	29s	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
80	76	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	38s	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
81	77	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	31s	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
82	78	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	36s	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
83	79	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	36s	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1
84	80	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	29s	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
85	81	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	29s	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
86	82	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	35s	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
87	83	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	36s	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
88	84	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	37s	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
89	85	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	38s	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
90	86	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	35s	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
91	87	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	23s	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
92	88	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	39s	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
93	89	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	34s	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
94	90	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	30s	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
95	91	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	37s	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
96	92	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	36s	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
97	93	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	32s	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1
98	94	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	37s	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1
99	95	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	39s	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1
100	96	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	37s	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
101	97	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	38s	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
102	98	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	39s	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
103	99	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	37s	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
104	100	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	37s	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
105	TOTAL	14	48	38	46	54	23	60	12	5	17	10	48	25	60	8	17	15	26	74	0	52	47	1	45	54	1	38	62	15	22	26	37	65	32	3	0	100	8	92
106		100			100		100				100				100				100			100			100			100			100				100		100		100	

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS