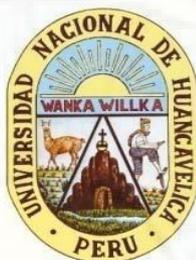


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON
PLACENTA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA, 2019 A
2021**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL**

PRESENTADO POR:

**NATALY ELIAS CORDOVA
MILENKA REYFREDA ARCE RIOS**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN:**

EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

**HUANCAVELICA – PERÚ
2021**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huancavelica a las 8:00 horas del día veintiséis de noviembre del año 2021, nos reunimos los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis de las egresadas:

ELIAS CORDOVA, Nataly
ARCE RIOS, Milenka Reyfreda

Siendo los Jurados Evaluadores:

- Presidente : Dr. Leonardo LEYVA YATACO
Secretario : Dra. Lina Yubana CARDENAS PINEDA
Vocal : Mg. Ada Lizbeth LARICO LOPEZ

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON PLACENTA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA 2019 A 2021.

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N°0634-2021-D-FCS-R-UNH; concluyendo a las 8:25 horas. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a los(as) sustentantes que se suspende la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación de la tesis; llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

.....
.....
.....

Ciudad de Huancavelica, 26 de noviembre del 2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DR. LEONARDO LEYVA YATACO
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Lina Yubana Cardenas Pineda
SECRETARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
E.P. OBSERVETICIA

Mg. Ada Lizbeth Larico López
VOCAL



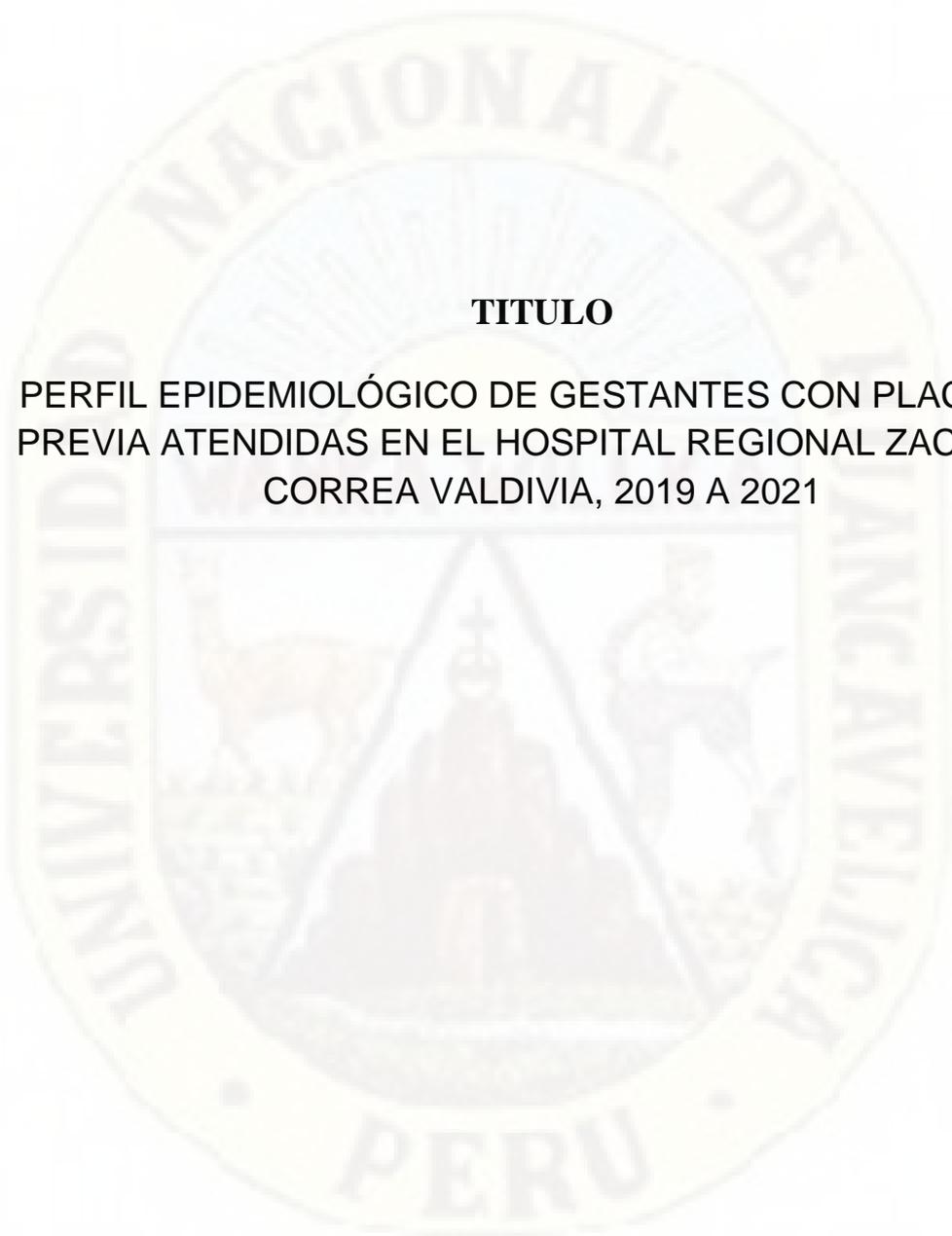
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Lina Yubana Cardenas Pineda
VºBº DECANATA



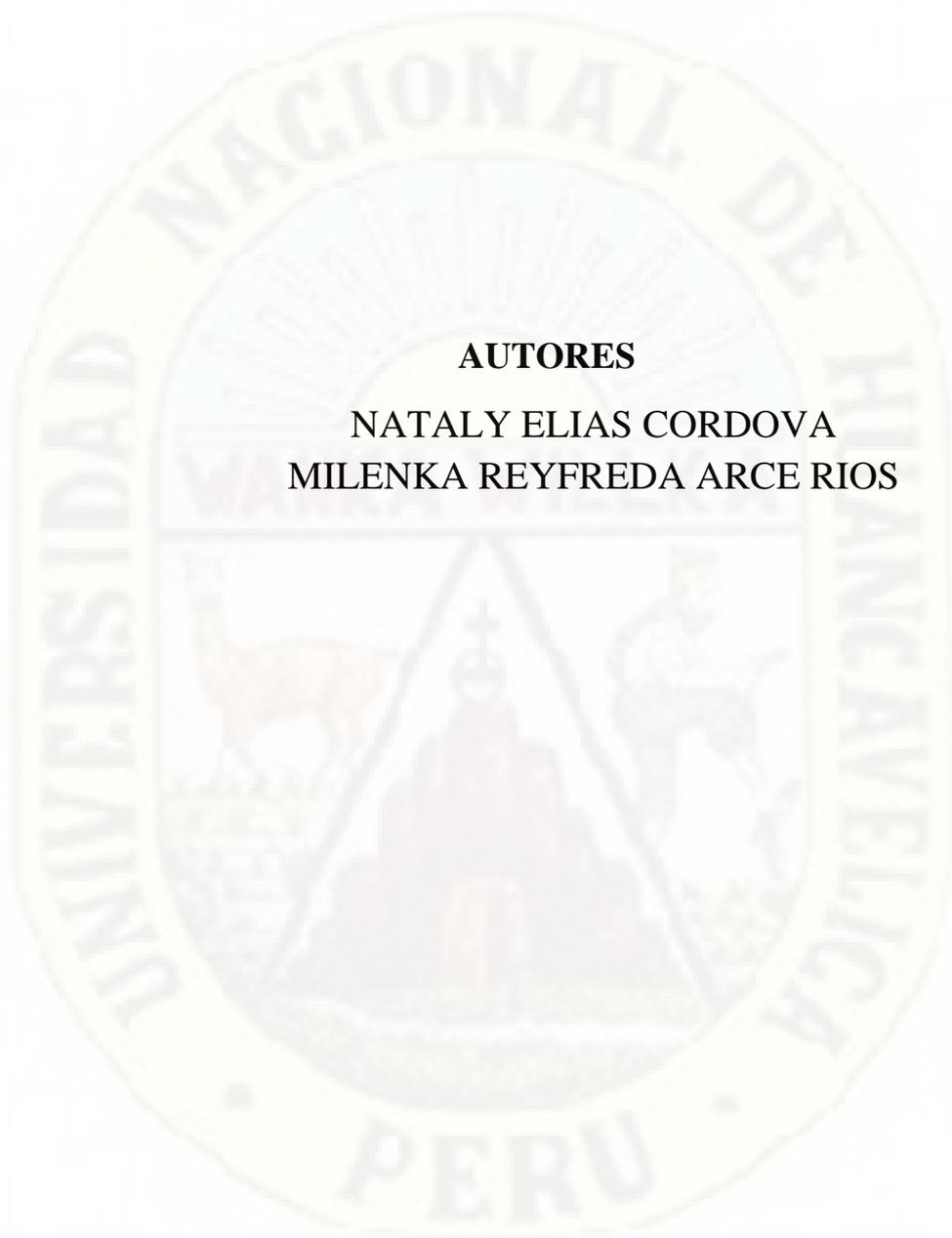
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Zelmira Flores De La Cruz Ramos
VºBº SECRETARIA DOC.



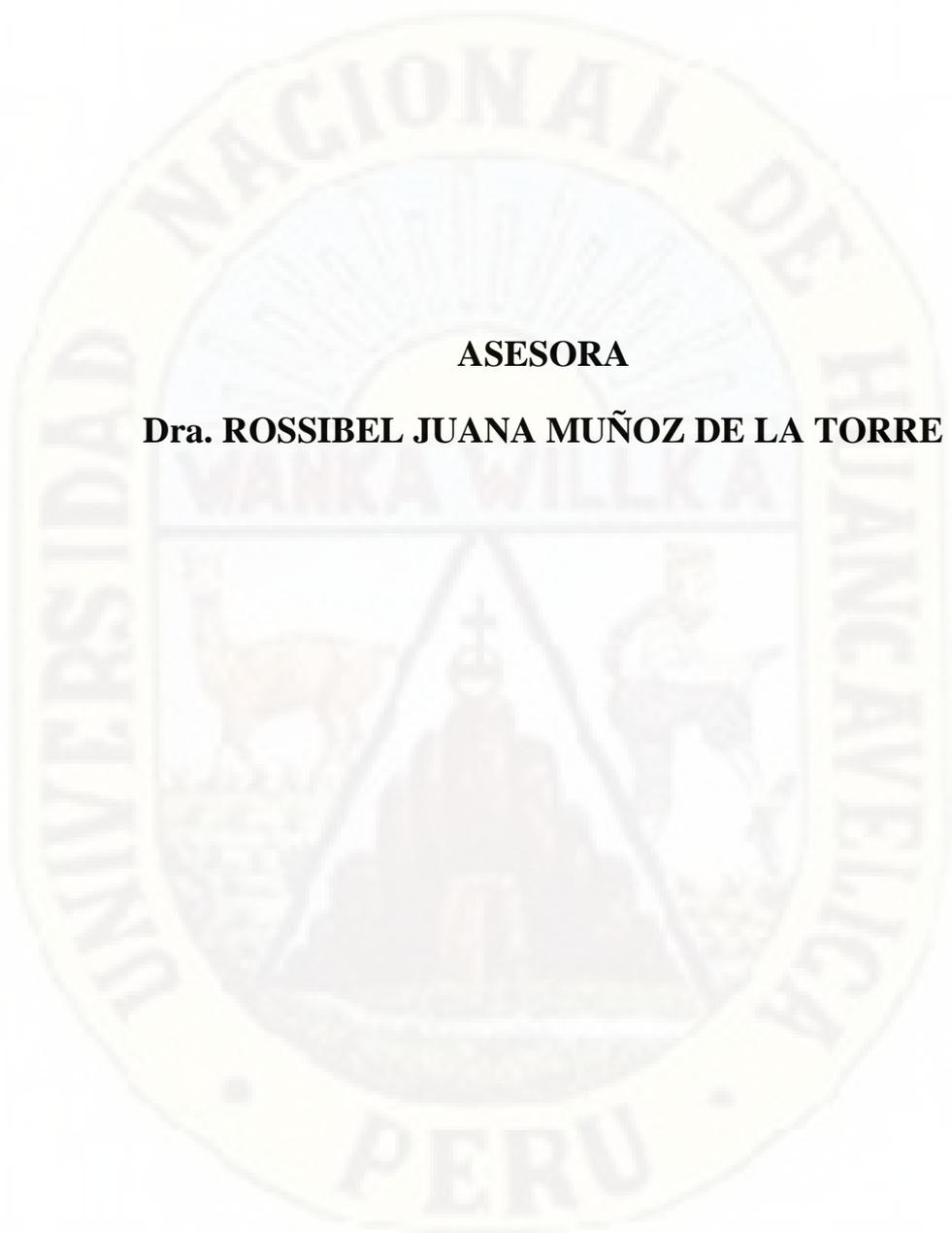
TITULO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON PLACENTA
PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS
CORREA VALDIVIA, 2019 A 2021**



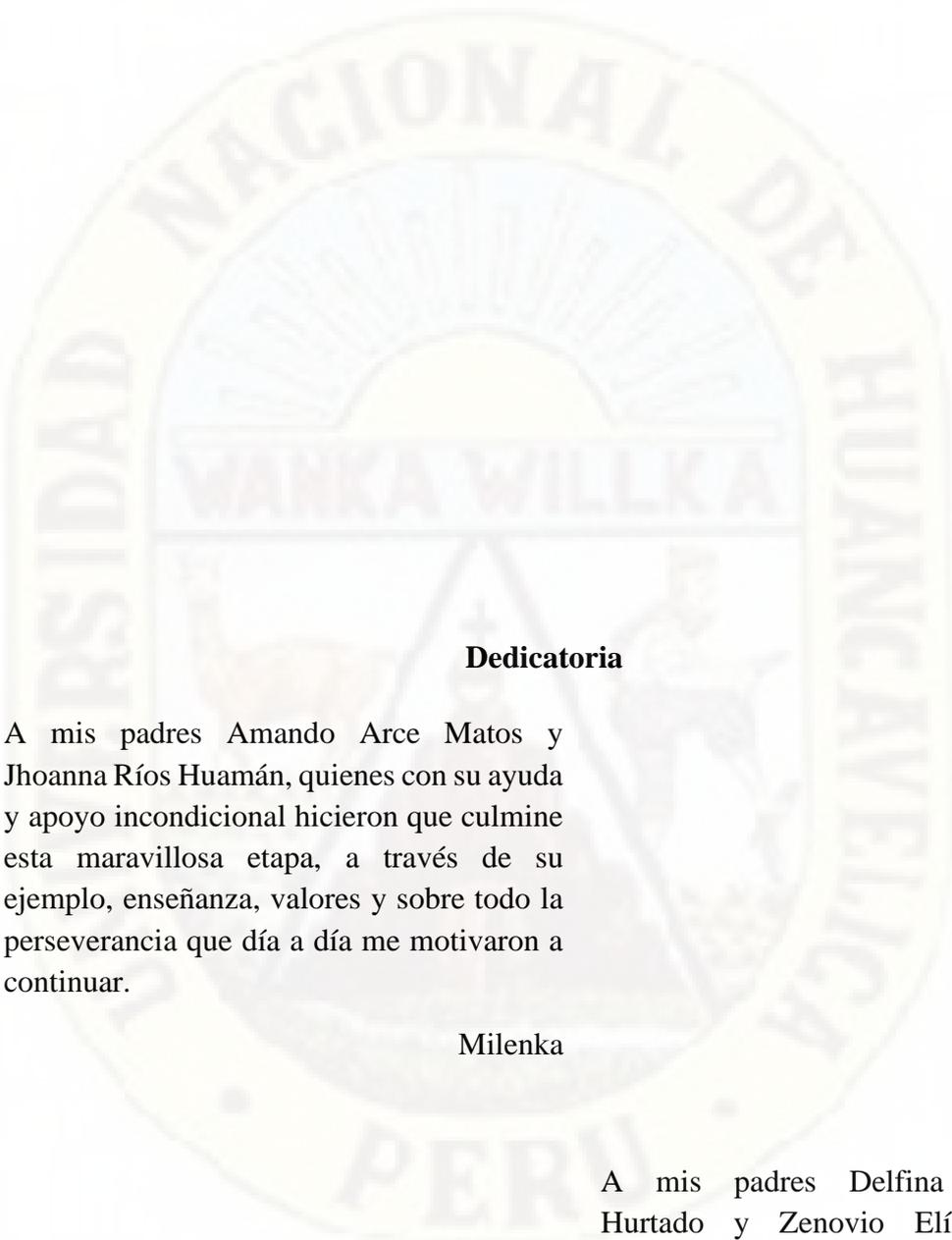
AUTORES

NATALY ELIAS CORDOVA
MILENKA REYFREDA ARCE RIOS



ASESORA

Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE



Dedicatoria

A mis padres Amando Arce Matos y Jhoanna Ríos Huamán, quienes con su ayuda y apoyo incondicional hicieron que culmine esta maravillosa etapa, a través de su ejemplo, enseñanza, valores y sobre todo la perseverancia que día a día me motivaron a continuar.

Milenka

A mis padres Delfina Córdova Hurtado y Zenovio Elías Pérez, quienes con su motivación y apoyo incondicional hicieron que culmine esta etapa académica - profesional, con su ejemplo, constancia, valores y la incansable perseverancia que día a día me motivaron a culminar este proyecto.

Nataly

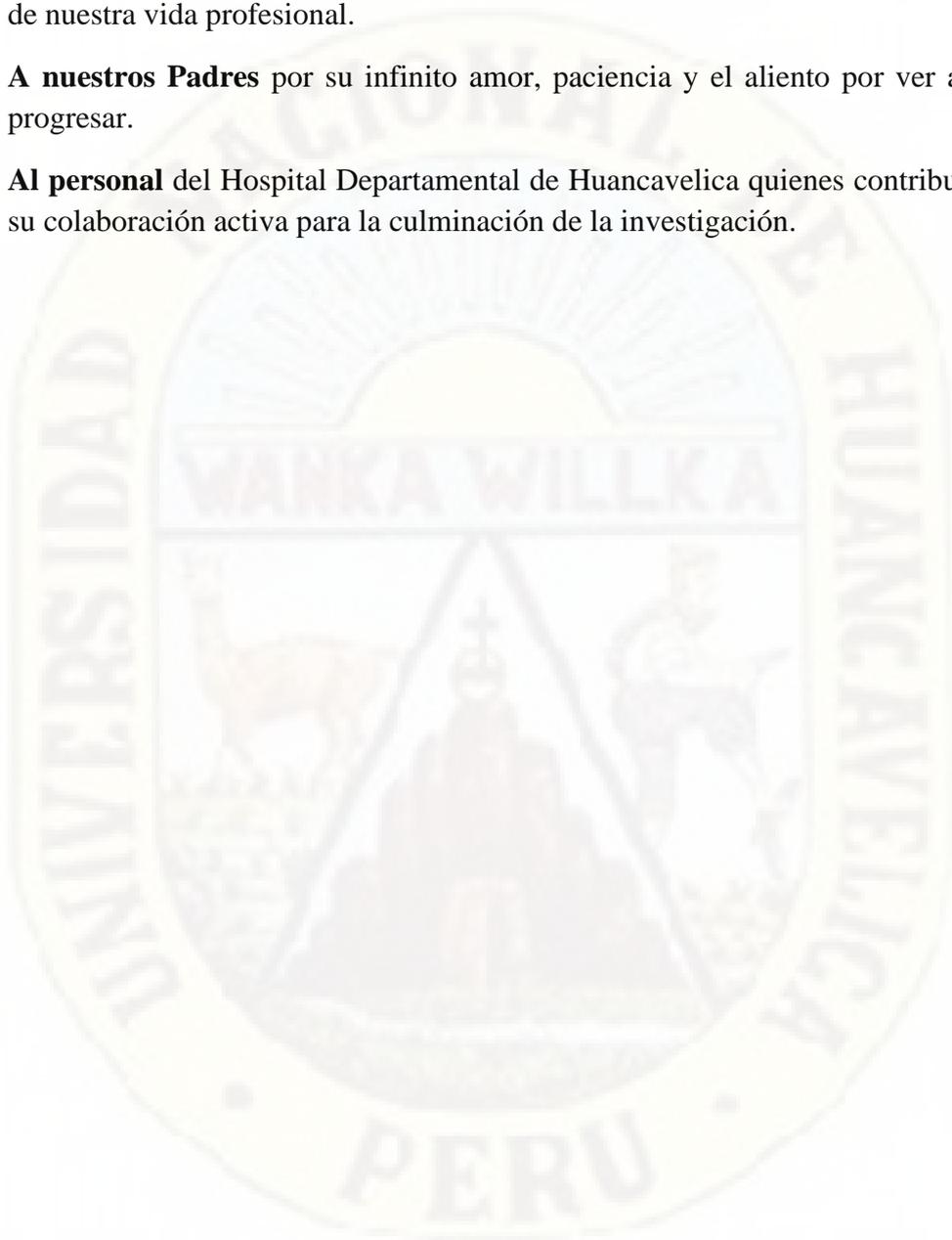
Agradecimiento

A Dios por permitirnos llegar a este momento especial y significativo para el desarrollo de nuestra vida profesional.

A nuestros Padres por su infinito amor, paciencia y el aliento por ver a sus hijas progresar.

Al personal del Hospital Departamental de Huancavelica quienes contribuyeron con su colaboración activa para la culminación de la investigación.

Gracias



INDICE

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Indice	viii
Indice de tablas	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema	15
1.2. Formulación del problema	16
1.2.1. Problema general	16
1.2.2. Problemas específicos	16
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.3.1. Objetivo general	17
1.4. Justificación	17
1.5. Limitaciones	18

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Variables	32
2.4. Operacionalización de variables	32

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial	35
3.2. Tipo de investigación	36
3.3. Nivel de investigación	36
3.4. Métodos de investigación	36
3.4.1. Método general	36
3.4.2. Método específico	36

3.5. Diseño de investigación	37
3.6. Población, muestra y muestreo	37
3.6.1. Población	37
3.6.2. Muestra	37
3.6.3. Muestreo	37
3.7. Instrumentos y técnicas para la recolección de datos	38
3.8. Procedimiento de recolección de datos	38
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	39
CAPÍTULO IV	
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	
4.1. Análisis de información	40
4.2. Discusión de los resultados	48
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
ANEXO	55
ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA	56
ANEXO B: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	59
ANEXO C: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	62
ANEXO D: AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	65
APENDICE E: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS	68

INDICE DE TABLAS

	Pg.
Tabla N. 1 Perfil de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021.	39
Tabla N. 2 Tipos de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021	41
Tabla N. 3 Edad de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021.	42
Tabla N. 4 Características socioculturales de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021.	43
Tabla N. 5 Características gineco obstétricas de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021	45

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es determinar el perfil de las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional de Huancavelica, 2020 . La metodología utilizada un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal o transeccional desarrollado en 35 gestantes con el diagnóstico de placenta previa atendidas durante enero de 2019 a setiembre de 2021, para ello se utilizó la ficha de registro a través de la técnica de análisis de revisión y uso la estadística descriptiva. Los resultados fueron La placenta previa con mayor frecuencia fue de tipo total en el 73%, seguido de la marginal el 18.9% y parcial el 8.1%.

La edad de la gestante con placenta previa en promedio de 29.8 años, se hallaron fluctuaciones entre 15 años a 43 años, el 75% tiene 26 años, el 50% 30 años y el 25% 35.5 años. El perfil epidemiológico de las gestantes con placenta previa son estado civil de unión estable el 81.1%, grado de instrucción secundario el 62.2% y superior el 21.6%, de ocupación ama de casa el 70.3%, religión católica el 78.4% y de procedencia rural el 51.4%. Entre las características gineco obstétricas se halló el índice de masa pregestacional por encima de lo normal el 45.9% (sobrepeso 35.1% y obeso el 10.8%); multigesta y gran multigesta el 59.5% y 18.9%. El antecedente de aborto 18.9%, cesárea previa el 18.9%. En conclusión, el tipo de placenta previa con mayor frecuencia fue total (73%); el perfil de las gestantes con placenta previa son de edades promedio 30 años, estado civil unión estable, espacio intergenésico normal, con inicio de atenciones prenatales en el I trimestre, recibiendo más de seis atenciones culminando en partos por cesárea, de ellos fue pretérmino el 70.3%.

Palabras clave: perfil epidemiológico, placenta previa, características de gestantes.

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the profile of pregnant women with placenta previa at the Hospital Regional de Huancavelica, 2020. The methodology used a study with a quantitative, descriptive, cross-sectional or transectional approach developed in 35 pregnant women with the diagnosis of placenta previa treated during January 2019 to September 2021, for this the registration form was used through the analysis technique of review and use of descriptive statistics. The results were The most frequent placenta previa was total in 73%, followed by marginal in 18.9% and partial in 8.1%.

The age of the pregnant woman with placenta previa was 29.8 years on average, fluctuations were found between 15 years and 43 years, 75% were 26 years old, 50% 30 years old, and 25% 35.5 years old. The epidemiological profile of pregnant women with placenta previa are 81.1% stable union marital status, 62.2% secondary education level and 21.6% higher, 70.3% housewife occupation, 78.4% Catholic religion and rural origin 51.4%. Among the obstetric gynecological characteristics, a pre-pregnancy mass index was found above normal in 45.9% (overweight 35.1% and obese 10.8%); 59.5% and 18.9% multigesta and large multigesta. The history of abortion 18.9%, previous cesarean section 18.9%. In conclusion, the profile of pregnant women with placenta previa are of average age 30 years, stable union marital status, normal intergenetic space, with the beginning of prenatal care in the first trimester, receiving more than six care, culminating in cesarean deliveries, of them 70.3% were preterm.

Key words: epidemiological profile, placenta previa, characteristics of pregnant women.

Key words: characteristics, pregnant women, prenatal care.

INTRODUCCION

La placenta previa representa un problema de salud pública desde hace muchos años atrás, sin embargo, en los últimos años se le ha dado mayor importancia por ser una patología que puede tener complicaciones graves para el feto y para la madre, llegando incluso a la muerte. Se le toma en cuenta debido al aumento de casos, es por ello que día tras día se da más importancia el conocer los factores asociados a placenta previa ya que es un eje sumamente importante en la mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

La placenta previa es una enfermedad silenciosa, aunque relativamente poco frecuente tiene una incidencia de 0.28 a 2% y una prevalencia de 4.0 por 1000 nacimientos a nivel mundial (2); En el Perú, se tiene una incidencia de 1% incrementándose el riesgo con el antecedente de cesárea de 3 a 9 gestantes por cada 1000 tiene placenta previa (4), el 2015 se reportó 3.3% de las causas básicas de muerte materna

Es la causa del 20% de las hemorragias del tercer trimestre y representa un problema clínico importante, porque la paciente puede llegar a necesitar hospitalización, transfusiones de sangre, histerectomías obstétricas, además del riesgo de acretismo placentario, parto prematuro, mayor admisión a unidad de cuidados intensivos neonatales, óbitos, con una morbimortalidad perinatal no despreciable (7).

Por todo lo mencionado Huancavelica, no es ajena a esta situación y los casos hallados son referidos al Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, donde se hallan escasos estudios relacionados al tema; sin embargo, se carece de estudios sobre el perfil que tienen las gestantes con placenta previa.

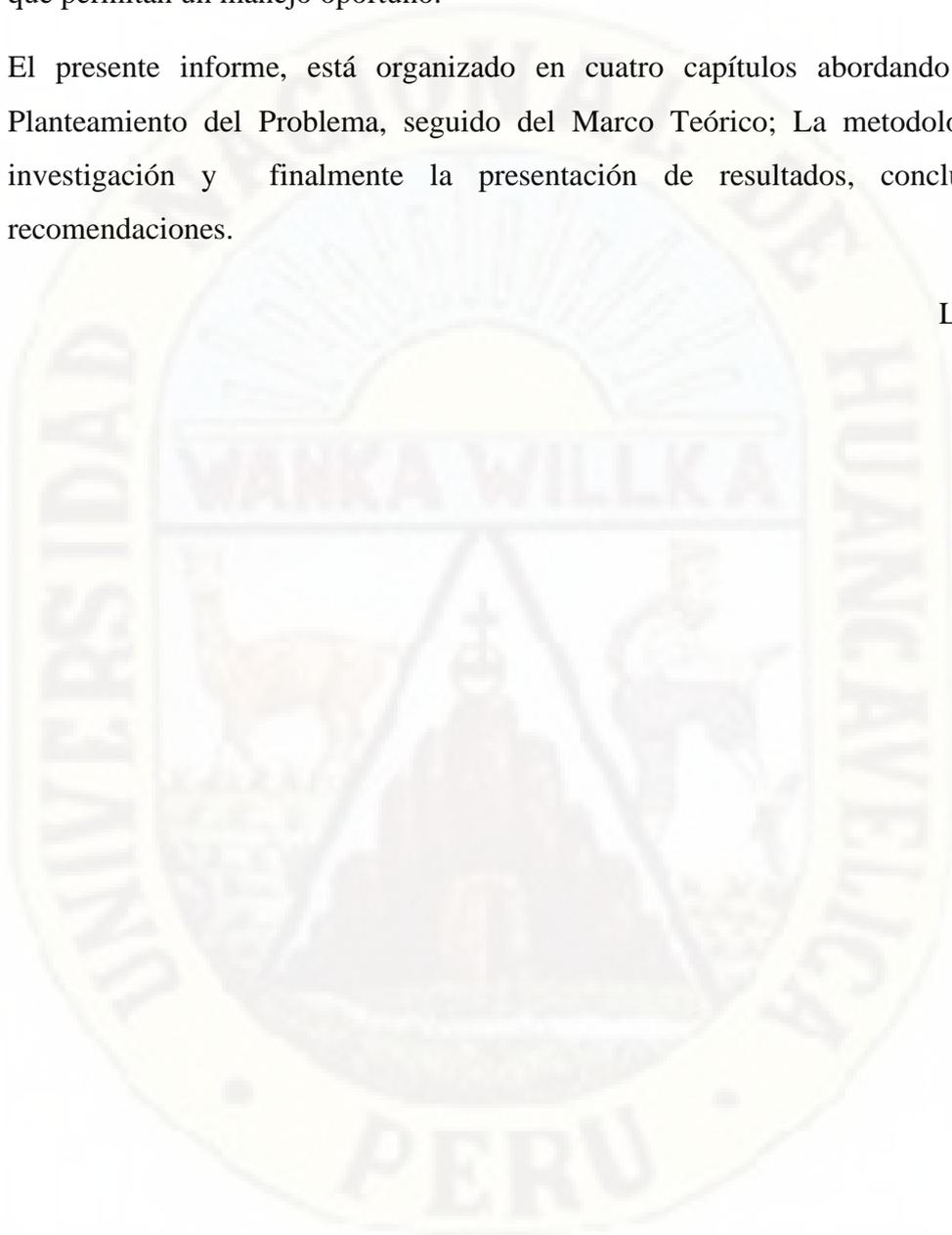
Las características epidemiológicas de las pacientes con placenta previa usualmente suelen ser en edades maternas avanzadas, multiparidad, antecedente de legrado, cesareada previa con espacios intergenésicos cortos (9 – 11).

Los resultados del estudio permiten identificar las características de las gestantes que presentaron placenta previa, lo que contribuye a comprender y explicar su perfil, así

mismo, el equipo de salud debe conocer estos resultados para que a partir de ello se planteen estrategias preventivas e integración de procedimientos multidisciplinarios que permitan un manejo oportuno.

El presente informe, está organizado en cuatro capítulos abordando desde el Planteamiento del Problema, seguido del Marco Teórico; La metodología de la investigación y finalmente la presentación de resultados, conclusiones y recomendaciones.

Los autores



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La hemorragia ante parto es una complicación obstétrica que amenaza la vida del binomio madre niño, entre las causas el 20% se debe a la placenta previa pudiendo necesitar hospitalización, transfusiones sanguíneas, riesgo de acretismo placentario u óbitos (1).

La placenta previa es una enfermedad silenciosa, aunque relativamente poco frecuente tiene una incidencia de 0.28 a 2% y una prevalencia de 4.0 por 1000 nacimientos a nivel mundial (2); en Estados Unidos la incidencia es de 2.8 a 4.8 por cada 1000 partos en embarazos únicos y de 3.9 en embarazos múltiples comparado con una prevalencia global de 5.2 (3). En el Perú, se tiene una incidencia de 1% (4), incrementándose el riesgo con el antecedente de cesárea de 3 a 9 gestantes por cada 1000 tiene placenta previa (4).

La placenta previa afecta el 0.3% al 2% de los embarazos en el tercer trimestre y se ha vuelto más evidente como consecuencia de las tasas crecientes de cesáreas (5) al impedir un parto vaginal seguro (6); esta patología se asocia con tasas más altas de complicaciones (7), siendo la más común la morbilidad hemorrágica materna, atonía en quien recibió uterotónicos e histerectomía (8).

Las características epidemiológica de las pacientes con placenta previa usualmente suelen ser en edades maternas avanzadas, multiparidad, antecedente de legrado, cesareada previa con espacios intergenésicos cortos

(9), así como el consumo de cigarrillo (10), de educación primaria incompleta (11).

Por todo lo mencionado Huancavelica, no es ajena a esta situación y los casos hallados son referidos al Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, donde se hallan escasos estudios relacionados al tema; sin embargo, se carece de estudios sobre el perfil que tienen las gestantes con placenta previa.

Los resultados del estudio permiten identificar las características de las gestantes que presentaron placenta previa, lo que contribuye a comprender y explicar su perfil, así mismo, el equipo de salud debe conocer estos resultados para que a partir de ello se planteen estrategias preventivas e integración de procedimientos multidisciplinarios que permitan un manejo oportuno.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el perfil epidemiológico de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los tipos de placenta previa en las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021?
- ¿Cuáles son las características sociales y culturales de las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021?
- ¿Cuáles son las características gineco obstétricas de las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el perfil epidemiológico de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los tipos de placenta previa en las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021.
- Describir las características sociales y culturales de las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021.
- Describir las características gineco obstétricas de las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021.

1.4. Justificación

En un estudio de 108 mujeres con placenta previa la prevalencia de una implantación anormal fue del 44.2%, de ellas el 54.2% fue placenta acreta y el 45.8% placenta perreta, las edades maternas eran de 34 años en promedio todas detectadas en ecografías del primer trimestre (12).

Entre los factores asociados se halló el aborto inducido previo, fetos masculinos, tabaquismo, edad materna avanzada y cesárea, todos ellos como altamente sugestiva y la endometriosis y cocaína con evidencia débil.

Huancavelica, tiene su propio contexto donde la placenta previa no es un tema ajeno, sino más bien se presentan de año tras año aumentando su incidencia sobre todo en el primer y segundo nivel de atención, generando inquietud por conocer el perfil de las gestantes con placenta previa, para poder plantear

estrategias de supervisión en este conjunto de características a fin de prevenir la morbilidad materna y perinatal, así como plantear un enfoque integral en el equipo de salud para el manejo oportuno de esta patología.

La placenta previa, es un problema de salud materna cuyo desenlace puede comprometer seriamente con la madre y el niño por nacer. Su diagnóstico precoz a partir del perfil de las gestantes permitirá tomar acciones preventivas para disminuir complicaciones.

1.5. Limitaciones

La investigación se limita a extrapolar los resultados a otros contextos dado que es relevante para el ámbito de estudio; por otro lado, respecto al desarrollo de la tesis se tuvo la limitación el tiempo para acceder a los datos, prolongándose el mismo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacional

Souhail (13). Diagnóstico y manejo de placenta previa e implantación placentaria baja. El objetivo fue Evaluar la migración de la implantación placentaria baja (LPI) durante el tercer trimestre del embarazo y su efecto en el parto y la hemorragia posparto. La metodología fue aplicar un estudio retrospectivo en un Centro Materno Nivel III que incluyó los casos de placenta previa entre los años 1998 al 2014. Los resultados fueron, en total, 319 pacientes presentaron placenta previa. Todos las Placentas previas completas (121) y el 90,6% (58 de 64) de las placentas a menos de 1 cm del orificio cervical interno no migraron. Entre las 138 placentas con un orificio cervical interno - PE inicial mayor de 1 cm, solo 17 (12,3%) no migraron por encima de 2 cm. Las pacientes para las que se retuvo y se dio cuenta de la decisión de realizar una cesárea (cesárea) tenían un CIO-PE d significativamente más bajo que las que dieron a luz por vía vaginal ($p < .001$). Las pacientes que dieron a luz por cesárea tuvieron un CIO-PE d menor cuando se realizó una cesárea de emergencia, específicamente por hemorragia ($p < 0,001$). El volumen medio de hemorragia fue significativamente mayor para los pacientes con un CIO-PE d menor de 2 cm. En conclusión, la placenta parcial completo y la mayoría de placentas a menos de 1cm del orificio cervical interno no migraron, observándose un riesgo significativo de hemorragia en el momento del parto.

Kollmann (14). En placenta previa: incidencia, factores de riesgo y resultados. El objetivo fue evaluar la incidencia, los potenciales factores de riesgo y sus resultados respectivos de los embarazos con placenta previa. La metodología, fue analizar 328 gestantes con placenta previa en 10 hospitales austriacos en la provincia de Estiria entre 1993 y 2012, tomando en cuenta las diferencias entre la placenta previa mayor y menor. Los resultados, de 328 pacientes con placenta previa, se identificó una incidencia de 0.15%, la morbilidad materna fue el sangrado antes del parto en el 42.3%, hemorragia posparto el 7.1%, anemia materna el 30%, placenta adherente comórbida 4%, histerectomía el 5.2%. En conclusión, la placenta previa se asocia con resultados maternos adversos en el 34.1% y neonatales en el 60.6% (15).

Nacional

Paulino (11). Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. El objetivo fue determinar los factores asociados a la placenta previa en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital de Tarapoto durante mayo a noviembre de 2019. La metodología fue estudio observacional, retrospectivo, transversal desarrollado en 66 historias clínicas de las gestantes con placenta previa. Los resultados fueron el 56% tuvo placenta previa de inserción marginal, el 29% inserción total, 9% inserción parcial y el 6% inserción baja; las edades de la mayoría (61%) fueron de 20 a 34 años, con antecedente de cesárea el 12% cuyo 85 terminó con inserción total en el orificio cervical interno, el 27% tenía antecedente de aborto, el 56% fue multípara y el 32% primípara, con periodos intergenésico adecuados en el 39% y corto solo el 6%. En conclusión, los factores asociados a la placenta previa son edad avanzada, paridad y el periodo intergenésico corto.

Arizapana (16). Factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco obstetricia del Hospital de Juliaca, 2018. El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a la placenta

previa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. La metodología fue un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, analítico, retrospectivo de observación indirecta; la muestra estuvo conformada por 53 historias clínicas que representan el total de gestantes con diagnóstico de placenta previa durante los meses de enero a diciembre 2018, tomando los datos del sistema informático perinatal y las historias clínicas de las gestantes, aplicando la técnica de registro. Los resultados detallan la incidencia de placenta previa el 1.6%; de 53 gestantes el 47.2% tuvo placenta previa total, el 35.8% placenta previa parcial, el 9.4% placenta previa de inserción baja y el 7.5% placenta previa marginal, se observó que el 50.9% eran gestantes con edad mayor o igual a 35 años, el 60.4% tuvo antecedente de cesárea, 34% antecedente de aborto, el 45.3% fueron multíparas, 49.1% periodo intergenésico corto y sólo el 3.8% tuvo embarazo múltiple. En conclusión, existen factores de riesgo para la placenta previa como edad materna extrema, multiparidad y antecedente de cesárea.

Camavilca (17). Caracterización de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen, 2019. El objetivo fue identificar las características de las gestantes con placenta previa, la metodología aplicada fue un estudio descriptivo, observacional de nivel y metodología descriptiva cuya población estuvo conformada por 41 gestantes con placenta previa, siendo el elemento de análisis las historias clínicas. Los resultados fueron edad de 31 años a más el 63.4%, 20 a 30 años el 34.2%; el estado civil fue conviviente el 75.6%, con el nivel secundario el 41.5%, procedencia urbana el 65.8%; entre las características clínicas se hallaron sangrado vaginal el 78%, hipertensión el 87.8%, dolor el 41.5%, con más de 2 embarazos el 58.5% con menos de seis atenciones prenatales el 58.5%; la placenta previa total fue el 73.2%. En conclusión, las características principales de la placenta previa fueron de tipo total en gestantes mayores de 31 años.

Local

Amesquita (18). Perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital Lircay, Huancavelica 2019. La metodología fue un estudio observacional, retrospectivo, transversal de tipo descriptivo en la que se aplicó un diseño descriptivo; la población fueron todas las gestantes con complicaciones de enero a julio de 2019 (80), la técnica fue análisis documental. Resultados, edad promedio de 21.5 años, con más de seis atenciones prenatales en el 50%, convivientes el 55%, el 47.5% fueron nulíparas; entre las complicaciones se tuvo la placenta previa. En conclusión, las gestantes con complicaciones se caracterizaron por tener familias ampliadas, viven con sus padres, con más de seis atenciones prenatales y viviendas no saludables.

Jauniaux (19). Epidemiología de la placenta previa acreta. Estimar la prevalencia e incidencia de placenta previa complicada por el espectro de placenta acreta y examinar los diferentes criterios que se utilizan para el diagnóstico. La metodología fue una revisión sistemática y metaanálisis de diferentes bases de datos usando un protocolo predefinido y evaluaron el riesgo de sesgo usando la escala de Newcastle – Ottawa para estudios observacionales, con diferencias acordadas por consenso. Resultados, se revisaron un total de 258 artículos y se incluyeron en el análisis 13 estudios retrospectivos y 7 prospectivos, informaron sobre 587 mujeres con placenta previa; el metaanálisis indicó una heterogeneidad significativa ($p < 0.001$) entre las estimaciones del estudio para la prevalencia de placenta previa; la mediana fue de 0.56% (IQR 0.39 – 1.24) mientras la mediana de la prevalencia fue de 0.07% (IQR 0.05 – 0.16). La incidencia de la placenta previa fue del 11.1% (IQR 7.65 – 17.35). En conclusión, la alta heterogeneidad en los datos cualitativos y diagnósticos entre los estudios enfatiza la necesidad de implementar protocolos estandarizados para el diagnóstico de placenta previa y el grado de invasividad vellosa.

Lafaurie (20). Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. El objetivo fue analizar y describir desde una perspectiva cualitativa las vivencias de un

grupo de gestantes con diagnóstico de embarazos de ARO; la metodología utilizada fue una entrevista a profundidad a 10 mujeres de 17 a 39 años; los resultados enfatizaron a situaciones asociadas al intervalo intergenésico corto, hipertensión arterial inducida por el embarazo, placenta previa. En conclusión, las mujeres de alto riesgo requieren de atención integral y oportuna, evitando demoras y educación sexual y reproductiva.

Munive (21). Características de las gestantes con diagnóstico de placenta previa atendidas en el Hospital Regional de Huancavelica. El objetivo fue conocer las características de gestantes que tuvieron diagnóstico de placenta previa el 2017, la metodología aplicada fue un estudio observacional retrospectiva, de corte transeccional conformados por 32 historias clínicas de las gestantes con diagnóstico de placenta previa cuyo instrumento fue el análisis documental. Los resultados fueron las gestantes son de edad promedio 29.7 años, 62.5% multíparas, la zona rural el 68.8%, amas del hogar el 87.5%, convivientes el 59.4%, con secundaria completa el 34.4% y el 62.5% tuvo más de seis atenciones prenatales, 50% periodo intergenésico corto. En conclusión, la mayoría de las gestantes con placenta previa son amas de casa, de la zona rural y secundaria completa.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Placenta previa

2.2.1.1. Definición

Deriva del latín *previa*, que significa *ir antes*, es decir la placenta va antes que el feto hacia el canal del parto (10); describe que se implanta en algún lugar del segmento uterino inferior y que no siempre pueden definirse con precisión (22). Es la implantación anormal de la placenta en relación con el orificio interno del cuello uterino, sea cubriéndolo parcial o totalmente, que persiste después de la semana 24 de gestación (23).

La placenta previa es un factor de riesgo importante de hemorragia posparto y puede provocar morbilidad y mortalidad en la madre y el recién nacido (6).

La placenta es un órgano complejo encargado de la secreción de hormonas y enzimas, que realizan transportes de nutrientes y productos metabólicos permitiendo el ingreso de oxígeno.

Con el aumento de la edad materna y de las cesáreas la incidencia de la placenta previa se ha elevado, convirtiéndose en un riesgo de hemorragia intraparto.

Con el aumento de la edad materna y de las cesáreas, la incidencia se ha elevado, convirtiéndose ambas condiciones en problemas para la obstetricia moderna. La placenta previa se presenta como sangrado indoloro hacia finales del segundo trimestre.

Esta condición representa un riesgo de hemorragia intraparto con alta morbilidad materna y fetal asociada.

2.2.1.2. Etiología

La causa subyacente de la placenta previa es desconocida; sin embargo, existe una asociación entre el daño endometrial y la cicatrización uterina; los factores de riesgo que se correlacionan con la placenta previa son edad materna avanzada, multiparidad, tabaquismo, consumo de cocaína, succión previa y legrado (5, 24).

La capa externa del cigoto en división, el blastocisto, está formada por células trofoblásticas que se desarrollan en la placenta y las membranas fetales. El trofoblasto se adhiere a la decidua basal del endometrio, formando un embarazo normal. Las cicatrices uterinas anteriores proporcionan un entorno rico en oxígeno y colágeno. El trofoblasto puede adherirse a la cicatriz uterina y llevar a que la placenta cubra el orificio cervical o que la placenta invada las paredes del miometrio (6).

2.2.1.3. Migración placentaria

El uso de la ecografía en obstetricia, la migración placentaria describe el aparente movimiento de la placenta lejos del orificio cervical interno (25); la placenta o se mueve en sí y el mecanismo del movimiento aparente no se comprende completamente.

Para empezar, la migración es claramente un nombre inapropiado, porque la invasión decidual ancla vellosidades coriónicas en el orificio cervical (10).

La placenta baja en relación al orificio cervical interno relacionado con la imprecisión de la ecografía bidimensional, a medida que el embarazo progresa el segmento uterino inferior difiere con mayor probabilidad que el crecimiento placentario se dirija hacia el fondo de ojo; una placenta con inscripción baja tiene menos probabilidades de migrar si hay cicatriz de cesárea previa.

2.2.1.4. Fisiopatología

Casi del 90% de las placentas de inserción baja finalmente se resolverán en el III trimestre debido a la migración placentaria (26, 27). La placenta en sí no se mueve sino que crece hacia el aumento del riego sanguíneo en el fondo del ojo, dejando la porción distal de la placenta en el segmento uterino inferior con un riego sanguíneo relativamente deficiente para retroceder y atrofiarse (27). La migración también puede tener lugar por el crecimiento del segmento uterino inferior, aumentando la distancia desde el margen inferior hasta el cuello uterino.

2.2.1.5. Clasificación de la placenta previa

La placenta previa se puede definir como mayor o menor (14) según la ubicación, asociándose con tasas más altas de complicaciones (7), siendo estas:

- ✓ **Placenta previa mayor**, identificándose en este grupo a la placenta previa total o parcial.
- ✓ **Placenta previa menor**, corresponde la placenta previa marginal o de inserción baja.

Sin embargo, la clasificación más conocida es (4, 28):

- **Placenta previa total**

Es cuando el orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta.

- **Placenta previa parcial**

Es cuando el orificio cervical interno está parcialmente cubierto por la placenta

- **Placenta previa marginal**

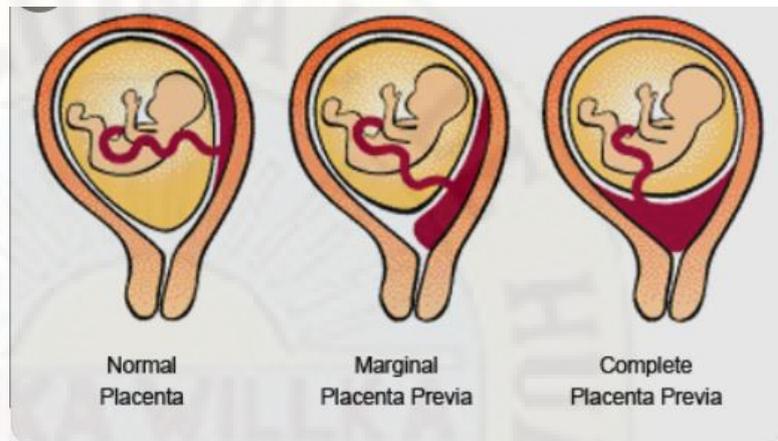
Se refiere a la placenta ubicada en el margen del orificio cervical interno

- **Placenta previa lateral o baja**

Es cuando se fija en el segmento uterino inferior a menos de 10 cm del orificio interno del cérvix.

Claramente la clasificación de algunos casos de previa dependerá de la dilatación cervical en el momento de la evaluación; tal es así, que una placenta de inserción baja a una dilatación de 2 cm puede convertirse en una placenta previa parcial a una dilatación de 4cm porque el cuello se ha abierto para exponer el borde de la placenta. A la inversa, una placenta previa que parece ser total antes de la

dilatación cervical puede volverse parcial a una dilatación de 4cm porque la abertura cervical ahora se extiende más allá del borde del borde de la placenta (10).



Fuente: Google imágenes.com.pe

2.2.1.6. Diagnóstico

A través de la historia clínica, cuando hallamos:

- Aparición súbita e indolora de hemorragia de color rojo vivo en el segundo o tercer trimestre del embarazo.
- Ausencia del dolor abdominal y contracciones uterinas.
- Frecuencia asociada a distocias de presentación y de situación fetal.

En la exploración física

- Signos vitales maternos estables
- Tono uterino normal.
- Frecuencia Cardíaca fetal,
- Verificar la presentación y situación fetal
- Examen vaginal cuidadoso con espéculo
- No se hará tacto vaginal a menos que sea imprescindible

En la exploración física

- Se solicita hemograma y clasificación sanguínea.
- Ultrasonografía transabdominal (preferentemente con vejiga llena).

El sangrado indoloro es el evento más característico de la placenta previa; el sangrado por lo general no se desarrolla hasta cerca del final del segundo trimestre o más tarde pero puede comenzar incluso antes del embarazo. Y sin duda, algunos abortos tardíos son causados por una placenta ubicada anormal.

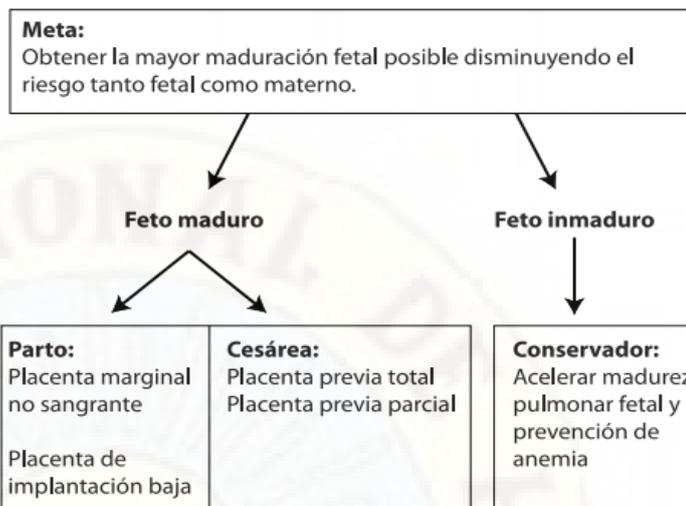
El sangrado comienza sin previo aviso y sin dolor ni contracciones en una mujer que tenido un curso prenatal sin incidentes, llamado centinela de sangre, rara vez resulta fatal.

La placenta adherente mórbida son complicaciones frecuentes y grave asociada con la placenta previa; la infiltración de células grandes trofoblásticas endovasculares, se encontró a la mitad de las muestras previas.

2.2.1.7. Tratamiento de la placenta previa

Dependerá del tipo de placenta previa, la condición general de la madre, la cantidad y tiempo de sangrado vaginal, estado hemodinámico, grado de anemia, viabilidad fetal, paridad de la mujer entre otros (22, 29). Tres factores prominentes incluyen la edad y la madurez fetal, el parto y la severidad del sangrado.

De 214 mujeres con placenta previa el 43% tuvo parto de emergencia y la mitad de ellos fueron prematuros.



La ecografía de rutina en el primer y segundo trimestre del embarazo proporciona una identificación temprana de la placenta previa. Es importante darse cuenta de que cuanto más temprano sea el diagnóstico de placenta previa, es más probable que se resuelva en el momento del parto como consecuencia de la migración placentaria. Casi el 90% de las placentas identificadas como "bajas" finalmente se resolverán en el tercer trimestre (26, 27).

Se recomienda una ecografía de seguimiento entre las 28 y 32 semanas de gestación para buscar placenta previa persistente (30).

Si se sospecha de placenta previa, se desarrolla una ecografía transabdominal y es segura (30).

2.2.1.8. Complicaciones

El sangrado vaginal secundario a placenta previa puede llevar a una hemorragia posparto que requiera transfusión de sangre, histerectomía, hospitalización materna en cuidados intensivos, septicemia y muerte materna (30). Esta afección puede requerir transfusión de sangre, uterotónicos, embolización de

la arteria uterina, ligadura de la arteria ilíaca, taponamiento con balón e histerectomía (6).

La placenta previa también se asocia con parto prematuro, bajo peso al nacer, puntuaciones APGAR más bajas, mayor duración de la hospitalización y tasas más altas de transfusión de sangre (26). Las mujeres con placenta previa y antecedentes de cesáreas tienen un mayor riesgo de SAP (31). El sangrado vaginal indoloro durante el segundo o tercer trimestre del embarazo es la presentación habitual. El sangrado puede ser provocado por relaciones sexuales, exámenes vaginales, trabajo de parto y, en ocasiones, puede no haber una causa identificable (32). En el examen con espéculo, puede haber un sangrado mínimo a sangrado activo. A veces, la placenta se puede visualizar en un examen con espéculo si el cuello uterino está dilatado. Debe evitarse un examen digital para prevenir una hemorragia masiva.

2.2.1.9. Resultados maternos y perinatales

La placenta previa y los síndromes de acumulación coexistentes contribuyen sustancialmente a la tasa de morbilidad y mortalidad materna.

La tasa de mortalidad materna aumenta aproximadamente tres veces más para las mujeres con placenta previa; la asociación del retardo de crecimiento intrauterino con la placenta previa es probablemente mínima después de controlar la edad gestacional (33).

2.2.2. Perfil epidemiológico

2.2.2.1. Características asociadas a la placenta previa

Los factores de riesgo de placenta previa incluyen antecedentes de edad materna avanzada (edad mayor de 35

años) (9, 34); en el ensayo que incluyó a más de 36000 mujeres, la frecuencia fue del 0.5% en menores de 35 años y el 1.1% en mayores de 35 años. En el Hospital de Parkland la incidencia difirió de 0.65 por 1000 nacimientos para mujeres menores de 19 años a casi por 10 por 1000 nacimientos para mujeres mayores de 35 años. La edad materna mayor a 35 años aumenta el riesgo de la placenta previa (23, 28). Existe alta de la placenta previa con la paridad elevada.

La multiparidad (9), eleva el riesgo de placenta previa, es así que Babinski y colaboradores identificaron la incidencia del 2.2% en mujeres con paridad de cinco o más fue significativamente mayor que en mujeres con paridad baja(33). La edad materna avanzada y la placenta previa puede ser confundida por una mayor paridad y una mayor probabilidad de procedimientos uterinos o tratamientos de fertilidad previos; sin embargo, también puede verse representado por un entorno hormonal de implantación alterado (35).

El tabaquismo aumenta 1.4 veces el riesgo de placenta previa (23, 28). La nicotina y el monóxido de carbono, que se encuentra en el cigarrillo, actúan como potentes vasos constructores placentarios conduciendo a una placentación anormal (36).

El antecedente de legrado e historial de cesáreas (9) se asocian a la placenta previa (23), se sospecha de un daño endometrial como parte de la etiología (29).

Se acompañan frecuentemente el diagnóstico de placenta previa con las cirugías uterinas previas: cesáreas, legrados uterinos, miomectomías, edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones 2 múltiples. La clínica común y única es el sangrado transvaginal, en ausencia de dolor pélvico, pero cuando el sangrado es importante, se

acompaña de taquicardia, hipotensión que lleva las pacientes a anemias severas, complicando así el bienestar materno y neonatal.

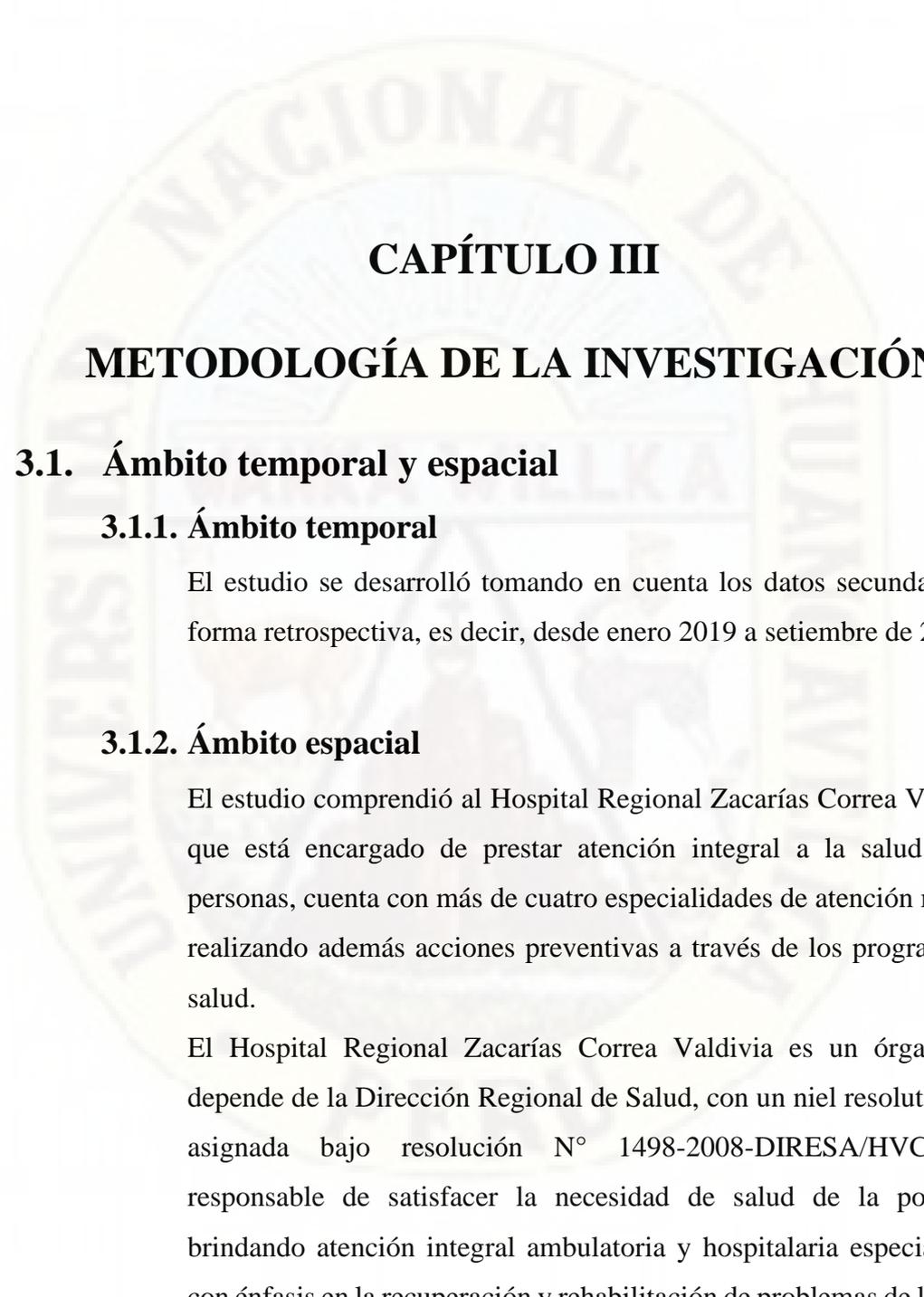
2.3. Variables

Univariable: perfil epidemiológico de gestantes con placenta previa

2.4. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Perfil epidemiológico de las gestantes con placenta previa	Es la expresión de la carga de la enfermedad que sufre la población cuya descripción requiere la identificación de características que la definen.	Es el registro sobre características de las gestantes que padecieron con placenta previa.	Placenta previa	Tipo	Total Parcial Marginal	Nominal
			Características sociales y culturales	Edad materna	Numérica
				Estado civil	Casada Conviviente Soltera	Nominal
				Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior No universitaria Superior Universitaria	Ordinal
				Ocupación	Ama de casa Estudiante Empleada del hogar Comerciante Otros	Nominal
				Religión	Católica Evangélica Pentecostes Otros	Nominal
				Procedencia	Urbano Rural	Nominal
			Características gineco obstétricas	IMC pre gestacional	Bajo peso Normopeso Sobrepeso Obeso	Razón
				N° gestaciones	Primigesta Segundigesta Multigesta Mayor a 6	
				Antecedente de aborto	Ninguna Una vez	

					Dos a más	
				Cesarea anterior	Si No No aplica	Ordinal
				Espacio intergenésico	Corto Normal Largo	Nominal
				Embarazo múltiple	Si No	Nominal
				Primera atención prenatal	Menor de 14 semanas De 14 a 27 semanas Mayor de 28 semanas	Ordinal
				Tipo de parto	Cesárea Vaginal	Nominal
				Parto	A término Pre término Postérmino	Ordinal



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

3.1.1. Ámbito temporal

El estudio se desarrolló tomando en cuenta los datos secundarios de forma retrospectiva, es decir, desde enero 2019 a setiembre de 2021.

3.1.2. Ámbito espacial

El estudio comprendió al Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, que está encargado de prestar atención integral a la salud de las personas, cuenta con más de cuatro especialidades de atención médica, realizando además acciones preventivas a través de los programas de salud.

El Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia es un órgano que depende de la Dirección Regional de Salud, con un nivel resolutivo II-2 asignada bajo resolución N° 1498-2008-DIRESA/HVCA, es responsable de satisfacer la necesidad de salud de la población brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de la salud.

3.2. Tipo de investigación

La investigación es de tipo básica porque se profundiza en el conocimiento en búsqueda de nuevos conocimientos sin ocuparse de las aplicaciones prácticas, fomentando el conocimiento (37).

El tipo de investigación según su enfoque es cuantitativo, no experimental porque no interviene el investigador en los resultados, descriptivo porque describe los atributos propios de la gestante tal como se identifican en la realidad; retrospectivo porque se recurre a fuentes secundarias y transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento (38).

3.3. Nivel de investigación

El estudio corresponde al nivel descriptivo, porque está orientada a especificar propiedades o características de los fenómenos en un contexto determinado (39) en su forma natural, tal como se muestran en la realidad (40).

3.4. Métodos de investigación

Los métodos aplicados fueron unos de forma general y otro método específico, siendo estos:

3.4.1. Método general

Se utilizó el método inductivo, este método es una variante del método científico que consiste en partir de la información recogida mediante sucesivas observaciones para la generalización (37).

3.4.2. Método específico

El método descriptivo porque se identificó algunas características de un fenómeno para dar a conocer tal como se presenta en la realidad (41).

3.5. Diseño de investigación

El diseño es el plan metodológico concebido para responder a la pregunta de investigación (38); por tanto, se aplicó el diseño descriptivo simple, siendo:

M O

Donde:

M = gestantes con placenta previa

O = perfil epidemiológico

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

La población es un conjunto de todos los elementos que poseen características comunes a ello (42). En ese sentido, estuvo conformada por todas las gestantes que padecieron de placenta atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia durante los años 2019, 2020 hasta setiembre de 2021 sumando un total de 37 gestantes.

3.6.2. Muestra

La muestra es la parte o fracción representativa de la población con la finalidad de estudiar las características del mismo (42), para el estudio se abordó a toda la población por ser alcanzable, conocida y factible, es decir estuvo conformada por las 37 gestantes que fueron atendidas por placenta previa en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia durante los años 2019, 2020 hasta setiembre de 2021.

3.6.3. Muestreo

El muestreo no fue necesario aplicar.

3.7. Instrumentos y técnicas para la recolección de datos

3.7.1. Instrumento

El instrumento es el medio para obtener los datos del estudio y en consecuencia los resultados (42). En el estudio se utilizó de la Ficha de registro, en el que se condensa la información sobre el perfil de las gestantes con placenta previa; este instrumento fue elaborado por las investigadoras tomando en cuenta la naturaleza del estudio y fue validado cualitativamente a través del juicio de expertos quienes determinaron como aprobado para su aplicación.

3.7.2. Técnica

La técnica consiste en aplicar un instrumento a través de diversos medios a través de los cuales se efectúa el método (41); por tanto, en el estudio se aplicó la técnica del análisis documental.

El análisis documental es el análisis de contenido de las fuentes documentales, consiste en extraer de un documento los elementos más significativos para el estudio (42) como en este caso fueron registros de atenciones e historias clínicas.

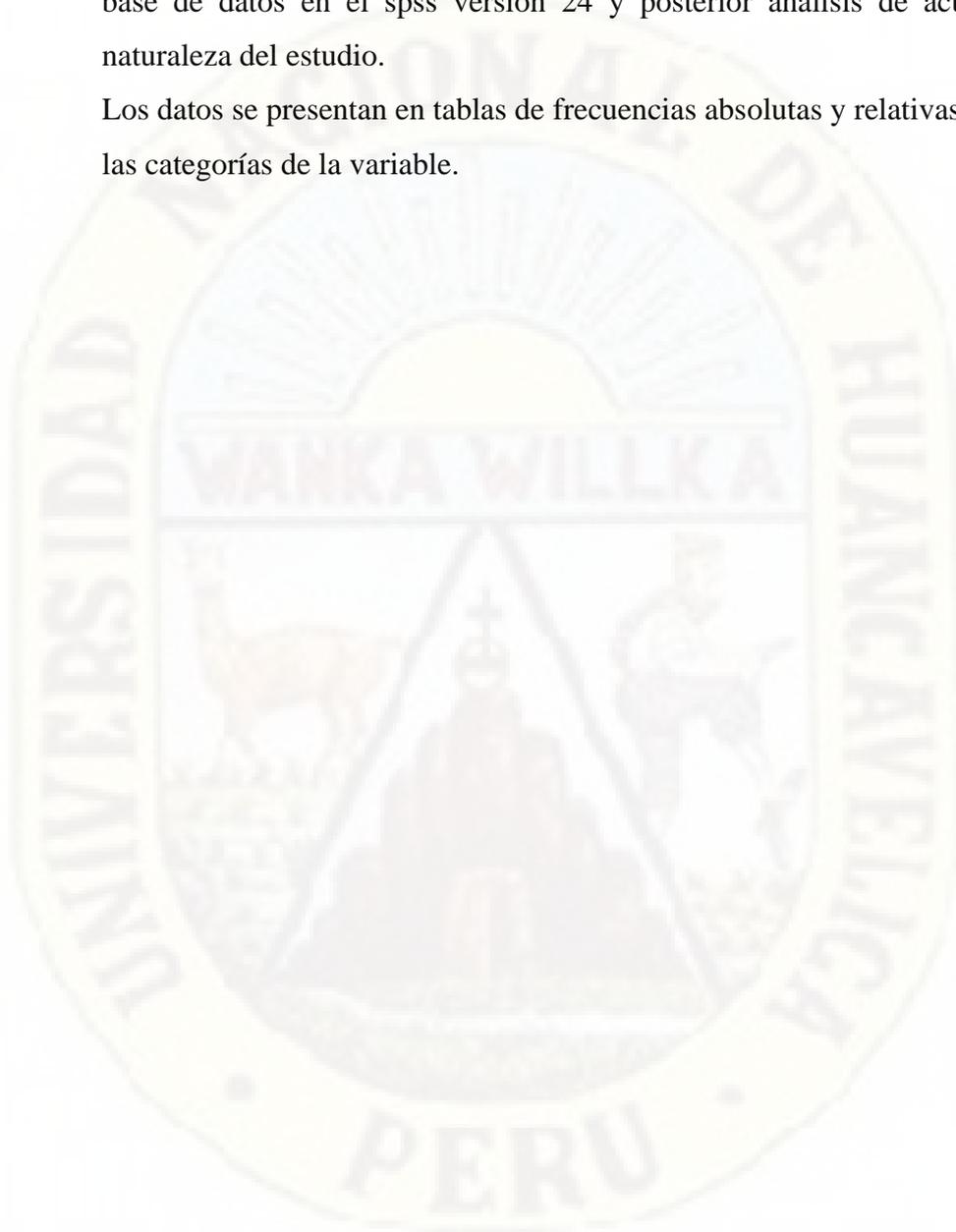
3.8. Procedimiento de recolección de datos

- **Primero:** Se solicitó el permiso correspondiente al Director del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, para el desarrollo del estudio.
- **Segundo:** Se tuvo reunión de coordinación con el jefe del servicio para acceder a los registros de atenciones, posterior a ello con el jefe de admisión para establecer horarios para la revisión de las historias clínicas.
- **Tercero:** Con la debida autorización se procedió con la aplicación de la ficha de registro.

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Las fichas de registro fueron ordenadas y codificadas para luego elaborar una base de datos en el spss versión 24 y posterior análisis de acuerdo a la naturaleza del estudio.

Los datos se presentan en tablas de frecuencias absolutas y relativas, acorde a las categorías de la variable.



CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de información

Tabla N. 1: Perfil epidemiológico de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, 2019 a 2021.

Perfil epidemiológico	frecuencia	Porcentaje
Unión estable (casada/conviviente)	30	81.1%
Nivel de instrucción secundario	23	62.2%
Nivel de instrucción superior	8	21.6%
Ocupación su casa	26	70.3%
IMC por encima de los normal	17	45.9%
Multigestas	22	59.5%
Más de seis atenciones prenatales	19	51.4%
Iniciaron la APN en el I trimestre	28	75.7%
Partos por cesárea	37	100.0%
Partos pretérminos	26	70.3%

Fuente: Ficha de registro aplicado en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2019 al 2021

El perfil de las gestantes con placenta previa está representado por el estado civil estable el 81.1% (30), nivel de instrucción secundario 62.2% (23) y superior el 21.6% (8); ocupación su casa el 70.3% (26), IMC por encima de lo normal el 45.9% (17), multigesta el 59.5% (19), con más de 6 APN el 51.4% (19), inicio de la APN en el I trimestre el 75.7% (28), partos por cesárea el 100% (37) y partos pretérminos el 70.3% (26).

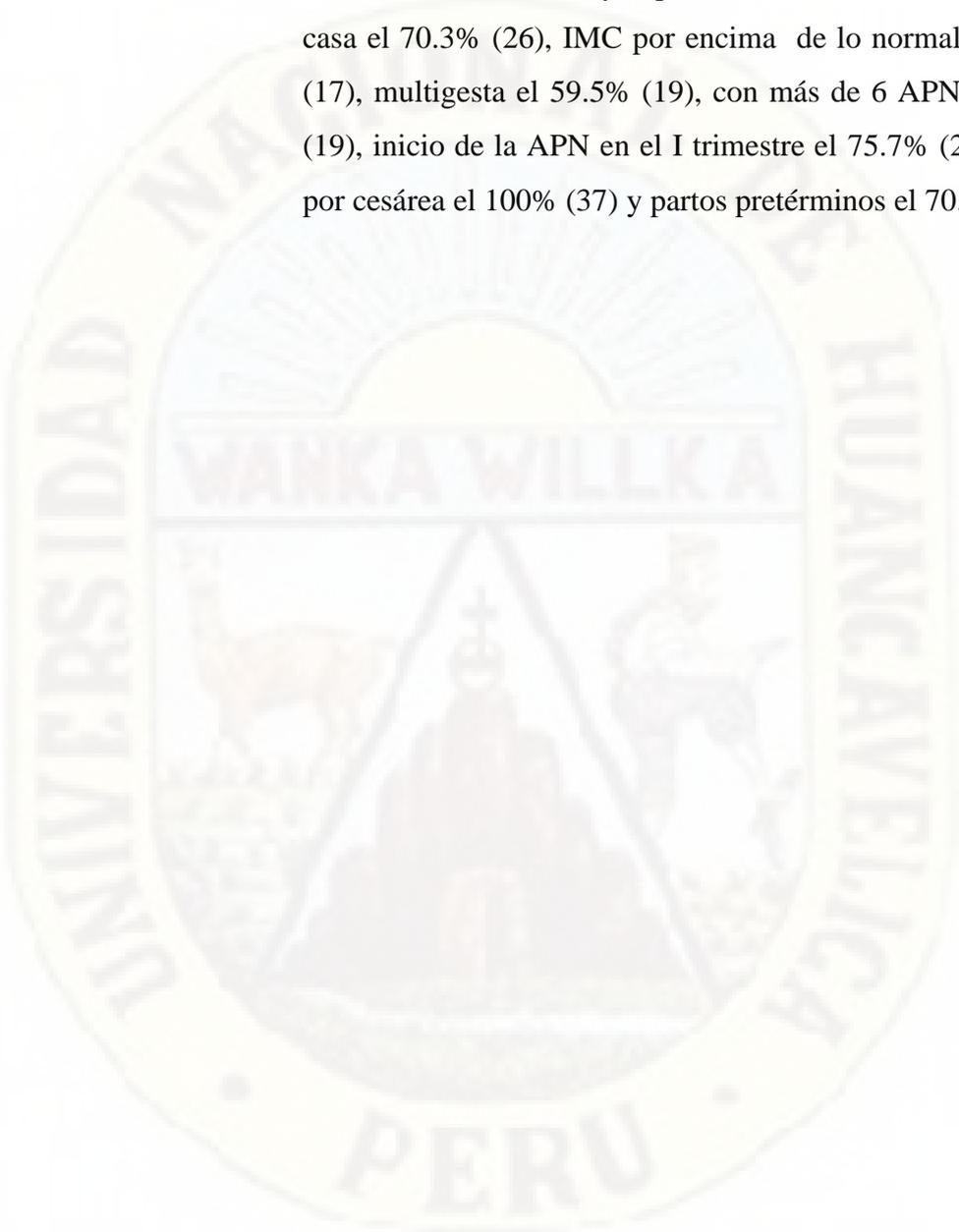


Tabla N. 2: Tipos de placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, 2019 a 2021.

Tipo de placenta previa	frecuencia	porcentaje
Placenta previa total	27	73.0%
Placenta previa marginal	7	18.9%
Placenta previa parcial	3	8.1%
Total	37	100.0%

Fuente: Ficha de registro aplicado en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2019 al 2021

En la tabla 2, se observa el tipo de placenta previa; del 100% (37), el 73% (27) corresponde a la placenta previa total; seguido del 18.95 (7) de tipo marginal y el 8.1% (3) placenta previa parcial.

Tabla N. 3: Edad de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, 2019 a 2021.

	Edad materna
Media	29.8
Mediana	30.0
Mínimo – Máximo	15.0 – 43.0
Desviación estándar	7.7
Cuartil 25	25.5
Cuartil 50	30
Cuartil 75	35.5

Fuente: Ficha de registro aplicado en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2019 al 2021.

En la tabla 3, se observa la edad de las gestantes con placenta previa siendo el promedio 29.8 años, la mediana 30 años; se hallan edades mínimas de 15 años y máxima de 43 años, con una desviación estándar de 7.7 años.

El 75 % de las gestantes tienen más de 25.5 años, el 50% 30 años y el 25% 35.5 años.

Tabla N. 4: Características socioculturales de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, 2019 a 2021.

Características socioculturales	Frecuencia n = 37	Porcentaje 100.0 %
Estado civil		
Conviviente	24	64.9%
Casada	6	16.2%
Soltera	7	18.9%
Grado de instrucción		
Primaria	6	16.2%
Secundaria	23	62.2%
Superior No universitario	5	13.5%
Superior Universitario	3	8.1%
Ocupación		
Ama de casa	26	70.3%
Comerciante	6	16.2%
Estudiante	4	10.8%
Empleada del hogar	1	2.7%
Religión		
Católica	29	78.4%
Evangélica	6	16.2%
Testigos de jehová	2	5.4%
Procedencia		
Rural	19	51.4%
Urbano	18	48.6%

Fuente: Ficha de registro aplicado en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2019 al 2021.

En la tabla 3, se observa las características socioculturales, entre ellas el estado civil en el 64.9% (24) conviviente, el 16.2% (6) casada y el 18.9% (7) soltera.

Respecto al grado de instrucción, el 16.2% (6) corresponde al nivel primario, seguido del 62.2% (23) nivel secundario, el 13.5% (5) superior no universitario y el 8.1% (3) superior universitario.

La ocupación, en el 70.3% (26) es ama de casa, el 16.2% (6) comerciante y el 10.8% (4) estudiante y el 2.7% (1) empleada del hogar.

La religión, en el 78.4% (29) es católica, seguido del 16.2% (6) evangélica y el 5.4% (2) testigos de Jehová.

Respecto a la procedencia no hubo mayor diferencia, pues el 51.4% correspondió a la procedencia rural y el 48.6% (18) urbano.

Tabla N. 4: Características gineco obstétricas de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, 2019 a 2021.

Características Gineco obstétricas	Frecuencia	Porcentaje
IMC pre gestacional		
Bajo peso	5	13.5%
Normopeso	15	40.5%
Sobrepeso	13	35.1%
Obeso	4	10.8%
N° de gestaciones		
Primigesta	8	21.6%
Multigesta	22	59.5%
Gran multigesta	7	18.9%
Antecedente de aborto		
Una vez	5	13.5%
Dos a más	2	5.4%
Ninguna	30	81.1%
Cesárea anterior		
No	30	81.1%
Si	7	18.9%
Espacio intergenésico		
Corto	8	21.6%
Normal	12	32.5%
Largo	9	24.3%
No aplica	8	21.6%
Embarazo múltiple		
No	36	97.3%
Si	1	2.7%
Primera atención prenatal		
Menor a 14 semanas	28	75.7%

De 14 a 27 semanas	6	16.2%
Mayor de 28 semanas	3	8.1%
N° de atenciones prenatales		
Menor a 4	7	18.9%
De 4 a 6	11	29.7%
Mayor a 6	19	51.4%
Tipo de parto		
Cesárea	37	100.0%
Parto		
Pretérmino	26	70.3%
A término	11	29.7%

Fuente: Ficha de registro aplicado en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2019 al 2021.

En la tabla 4, se observa las características gineco obstétricas, entre ellas el IMC pregestacional en el 13.5% (5) es bajo peso, seguido del 40.5% (15) normopeso, el 35.1% (13) sobrepeso y el 10.8% (4) obeso.

Respecto a las gestaciones, el 21.6% (8) son primigestas, el 59.5% (22) multigesta y el 18.9% (7) gran multigesta.

El antecedente de aborto fue único en el 13.5% (5), seguido de dos a más en el 5.4% (2); la cesárea previa fue del 18.9% (7); el embarazo múltiple el 2.7% (1).

El espacio intergenésico en el 32.5% (12) es normal; el 24.3% (9) tuvieron espacios mayores a cinco años y el 21.6% (8) espacios cortos menor de 24 meses.

La primera atención prenatal antes de las 14 semanas el 75.7% (28), de 14 a 27 semanas el 16.2% (6) y mayor a 28 semanas el 8.1% (3).

Las atenciones prenatales, el 18.9% (7) menor de 4, seguido del 29.7% (11) que tiene entre 4 a 6 APN y el 51.4% (19); además que los partos fueron cesáreas al 100.0% (37).

4.2. Discusión de los resultados

La placenta previa con mayor frecuencia fue de tipo total en el 73%, seguido de la marginal el 18.9% y parcial el 8.1%, resultados que se oponen a Paulino (11), donde el 66.6% eran placenta previa marginal; ello podría deberse a otros problemas orgánicos del hombre que alteren su organización.

La edad de la gestante con placenta previa en promedio de 29.8 años, se hallaron fluctuaciones entre 15 años a 43 años, el 75% tiene 26 años, el 50% 30 años y el 25% 35.5 años, similar a lo hallazgos de Paulino (11) y Camavilca (17), al hallar edades de 20 a 34 años y de 31 años respectivamente; al respecto se afirma que la placenta previa es propio de mayores de 35 años (9, 34), es decir aumenta las probabilidades de que se presente la placenta previa.

El perfil epidemiológico de las gestantes con placenta previa son estado civil de unión estable el 81.1%, grado de instrucción secundario el 62.2% y superior el 21.6%, de ocupación ama de casa el 70.3%, religión católica el 78.4% y de procedencia rural el 51.4%. Al respecto estudios se oponen al grado de instrucción, al hallar mayor frecuencia en los niveles primario (11), más por el contrario nuestro estudio afirma que hay mayor preparación en estas gestantes; similar a Camavilca (17), dicha semejanza debido al contexto en común.

Entre las características gineco obstétricas se halló el índice de masa pregestacional por encima de lo normal el 45.9% (sobrepeso 35.1% y obeso el 10.8%), no hallando estudios similares para la contrastación correspondiente.

La multigesta y gran multigesta representa el 59.5% y 18.9% respectivamente; similar a la afirmación de Ahn donde la paridad mayor a 5 aumenta significativamente la probabilidad de padecer la placenta previa (9, 34).

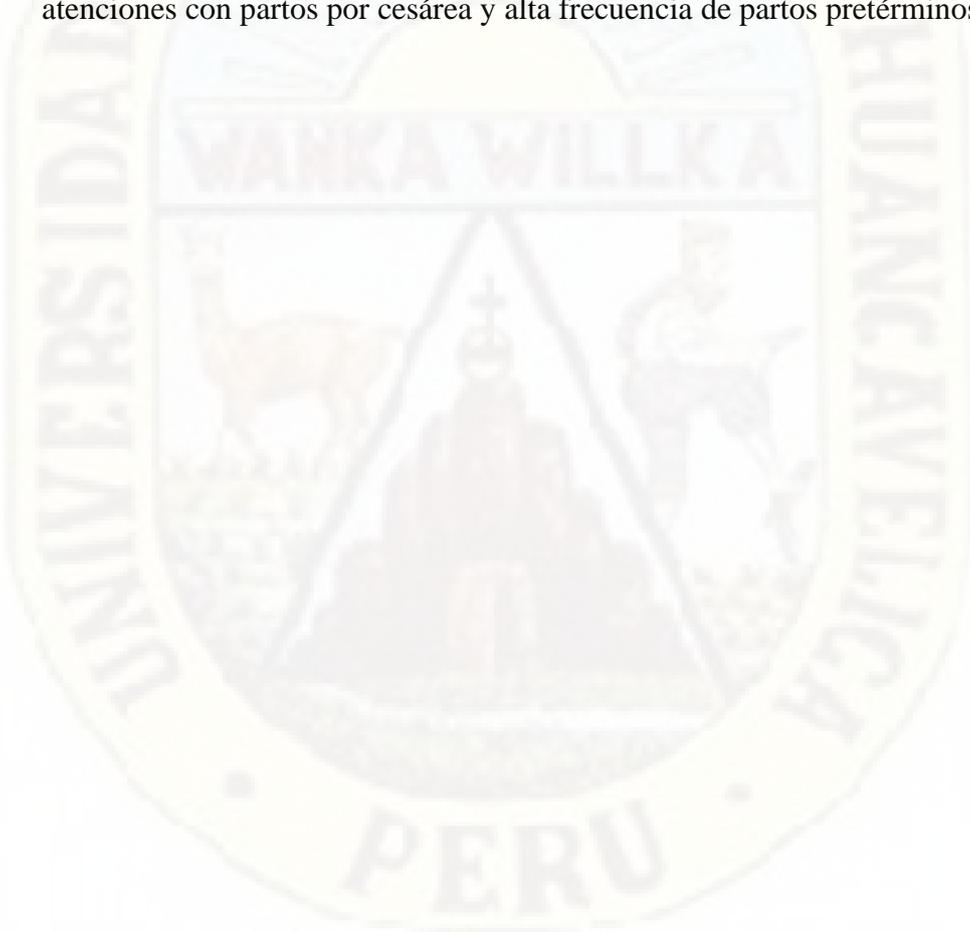
El antecedente de aborto 18.9%, cesárea previa el 18.9% similar a lo hallado por Paulino (11), probablemente por la lesión endometrial generado en el útero (29); en oposición a lo hallado por Arizapana (16) porque la cesárea fue solo el 60.4%.

El espacio intergenésico fue normal el 54.1%, con inicio de atenciones prenatales en el I trimestre el 21.6%, similar a Paulino similar a lo hallado por Paulino (11), recibiendo en total más de seis atenciones el 51.4% totalmente diferente a Camavilca (17) donde el 58% tenían inferior a 6 controles, culminando en partos por cesárea al 100.0%, de ellos fue pretérmino el 70.3%; al respecto es sabido que la placenta previa impide un parto vaginal seguro (6); sin embargo, se opone a estudios donde refieren que el espacio intergenésico corto habría aumentado el riesgo de placenta previa (9), así mismo, podríamos afirmar que el tipo de placenta previa total difícilmente migra por lo que el desenlace sería el parto por cesárea (13).

Finalmente, el perfil de las gestantes con placenta previa es similares a los factores hallados en la patología, tales como edad materna, antecedente de cesárea y multiparidad; ello tal vez porque lejos del contexto estaría ligada a condiciones biomédicas.

CONCLUSIONES

1. El tipo de placenta previa de mayor frecuencia fue de tipo total.
2. Las características sociodemográficas se hallaron gestantes con edad promedio de 30 años, con uniones estables, de nivel secundario y superior con ocupación amas de casa, de religión católica.
3. Las características gineco obstétricas halladas son IMC por encima de los normal, multigestas con antecedente de aborto o cesáreas, espacio intergenésico normal e inicio de la primera atención prenatal en el I trimestre, concretando más de seis atenciones con partos por cesárea y alta frecuencia de partos pretérminos.



RECOMENDACIONES

1. Al director de la Dirección Regional de Salud Huancavelica establecer coordinaciones con la Microred Huancavelica para realizar tamizajes precoces como ecografías obstétricas para el diagnóstico precoz de las placentas previas.
2. Al personal obstetra, a partir del perfil desarrollar captación oportuna de las gestantes para un mejor monitoreo y seguimiento.
3. A los estudiantes de la segunda especialidad reforzar los estudios con un nivel más avanzado a fin de controlar el perfil de riesgo y a partir de ello adoptar medidas preventivas.

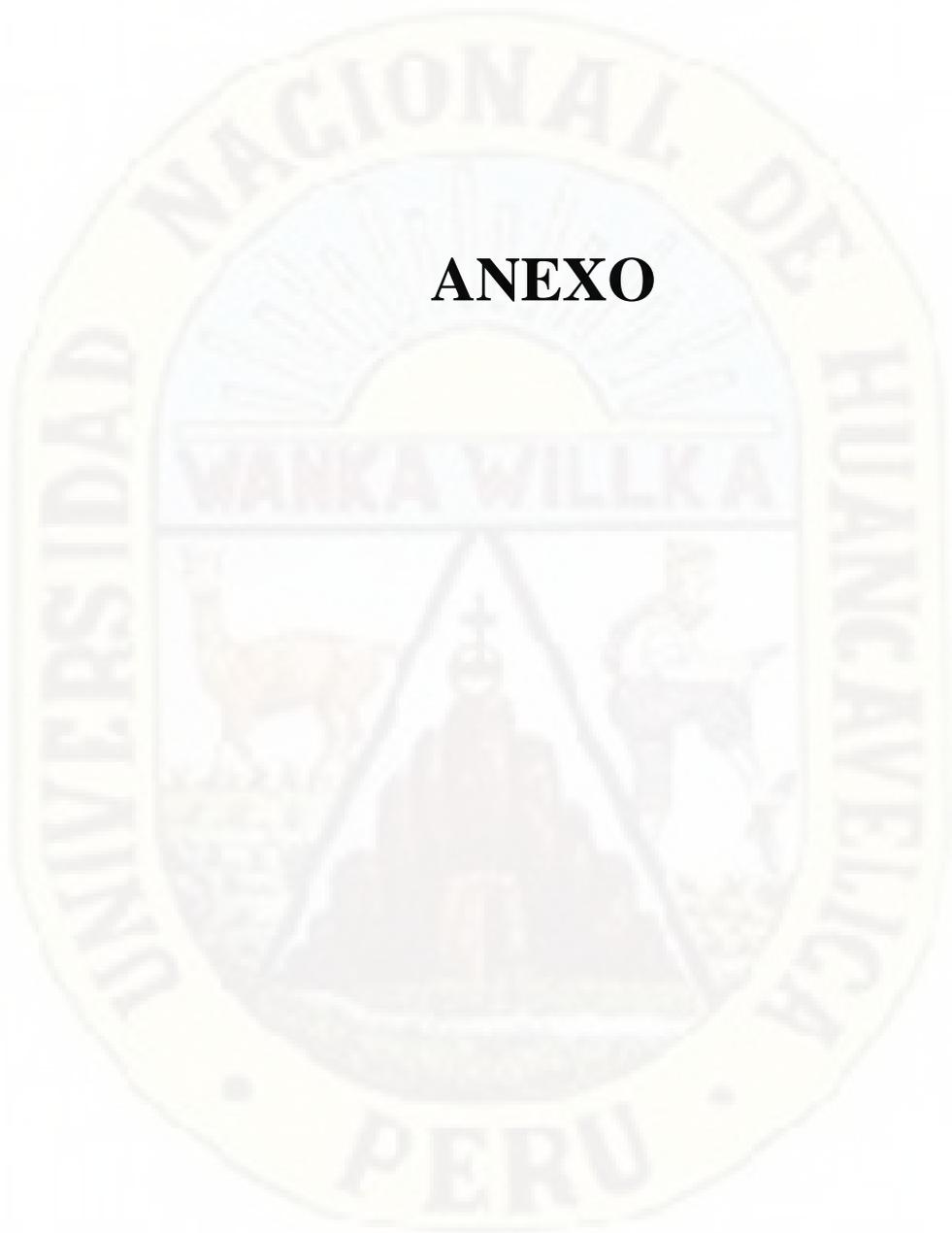
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Salazar FH, Téllez LT, Lucas THJ, Carrillo LGD. Pinzamiento de arterias hipogástricas. Estrategia de prevención de hemorragia obstétrica en el manejo de placenta previa acreta. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2021;19(2):214-20.
2. Shobeiri F, Jenabi E. Smoking and placenta previa: a meta-analysis. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*. 2017;30(24):2985-90.
3. de Obstetricia F. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Merce LT. Madrid: Graficas Marte, SL. 2007:521-31.
4. Oscanoa A. Placenta previa. Instituto especializado materno perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2005;51(4):219-24.
5. Ryu JM, Choi YS, Bae JY. Bleeding control using intrauterine continuous running suture during cesarean section in pregnant women with placenta previa. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2019;299(1):135-9.
6. Anderson-Bagga FM, Sze A. Placenta previa. 2019.
7. Grönvall M, Stefanovic V, Paavonen J, Loukovaara M, Tikkanen M. Major or minor placenta previa: Does it make a difference? *Placenta*. 2019;85:9-14.
8. Gibbins KJ, Einerson BD, Varner MW, Silver RM. Placenta previa and maternal hemorrhagic morbidity. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018;31(4):494-9.
9. Jing L, Wei G, Mengfan S, Yanyan H. Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa. *PloS one*. 2018;13(7):e0200252.
10. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Obstetricia de Williams-25: McGraw Hill Brasil*; 2021.
11. Paulino Córdova 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. 2021.
12. Cali G, Forlani F, Foti F, Minneci G, Manzoli L, Flacco ME, et al. Diagnostic accuracy of first-trimester ultrasound in detecting abnormally invasive placenta in high-risk women with placenta previa. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2018;52(2):258-64.

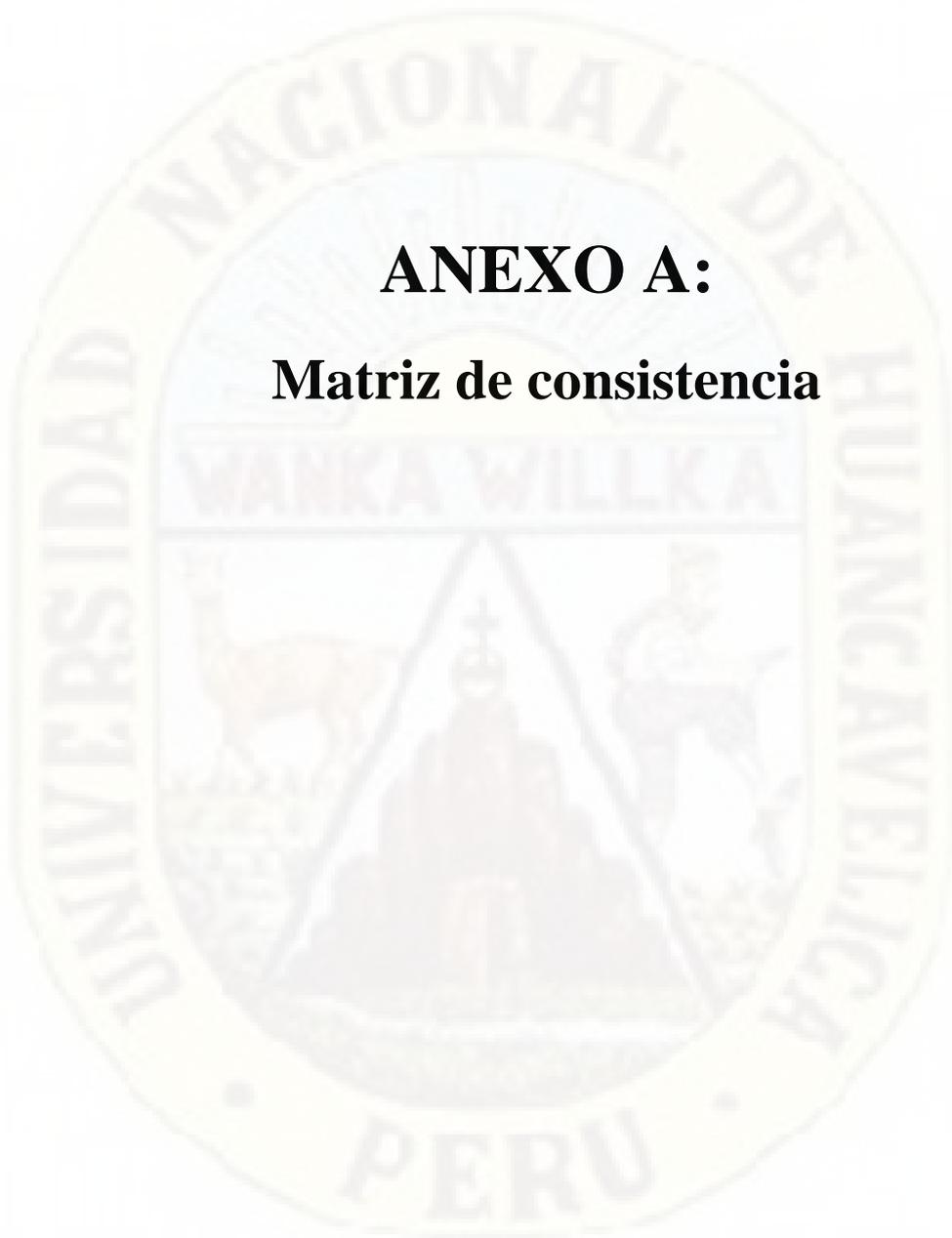
13. Alouini S, Megier P, Fauconnier A, Huchon C, Fievet A, Ramos A, et al. Diagnosis and management of placenta previa and low placental implantation. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020;33(19):3221-6.
14. Kollmann M, Gaulhofer J, Lang U, Klaritsch P. Placenta praevia: incidence, risk factors and outcome. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2016;29(9):1395-8.
15. Rojas AKB, Alarcón HEZ, Reyes KDZ, Álava FCV. Causas y factores de riesgo en gestantes con placenta previa. *Dominio de las Ciencias*. 2021;7(4):1587-99.
16. Arizapana Zamata CA. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca durante el año 2018. 2019.
17. Camavilca Chirinos GS. CARACTERIZACIÓN DE LAS GESTANTES CON PLACENTA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, 2019. 2020.
18. Amesquita Ramos JS. Perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019. 2019.
19. Jauniaux E, Grønbeck L, Bunce C, Langhoff-Roos J, Collins SL. Epidemiology of placenta previa accreta: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2019;9(11):e031193.
20. Lafaurie MM. Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2011;6:15-28.
21. Munive Limas E. Características de las gestantes con diagnóstico de placenta previa atendidas en el Hospital Regional de Huancavelica Zacarias Correa Valdivia 2017. 2019.
22. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia*. 6ª. Ed Buenos Aires-Argentina: El ateneo. 2009.
23. Panamá. MdSd. Guías de Manejo de las complicaciones en el embaraz. . In: *Reproductiva PNdSSy*, editor. 2015. p. 1 - 147.
24. Martinelli KG, Garcia ÉM, Santos Neto ETd, Gama SGNd. Advanced maternal age and its association with placenta praevia and placental abruption: a meta-analysis. *Cadernos de saude publica*. 2018;34:e00206116.

25. King DL. Placental migration demonstrated by ultrasonography: a hypothesis of dynamic placentation. *Radiology*. 1973;109(1):167-70.
26. Ahn KH, Lee EH, Cho GJ, Hong S-C, Oh M-J, Kim H-J. Anterior placenta previa in the mid-trimester of pregnancy as a risk factor for neonatal respiratory distress syndrome. *PloS one*. 2018;13(11):e0207061.
27. Feng Y, Li X-y, Xiao J, Li W, Liu J, Zeng X, et al. Risk factors and pregnancy outcomes: complete versus incomplete placenta previa in mid-pregnancy. *Current medical science*. 2018;38(4):597-601.
28. Ricardo Schwarcz RFyCD. *Obstetricia*. El Ateneo. 2005;23 edición.
29. Vergara F, Santamaría J, Mora E, Caballero A, Sáez G, Díaz J. *Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo*. Panamá: Organización Panamericana de la Salud. 2009.
30. Silver RM. Abnormal placentation: placenta previa, vasa previa, and placenta accreta. *Obstetrics & Gynecology*. 2015;126(3):654-68.
31. No OCC. Summary: placenta accreta spectrum. *Obstet Gynecol*. 2018;132(6):1519-21.
32. Pedigo R, Nusbaum J, Gupta N. Points & Pearls: First trimester pregnancy emergencies: recognition and management. *Emergency medicine practice*. 2019;21(Suppl 1):1-2.
33. Kingdom JC, Hobson SR, Murji A, Allen L, Windrim RC, Lockhart E, et al. Minimizing surgical blood loss at cesarean hysterectomy for placenta previa with evidence of placenta increta or placenta percreta: the state of play in 2020. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2020;223(3):322-9.
34. Roustaei Z. Advanced maternal age and placenta previa for women giving birth in Finland: a register-based cohort study: *Itä-Suomen yliopisto*; 2017.
35. Carusi DA. The placenta accreta spectrum: epidemiology and risk factors. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2018;61(4):733-42.
36. Aliyu MH, Wilson RE, Alio AP, Kristensen S, Marty PJ, Whiteman VE, et al. Association between tobacco use in pregnancy and placenta-associated syndromes: a population-based study. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2011;283(4):729-34.

37. Caballero A. Metodología de la investigación científica. Editorial Udegraf SA Lima. 2000.
38. Artilles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2009:169-81.
39. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar N, Mendoza Torres C. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias México: McGraw-Hill Editorial. 2013.
40. Supo JA. Metodología de la Investigación. Bioestadístico. 2012.
41. Sánchez Carlessi H, Reyes Romero C, Mejía Sáenz K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. 2018.
42. Uribe FGO. Diccionario de metodología de la investigación científica: Editorial Limusa; 2003.



ANEXO

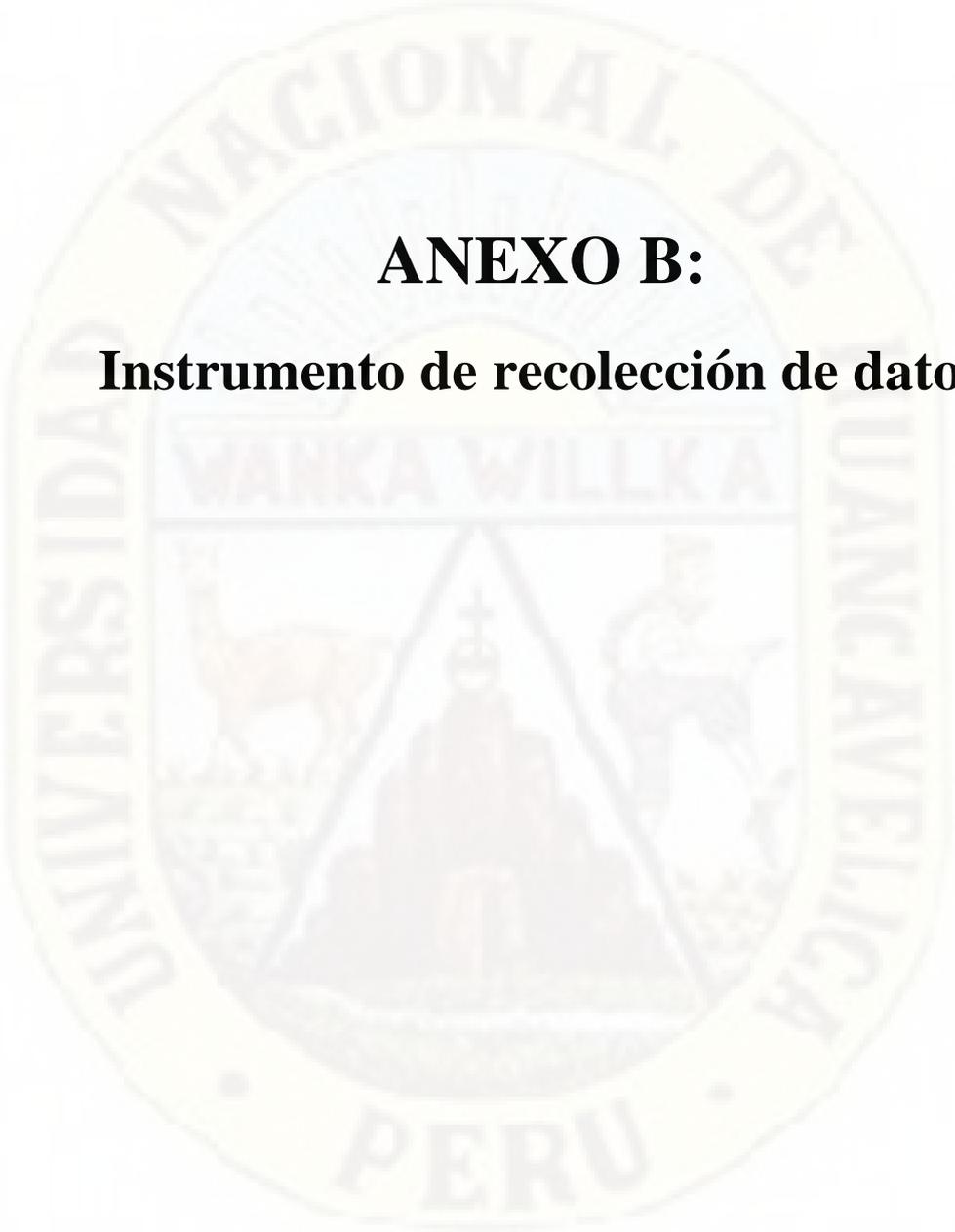


ANEXO A:

Matriz de consistencia

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON PLACENTA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA
VALDIVIA, 2019 A 2021**

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuál es el perfil epidemiológico de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los tipos de placenta previa identificadas en las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021? • ¿Cuáles son las características sociales y culturales de las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021? • ¿Cuáles son las características gineco obstétricas de las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, - Huancavelica 2019 a 2021? 	<p>Objetivo general Determinar el perfil epidemiológico de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los tipos de placenta previa identificadas en las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021 • Describir las características sociales y culturales de las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021 • Describir las características gineco obstétricas de las gestantes con placenta previa en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2019 a 2021? 	<p>El estudio obedeció a la necesidad de conocer el perfil de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica.</p> <p>En un estudio de 108 mujeres con placenta previa la prevalencia de una implantación anormal fue del 44.2%, de ellas el 54.2% fue placenta acreta y el 45.8% placenta perreta, las edades maternas eran de 34 años en promedio todas detectadas en ecografías del primer trimestre</p> <p>Entre los factores asociados se halló el aborto inducido previo, fetos masculinos, tabaquismo, edad materna avanzada y cesárea, todos ellos como altamente sugestiva y la endometriosis y cocaína con evidencia débil.</p>	<p>Perfil epidemiológico</p>	<p>Características sociales y culturales</p> <p>Características gineco obstétricas</p>	<p>Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo</p> <p>Tipo de investigación investigación observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal.</p> <p>Diseño de Investigación El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple</p> <p>Esquema: M O</p> <p>M = gestantes con placenta previa O = perfil epidemiológico</p> <p>Población, muestra, muestreo La población estuvo conformados por 37 gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia durante los años 2019 al 2021.</p> <p>Muestra: Conformado por 37 gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia durante los años 2019 al 2021.</p> <p>Instrumento y técnicas: ficha de registro y análisis documental.</p> <p>Procesamiento de datos: se utilizó la estadística descriptiva</p>



ANEXO B:

Instrumento de recolección de datos



Universidad Nacional de Huancavelica
Segunda especialidad en emergencias y alto riesgo obstétrico

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON PLACENTA PREVIA ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA 2019 AL 2021**

FICHA DE REGISTRO

Instrucciones: A continuación, completar o marcar acorde a la información solicitada tomada de las historias clínicas y demás registros del Hospital Zacarías Correa Valdivia, durante los años 2019 al 2021; debiendo excluir a las historias clínicas con procesos legales.

Código N° - (2019) (2020) (2021)

I. Tipo de placenta previa:

Parcial () Total () Marginal ()

II. Características sociales y culturales

• **Edad materna:**

• **Estado civil**

Casada () Conviviente () Soltera ()

• **Grado de instrucción**

Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior No universitaria ()
Superior Universitaria ()

• **Ocupación**

Ama de casa () Estudiante () Empleada del hogar () comerciante ()
Otros ()

• **Religión**

Católica () Evangélica () Pentecostes () Otros.....

• **Procedencia**

Urbano () Rural ()

III. Características gineco obstétricas

• **IMC pre gestacional:**

Bajo peso () normopeso () sobrepeso () Obeso ()

• **N° gestaciones**

Primigesta () Multigesta () Gran multigesta ()

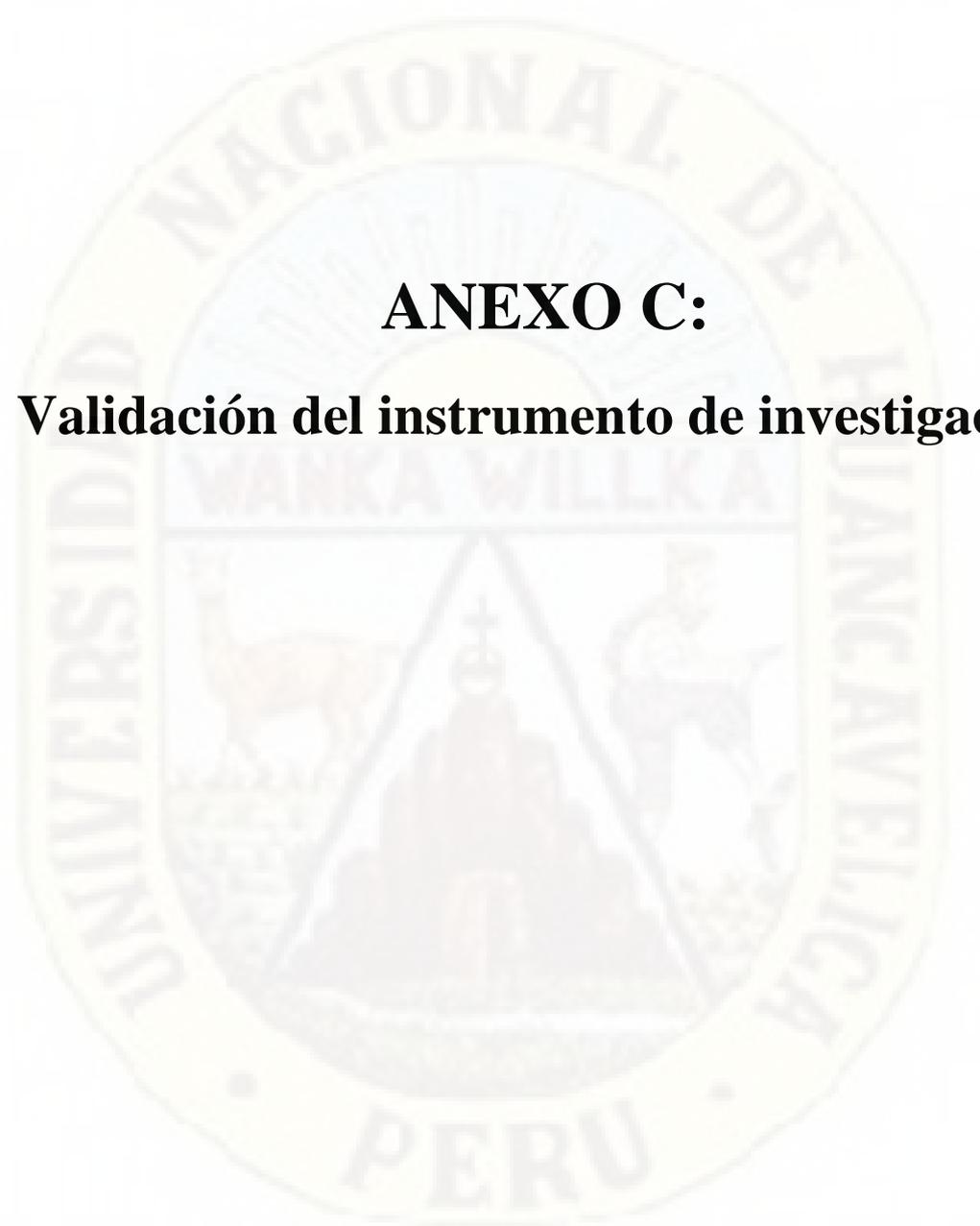
• **Antecedente de aborto**

Ninguna () Una vez () Dos a más veces ()

• **Cesareada anterior**

Si () No () No aplica ()

- **Espacio intergenésico**
Corto () normal () largo ()
- **Embarazo múltiple**
Si () No ()
- **Primera atención prenatal (semanas)**
Menor a 14 semanas ()
De 14 a 27 semanas ()
Mayor de 28 semanas ()
- **Número de atenciones prenatales**
Menor a 4 () De 4 a 6 () Mayor a 6 ()
- **Tipo de parto:** Cesárea () Vaginal ()
- **Parto:** Pretérmino () A término () Pos término ()



ANEXO C:
Validación del instrumento de investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: ficha de registro

Investigación: Perfil epidemiológico de las gestantes con Placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, 2019 al 2021.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
- 1.2. Grado académico : _____
- 1.3. Mención : _____
- 1.4. DNI/ Celular : _____
- 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
- 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓ A	↓ B	↓ C	↓ D	↓ E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1x A + 2x B + 3x C + 4x D + 5x E}{50}$
= -----

3. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

4. **RECOMENDACIONES:**

.....

.....

.....

.....

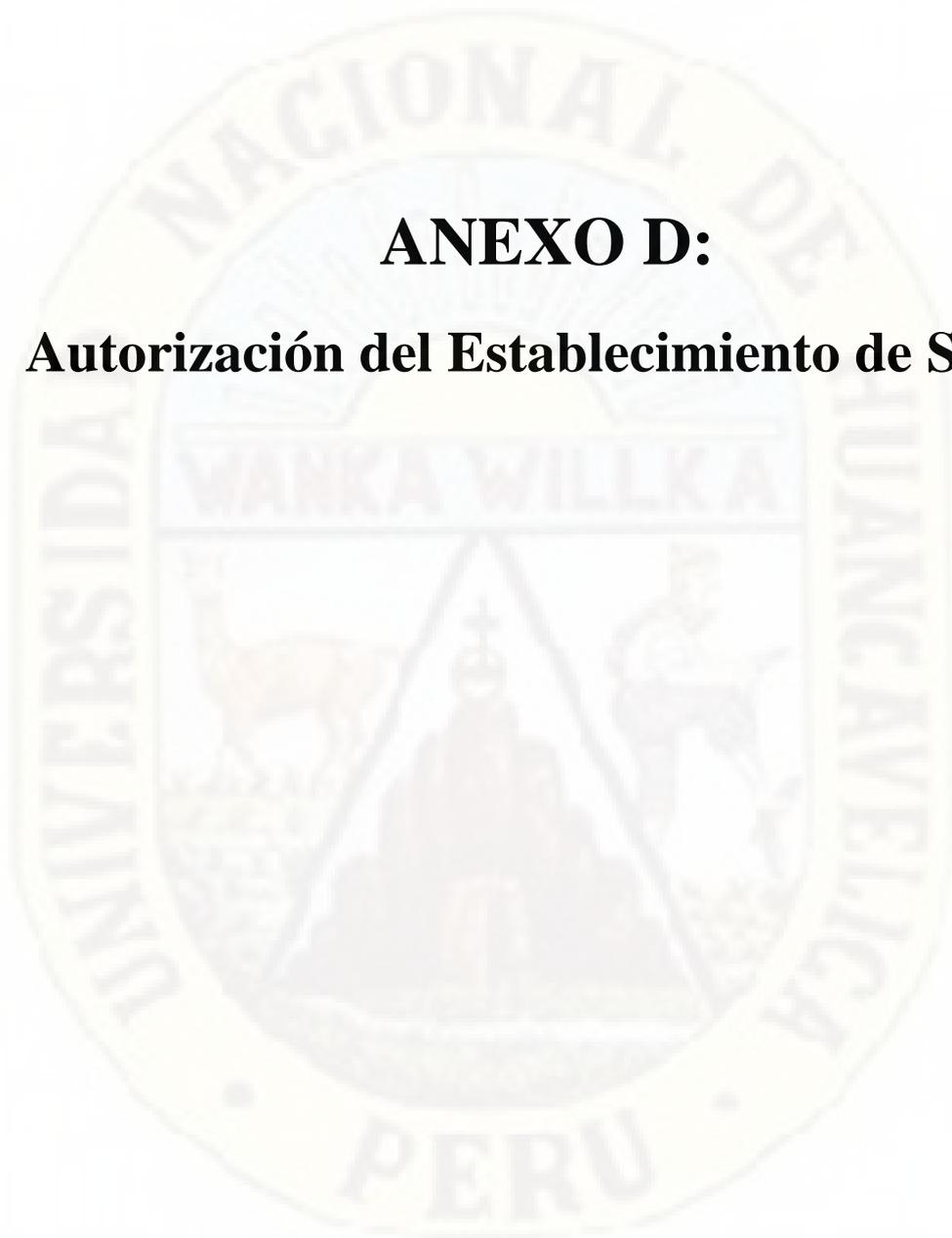
.....

.....

.....
Firma del Juez

ANEXO D:

Autorización del Establecimiento de Salud





SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EJECUCIÓN DE TESIS.

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA

S.D.

Nosotras, ARCE RIOS MILENKA REYREDA identificada con DNI N° 70038847 y ELIAS CORDOVA NATALY identificada con DNI N° 46671326, estudiantes de la Segunda Especialidad de la Universidad Huancavelica en EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, ante Ud. Con el debido respeto nos presentamos y exponemos:

Que, como es de su conocimiento para poder sustentar el grado de Especialista necesitamos la recolección de datos para la ejecución de Tesis titulada "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON PLACENTA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA, 2019 A 2021" que sustentarán nuestra investigación, donde dado el nivel resolutivo del Hospital vimos propicio el estudio en este lugar, el cual nos brindará los datos necesarios para nuestro instrumento correspondiente, solicitando a su persona nos brinde la facilidad y autorización en los servicios de Obstetricia y la revisión de Historias clínicas para la toma de estas, teniendo el compromiso de mantener el orden, el respeto, y el cuidado que se necesita para evitar el COVID 19.

POR TANTO:

Agradeceremos mucho tener en cuenta nuestra petición, por ser justa.

Huancavelica, 15 de julio del 2021

ARCE RIOS MILENKA

DNI: 70038847

ELIAS CORDOVA NATALY

DNI: 46671326

ADJUNTO: Instrumento de recolección de datos.



CARGO
CARGO



INFORME N° 0228-2021/GOB.REG.HVCA/HD-HVCA/OADI

A : JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA
ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES PARA LA RECOLECCION DE DATOS GINECOLOGICOS
REFERENCIA : PROVEIDO N°6212/GOB.REG.HVCA/GRDS-HR-ZCV-HVCA/DG
FECHA : Huancavelica, 19 de Julio del 2021

Por medio del presente me dirijo a Usted. Para saludarlo cordialmente, y a la vez solicitarle en brindar **FACILIDADES** referente al documento de referencia de **PROVEIDO N°6212/GOB.REG.HVCA/GRDS-HR-ZCV-HVCA/DG**, donde **SOLICITAN** realizar recolección de datos para la ejecución de tesis "**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON PLACENTA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA DEL 2019 - 2021**".

Sin otro en particular, es cuanto informo a Usted para los fines que crea por conveniente.

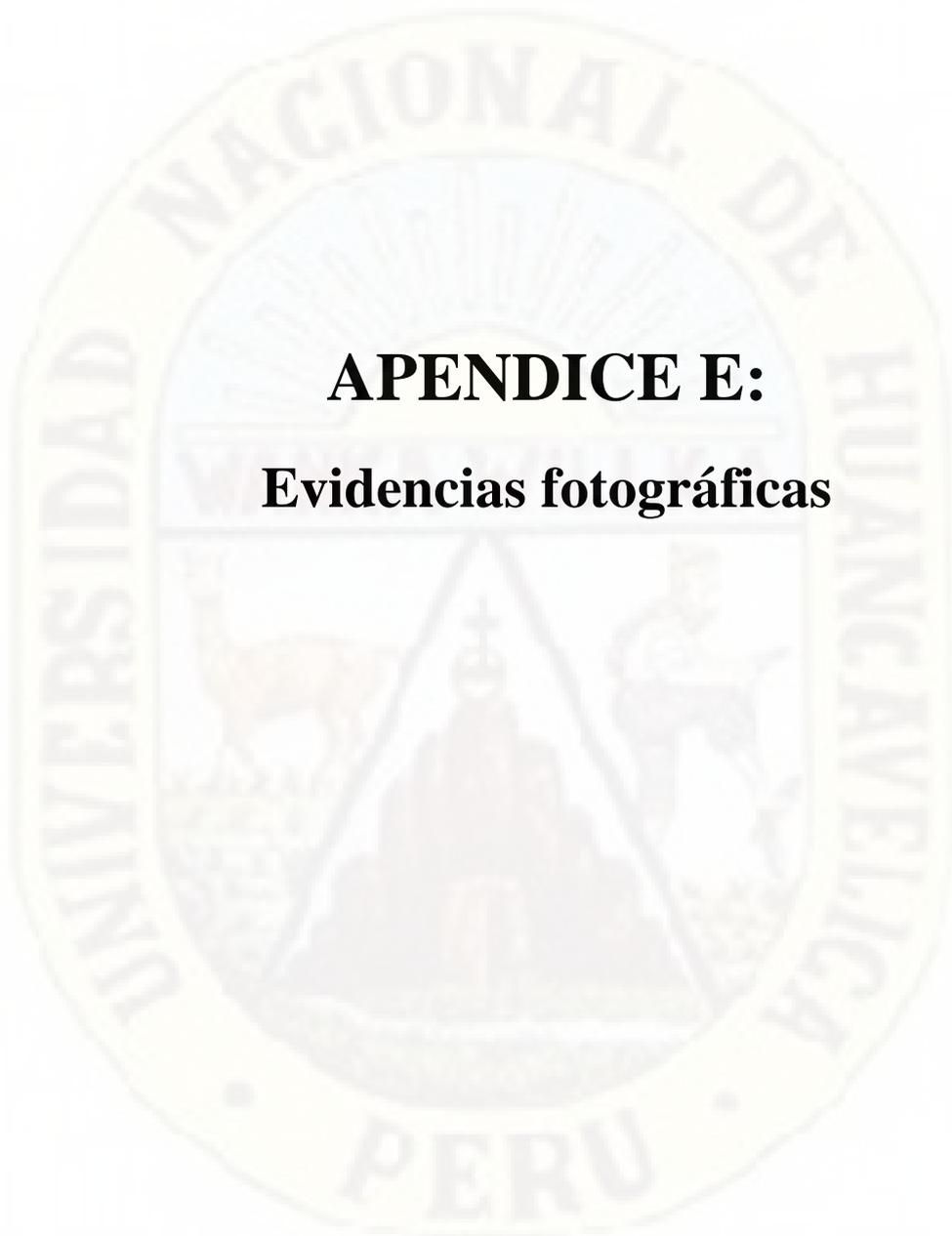
Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA

Mg. ROJAS VILLA CRISTIAN A.
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

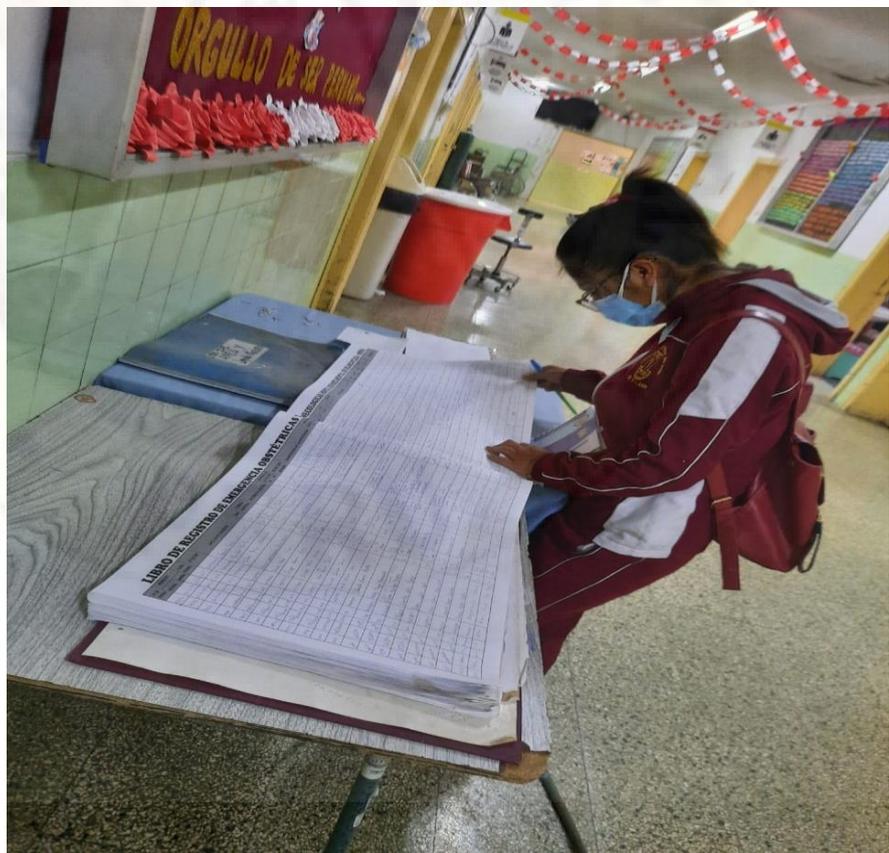
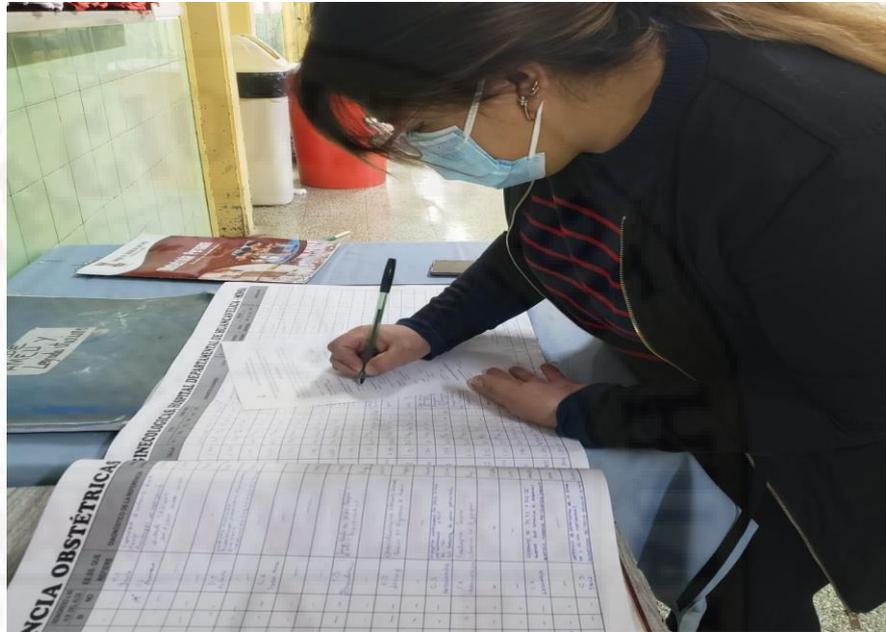
C.c.:
Archivo.

MINISTERIO DE SALUD	
HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCAVELICA	
UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA	
RECEPCION	
FECHA	19 JUL 2021
REG.	FOLIO: 04
OFICINA: 10.01	FIRMA: <i>[Signature]</i>



APENDICE E:
Evidencias fotográficas

Fotografía N.1: Revisión del libro de registros de atenciones en el Hospital Zacarías Correa Valdivia.



Fotografía N.1: Revisión de las historias clínicas del Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia

