

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN



**FACULTAD DE OBSTETRICIA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION**

TESIS

**“INCIDENCIA DE PATOLOGIAS PLACENTARIAS
DIAGNOSTICADAS ECOGRAFICAMENTE. HOSPITAL
JOSÉ MENDOZA OLAVARRÍA - TUMBES. JUNIO –
AGOSTO, 2014”**

TESISTA

LIC. Yuliana Lisbeth, Ancajima Chávez.

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MONITOREO FETAL Y
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA**

HUÁNUCO-PERÚ

2016

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de integrar nuevos conocimientos en mi formación profesional.

A mis padres por la mejor herencia que dejan para mí, que es mi profesión.

A mi esposo por su paciencia y tiempo dedicado a los retos propuestos.

A los docentes de especialidad por aportar sus conocimientos y grandes experiencias en contribución de la formación de nuevos y mejores profesionales para nuestra carrera.

RESUMEN

Esta investigación de tipo descriptiva, se originó formulándose el siguiente problema de investigación ¿Cuál es la incidencia de patologías placentarias diagnosticados ecográficamente en el “Hospital José Mendoza Olavarría” II-1 de Tumbes. Durante los meses Junio – Agosto, 2014? Se planteó como objetivo general determinar la incidencia de patologías placentarias diagnosticados ecográficamente en el “Hospital José Mendoza Olavarría” II-1 de Tumbes. Durante los meses de Junio – Agosto, 2014. Para ello se consideró una muestra poblacional de las 200 gestantes atendidas en el servicio de ecografías de las cuales solo 3 fueron diagnosticadas con anomalía placentaria; de tipo placenta previa, estos casos fueron analizados y evaluados con la finalidad de recoger de las historias clínicas datos que incluyeran factores de riesgo asociados al tipo de patología determinada, complicaciones causadas por la misma patología y la verificación del diagnóstico al momento del parto distócico. Los resultados del presente trabajo son: La incidencia de patologías placentarias diagnosticados ecográficamente fue de 1.5 %, el Tipo de anomalía placentaria diagnosticadas ecográficamente fue solo la placenta previa (1.5%), la incidencia de factores de riesgo en las anomalía placentaria diagnosticadas ecográficamente fue las cesáreas previas (100%), seguido por la multiparidad, antecedente de L.U con (66.7%) la edad materna > 35 años con (33. 3%) y la

incidencia de complicaciones en los casos de anomalía placentaria diagnosticadas ecográficamente fue las hemorragias del tercer trimestre (100%), seguido por el sufrimiento fetal con (0.5%) y prematuridad con (0.5%).

La incidencia de anomalías placentarias es muy baja, siendo la placenta previa el único tipo de anomalía encontrada en este estudio.

Palabras claves: diagnóstico ecográfico, anomalía placentaria, placenta previa.

ABSTRACT

This professional Thesis presented by the degree in Obstetrics Yuliana Lisbeth Ancajima Chavez as a requirement for the degree of Specialist in Fetal Monitoring and Diagnostic Imaging in Obstetrics ". This research quantitative, descriptive, originated formulated the following research problem What is the incidence of placental pathology diagnosed by ultrasound at Jose Mendoza Olavarria II-1 of Tumbes Hospital. During the months June - August, 2014? and was raised as a general objective to determine the incidence of placental pathology diagnosed by ultrasound at Jose Mendoza Olavarria II-1 of Tumbes Hospital. During the months of June to August, 2014. For this purpose a population sample of 200 pregnant women at the service of ultrasound which was considered only 3 were diagnosed with placental abnormalities; placenta previa type, these cases were analyzed and evaluated in order to collect medical records details including risk factors associated with the type of specific pathology, complications caused by the same pathology and verification of diagnosis at the time of dystocia. The results of this work are: The incidence of placental pathology diagnosed by ultrasound was 1.5%, the type of placental abnormality diagnosed was sonographically single placenta previa (1.5%), the incidence of risk factors in placental abnormality diagnosed sonographically was the previous cesarean sections (100%), followed by multiparity, history of LU

with (66.7%) maternal age > 35 years (33.3%) and the incidence of complications in cases of placental abnormality was diagnosed sonographically hemorrhages third quarter (100%), followed by fetal distress with (0.5%) and prematurity with (0.5%).

The incidence of placental abnormalities is very low with placenta previa the only type of anomaly diagnosed in this study.

Keywords: ultrasound diagnosis, placental abnormalities, placenta previa.

INDICE

	Pág.
Capítulo I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1. Fundamentación del problema	17
1.2. Formulación del problema: general y específicos	19
1.3. Objetivos: generales y específicos	20
1.4. Justificación e importancia	21
1.5. Limitaciones	23
Capítulo II: MARCO TEÓRICO	24
2.1. Antecedentes	24
2.2. Bases teóricas	25
2.3. Definición de Términos Básicos	57
Capítulo III: ASPECTOS OPERACIONALES	59
3.1. Hipótesis	59
3.2. Sistema de Variables	59
Capítulo IV: MARCO METODOLÓGICO	60
4.1. Dimensión Espacial y Temporal	60
4.2. Tipo de Investigación	61
4.3. Diseño de Investigación	61
4.4. Determinación del Universo/Población	62
4.5. Selección de la Muestra	63

4.6. Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos	63
4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis y presentación de datos	64
Capítulo VI: Resultados	65
Capítulo VII: Discusión	69
Capítulo VIII: Conclusiones	73
Capítulo IX: Recomendaciones	75
Capítulo X: Referencia Bibliografía	76
Anexos	79

INTRODUCCION

Hoy, gracias al mejor entendimiento y conocimiento de los factores de riesgo y al mejoramiento de las pruebas diagnósticas, la mayoría de los casos de patologías placentarias pueden y deben ser diagnosticados durante el embarazo. El diagnóstico temprano hace posible la preparación adecuada y correcta para el momento del parto y sus complicaciones. ¹

La valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, lo cual permite el diagnóstico prenatal de localización anormal de la placenta; es aquí que, sobre todo, frente a una localización anormal o frente a factores de riesgo, se debe dirigir los métodos diagnósticos disponibles para confirmar o descartar un trastorno de la placenta. ¹

La ecografía prenatal es el procedimiento utilizado de rutina para determinar la edad gestacional, el crecimiento y bienestar fetal, además de realizar el tamizaje de malformaciones y anomalías cromosómicas. ²

En los últimos años la ecografía prenatal ha presentado grandes avances, y en respuesta a estos logros, las sociedades científicas, como el Instituto Americano de Ultrasonido en Medicina (AIUM), en conjunto con el

Colegio Americano de Radiología (ACR) y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) han hecho la revisión, desde su primera publicación hace 20 años, de las cuatro guías del examen ultrasonográfico prenatal. Este gran aporte a la comunidad científica ha logrado una mejor organización a la hora de realizar este procedimiento, ya que por ser un examen operador dependiente se requiere de personal entrenado en este campo para minimizar los errores diagnósticos, mejorando el cuidado de nuestras pacientes y evitando las sanciones legales correspondientes.²

También es cierto que si bien la evidencia es limitada, la ecografía ejerce una función determinante en el diagnóstico de malformaciones y cromosopatías, además de participar activamente en el tamizaje temprano de patologías de alto impacto perinatal como preeclampsia (PE), la restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) y el parto pretérmino (PP), con el fin de efectuar una medicina preventiva que cumpla con las expectativas planteadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y lograr reducir la morbimortalidad perinatal.²

El diagnóstico ecográfico placentario se ha convertido en un método más, para poder establecer con precisión las anomalías placentarias, una de las

principales causas de hemorragia uterina, que puede llegar a requerir histerectomía obstétrica.¹

Frecuentemente, desde un punto de vista académico, el abordaje de las anomalías placentarias se ha llevado a cabo principalmente mediante la descripción de la localización anómala de la placenta en el tercer trimestre; es decir, haciendo referencia a la inserción placentaria, parcial o completa, sobre el segmento uterino; ciertamente, esta entidad de forma aislada, constituye un motivo de gran riesgo para hemorragia en la mujer durante el embarazo; sin embargo, ante la presencia de esta situación clínica, el personal de salud debería concentrarse en la gran probabilidad de que la anomalía en la localización se asocie con un trastorno de la invasión, entidad clínica descrita como acretismo, ya que su presencia, implica un incremento importante en la morbilidad y mortalidad materna. Así pues, la presencia de anomalías de la localización e invasión placentaria constituye una condición de gran severidad y alto riesgo durante el embarazo, su abordaje clínico debería llevarse a cabo mediante una serie de acciones consecutivas, con un enfoque integral y sin dejar de lado la alta frecuencia con la que se encuentran asociadas.³

Las anomalías de la inserción placentaria se asocian con complicaciones maternas severas y resultados perinatales adversos. Desde el punto de vista materno, se asocia con un riesgo significativo de hemorragias, transfusiones, alta frecuencia de cesárea, histerectomía post cesárea, septicemia, tromboflebitis, hospitalización y muerte; puede alcanzar una tasa de mortalidad cuando coexiste con placenta acreta hasta de un 7%. Desde el punto de vista del recién nacido, alrededor del 40% de los casos se complican con parto pre término y la mortalidad perinatal se incrementa hasta cuatro veces. Se ha reportado que existe una asociación significativa de los casos con placenta previa (PP) y hemorragia anteparto con: parálisis cerebral, que puede explicarse por su vínculo común con el parto prematuro, (Neilson J, 2008) restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. (Ananth C, 2001).³

Actualmente, las muertes maternas por hemorragia asociada a las anomalías de inserción placentaria son poco frecuentes en países desarrollados. En Estados Unidos de Norteamérica se calcula que existen 3 muertes por cada 1000 casos de PP; sin embargo, en países en vías de desarrollo: la anemia preexistente, limitaciones para el transporte de pacientes, reducidas instalaciones médicas y recursos insuficientes, determinan que la PP continúe siendo responsable de un gran número de muertes maternas (Oyelese

Y, 2006) en América Latina, a pesar de existir variabilidad según la región, se calcula que existe una muerte materna por cada 150 casos de PP. (Rivas M, 2001).³

Se encontró un estudio, a nivel internacional, titulado "*Acretismo Placentario: Diagnóstico Prenatal Mediante Estudio Ecográfico Doppler en el Hospital Materno Infantil*" elaborado por Peñaloza y col., de tipo prospectivo, longitudinal, realizado en el *Hospital Materno Infantil "Germán Urquidi"* de Bolivia, cuyo objetivo fue establecer su utilidad en el diagnóstico prenatal de dicha patología, determinando su sensibilidad y especificidad, identificando además la localización placentaria más frecuente y principales complicaciones presentadas, se tuvo una incidencia de acretismo placentario de 0,083%, más frecuente en multigestas y a los 25 a 34 años, todas con el antecedente de 2 o más cesáreas, presentando además el 75% placenta previa oclusiva total.⁴

Otro estudio realizado a nivel internacional, titulado "*Predicción del Acretismo Placentario con Ultrasonido Doppler en el Hospital Universitario de Neiva, Colombia. Estudio de Cohorte*" elaborado por Ferreira E, y Angulo M., estudio de cohorte, cuyo objetivo fue evaluar los hallazgos ecográficos, el resultado materno y perinatal de las pacientes con y sin acretismo placentario a

quienes se les realizó ecografía y doppler color antenatal. Los resultados obtenidos en un total de 51 pacientes con riesgo de acretismo fueron evaluadas mediante ecografía y doppler color. En cinco pacientes se confirmó alta probabilidad y en 46 pacientes baja probabilidad de acretismo placentario. Comparando el resultado en términos de presencia o ausencia de acretismo, la tasa de histerectomía fue 60% en el grupo de alta probabilidad y 2% en el grupo de baja probabilidad. Las transfusiones sanguíneas fueron necesarias en un 40% de las pacientes de alta probabilidad y 2% en el grupo de baja probabilidad.⁵

No se encontró estudios, a nivel nacional o regional, sobre patologías placentarias diagnosticadas ecográficamente.

La identificación de casos de anomalías de la inserción placentaria, establece un plan de manejo multidisciplinario, con un enfoque integral y acorde al padecimiento y que permita establecer estrategias oportunas que contribuyan a disminuir la mortalidad y morbilidad del binomio madre-hijo.³

El trabajo está estructurado en cinco capítulos: en el primero se consigna el plan de investigación, que comprende, el problema y su contexto, los objetivos del estudio, relevancia del estudio, abordaje teórico, trayectoria metodológica, análisis, interpretación y sistematización de la información; en el segundo capítulo se considera el cronograma de trabajo; en el tercer y último capítulo está constituido por el presupuesto del trabajo, seguido de las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

El diagnóstico ecográfico placentario se ha convertido en un método más, para poder establecer con precisión las anomalías placentarias, una de las principales causas de hemorragia uterina, que puede llegar a requerir histerectomía obstétrica.¹

Además de su importancia en la valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, permitiendo el diagnóstico prenatal de la localización placentaria, permitiéndonos adicionalmente descartar una placentación anormal o cualquier patología placentaria.

También es cierto que si bien la evidencia es limitada, la ecografía ejerce una función determinante en el diagnóstico de malformaciones y cromosomopatías, además de participar activamente en el tamizaje temprano de patologías de alto impacto perinatal como preeclampsia (PE), la restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) y el parto pre término (PP), con el fin de

efectuar una medicina preventiva que cumpla con las expectativas planteadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y lograr reducir la morbimortalidad perinatal. ²

Frecuentemente, desde un punto de vista académico, el abordaje de las anomalías placentarias se ha llevado a cabo principalmente mediante la descripción de la localización anómala de la placenta en el tercer trimestre; es decir, haciendo referencia a la inserción placentaria, parcial o completa, sobre el segmento uterino; ciertamente, esta entidad de forma aislada, constituye un motivo de gran riesgo para hemorragia en la mujer durante el embarazo; sin embargo, ante la presencia de esta situación clínica, el personal de salud debería concentrarse en la gran probabilidad de que la anomalía en la localización se asocie con un trastorno de la invasión, entidad clínica descrita como acretismo, ya que su presencia, implica un incremento importante en la morbilidad y mortalidad materna. Así pues, la presencia de anomalías de la localización e invasión placentaria constituye una condición de gran severidad y alto riesgo durante el embarazo, su abordaje clínico debería llevarse a cabo mediante una serie de acciones consecutivas, con un enfoque integral y sin dejar de lado la alta frecuencia con la que se encuentran asociadas. ³

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

GENERAL:

¿Cuál es la incidencia de patologías placentarias diagnosticados ecográficamente en el Hospital “José Mendoza Olavarría” II-1 de Tumbes 2014?

ESPECIFICOS:

¿Cuál es el tipo de patologías placentarias diagnosticados ecográficamente en el Hospital “José Mendoza Olavarría” II-1 de Tumbes 2014?

¿Cuáles son las patologías placentarias diagnosticadas ecográficamente que predominan en el “Hospital José Mendoza Olavarría” II-1?

¿Cuáles son los antecedentes obstétricos que predominan en las gestantes diagnosticadas ecográficamente con patologías placentarias en el “Hospital José Mendoza Olavarría” II-1?

¿Cuáles son las complicaciones en las patologías placentarias diagnosticados ecográficamente en el “Hospital José Mendoza Olavarría” II-1 de Tumbes 2014?

1.3. OBJETIVOS:

GENERAL:

Determinar la incidencia de patologías placentarias diagnosticados ecográficamente en el “Hospital José Mendoza Olavarría” II-1 de Tumbes. Periodo Junio – Agosto del 2014.

ESPECIFICOS:

- Establecer el tipo de patologías placentarias diagnosticados ecográficamente en el “Hospital José Mendoza Olavarría” II-1 de Tumbes. Periodo Junio – Agosto del 2014.
- Comprobar las patologías placentarias diagnosticadas ecográficamente que predominan en el “Hospital José Mendoza Olavarría” II-1. Periodo Junio – Agosto del 2014.
- Determinar los antecedentes obstétricos que predominan en las gestantes diagnosticadas ecográficamente con patologías placentarias en el 2Hospital José Mendoza Olavarría” II-1. Periodo Junio – Agosto del 2014.

- Establecer las complicaciones en las patologías placentarias diagnosticados ecográficamente en el “Hospital José Mendoza Olavarría” II-1 de Tumbes. Periodo Junio – Agosto del 2014.

1.4. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

La mayoría de los casos de patologías placentarias pueden y deben ser diagnosticados durante el embarazo. El diagnóstico temprano hace posible la preparación adecuada y correcta para el momento del parto y sus complicaciones. ⁽¹⁾

La valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, lo cual permite el diagnóstico prenatal de localización anormal de la placenta; es aquí que, sobre todo, frente a una localización anormal o frente a factores de riesgo, se debe dirigir los métodos diagnósticos disponibles para confirmar o descartar un trastorno de la placenta. ¹

Las anomalías de la inserción placentaria se asocian con complicaciones maternas severas y resultados perinatales adversos. Desde el punto de vista materno, se asocia con un riesgo significativo de hemorragias, transfusiones, alta frecuencia de cesárea, histerectomía post cesárea, septicemia, tromboflebitis, hospitalización y muerte; puede alcanzar una tasa de mortalidad

cuando coexiste con placenta acreta hasta de un 7%. Desde el punto de vista del recién nacido, alrededor del 40% de los casos se complican con parto pre término y la mortalidad perinatal se incrementa hasta cuatro veces. Se ha reportado que existe una asociación significativa de los casos con placenta previa (PP) y hemorragia anteparto con: parálisis cerebral, que puede explicarse por su vínculo común con el parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.³

Actualmente, las muertes maternas por hemorragia asociada a las anomalías de inserción placentaria son poco frecuentes en países desarrollados. En Estados Unidos de Norteamérica se calcula que existen 3 muertes por cada 1000 casos de PP; sin embargo, en países en vías de desarrollo: la anemia preexistente, limitaciones para el transporte de pacientes, reducidas instalaciones médicas y recursos insuficientes, determinan que la PP continúe siendo responsable de un gran número de muertes maternas en América Latina, a pesar de existir variabilidad según la región, se calcula que existe una muerte materna por cada 150 casos de PP.³

1.5. LIMITACIONES

- Dificultad en la accesibilidad a los libros de registros de sala de operaciones.
- Pocos casos registrados de anomalías placentarias.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES:

2.1.1. Internacionales:

En un estudio a nivel internacional elaborado por Peñaloza y cols., titulado *“Acretismo Placentario: Diagnóstico Prenatal Mediante Estudio Ecográfico Doppler en el Hospital Materno Infantil”*, de tipo prospectivo, longitudinal, realizado en el *Hospital Materno Infantil “Germán Urquidí”* de Bolivia, cuyo objetivo fue establecer su utilidad en el diagnóstico prenatal de dicha patología, determinando su sensibilidad y especificidad, identificando además la localización placentaria más frecuente y principales complicaciones presentadas. Se tuvo una incidencia de acretismo placentario de 0,083%, más frecuente en multigestas y a los 25 a 34 años, todas con el antecedente de 2 o más cesáreas, presentando además el 75% placenta previa oclusiva total. ⁴

En un estudio realizado a nivel internacional, por Ferreiva E y Angulo M. Titulado *“Predicción del Acretismo Placentario con Ultrasonido Doppler en el Hospital Universitario de Neiva, Colombia. Estudio de Cohorte”*, cuyo objetivo fue evaluar los hallazgos ecográficos, el resultado materno y perinatal de las

pacientes con y sin acretismo placentario a quienes se les realizó ecografía y doppler color antenatal. Los resultados obtenidos en un total de 51 pacientes con riesgo de acretismo fueron evaluadas mediante ecografía y doppler color. En cinco pacientes se confirmó alta probabilidad y en 46 pacientes baja probabilidad de acretismo placentario. Comparando el resultado en términos de presencia o ausencia de acretismo, la tasa de histerectomía fue 60% en el grupo de alta probabilidad y 2% en el grupo de baja probabilidad. Las transfusiones sanguíneas fueron necesarias en un 40% de las pacientes de alta probabilidad y 2% en el grupo de baja probabilidad. ⁵

No se encontró estudios, a nivel nacional o regional, sobre patologías placentarias diagnosticadas ecográficamente.

2.2. BASES TEORICAS:

La incidencia y la prevalencia son dos medidas de frecuencia de la enfermedad, es decir, miden la frecuencia, el número de casos, con que una enfermedad aparece en un grupo de población. ²

Para ello hay que sentar primero las bases; consideramos que una persona puede únicamente estar sana o enferma de una enfermedad definida, entonces:

La prevalencia describe la proporción de la población que padece la enfermedad, que queremos estudiar, en un momento determinado, es decir es como una foto fija.²

La incidencia va a contabilizar el número de casos nuevos, de la enfermedad que estudiamos, que aparecen en un período de tiempo previamente determinado; podemos equipararla a una película que refleja el flujo del estado de salud al de enfermedad en la población que estudiamos.²

La prevalencia depende de la incidencia y de la duración de la enfermedad, esto quiere decir que las variaciones de la prevalencia pueden ser debidas a las modificaciones en la incidencia o a cambios en la duración de la enfermedad y la duración de la enfermedad depende, a su vez, de cambios en el período de recuperación o en la esperanza de vida de los pacientes.²

Estas medidas de frecuencia son complementarias y suelen utilizarse para objetivos diferentes.

Las medidas de prevalencia son de mayor utilidad en enfermedades de evolución lenta o enfermedades crónicas como la diabetes, la artritis reumatoide; para planificar servicios sanitarios o para estimar necesidades asistenciales. También son utilizadas para medir la frecuencia de determinadas características de la población que se quiere estudiar.²

Las medidas de incidencia se utilizan cuando nos interesa la medición del flujo, es decir, los casos nuevos que van apareciendo, por ello son más útiles en enfermedades con un período de inducción corto como pueden ser las enfermedades infecciosas, el infarto. ²

Una ecografía es un examen mediante una imagen lograda por ultrasonidos, con finalidad diagnóstica. Para realizar una ecografía se utiliza un aparato parecido a un micrófono, llamado transductor, que emite ondas de ultrasonidos. Estas ondas sonoras de alta frecuencia son transmitidas hacia la parte del cuerpo que se quiere estudiar. A continuación se registra el eco recibido. El aparato transductor recoge el eco de las ondas ultrasónicas y envía esta información a una computadora para que la convierta en una imagen. ²

La ventaja de las ecografías es que son fáciles de hacer y no emplean radiación, lo que las hace muy adecuadas para ir visualizando el feto de un embarazo conforme va desarrollándose. También sirven para intentar averiguar el sexo del feto, lo más habitual es realizar tres ecografías durante el embarazo. Las ecografías también son útiles para saber la ubicación y la funcionalidad de la placenta. ²

Permitiendo emitir un diagnóstico mediante el resultado de la ecografía, que se arrojan luego de realizado este estudio para su evaluación y análisis. El

diagnóstico tiene como propósito reflejar la situación del feto y sus anexos entre ellos, así mismo su estado, para que luego se proceda a realizar una acción o tratamiento que ya se preveía realizar o que a partir de los resultados del diagnóstico se decide llevar a cabo. ²

Es así que mediante el ultrasonido (US) la placenta puede ser reconocida hacia la 9na o 10ma semana; sin embargo, no se habla de placenta hasta la semana 12, cuando se establece la circulación materno fetal. Entre los componentes de la placenta que se identifican se cuentan:

La placa corial, evidenciada como una línea ecogénica que marca el borde placentario en contacto con el líquido amniótico; inmediatamente por debajo se identifica la sustancia placentaria, y posteriormente la placa basal, constituida por la interfase ecogénica que separa la placenta del complejo retroplacentario. ²

El examen metódico de la placenta es vital y debe incluir:

1.- LOCALIZACION:

La US es ideal para determinar el sitio de implantación, fue uno de los primeros usos de la US publicados en la literatura. Desde las 4-5 semanas de gestación ya se puede reconocer un anillo ecogénico, cuando el sitio de

implantación es normal, no cercano al orificio cervical interno (OCI), se considera poco relevante la localización exacta. ⁶

Hay autores que relacionan ciertas localizaciones con posiciones fetales distócicas, implantaciones en zonas de hipoperfusión (miomas o septos) se pueden asociar a: Óbito fetal, RCIU, Parto prematuro, Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), Hemorragia postparto.⁶

La placenta puede tener diferentes tipos de anomalías o producir alteraciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio. Pueden existir alteraciones en el sitio de implantación, en el grado de penetración, en la forma de la placenta, puede ocurrir un desprendimiento prematuro de la placenta o por el contrario dificultades para su expulsión o alumbramiento. ⁶

Según la localización placentaria.- Puede clasificarse en:

Inserción no patológica de la placenta.- Son todas aquellas localizaciones, puras o combinadas, que se hallan por encima de la zona superior del segmento uterino inferior en su totalidad. ⁶

Inserción patológica de la placenta.- Son todas aquellas inserciones que, con metrorragia clínica o no, se encuentran parcial o totalmente ancladas por debajo del límite anterior. ⁶

La extensión placentaria, es decir, su amplitud, desde sus bordes más extremos, sólo puede medirse cuando la objetivación de la torta placentaria es completa. Este hecho, casi imposible cuando la localización es de cara posterior, y además coexiste gemelaridad, macrosemia fetal o gran oligoamnios, tiene asimismo, a partir de la semana 35 de amenorrea un factor de negatividad, puesto que entre el cabezal ultrasónico y la placenta posterior se interponen gran cantidad de interfases reflectantes, en las cuales; se van agotando los ultrasónico: incidentes. ⁷

Punto importante durante la evaluación placentaria la cual puede ser anterior, posterior, lateral derecha o izquierda, o en el fondo uterino.

También es de vital importancia determinar si la placenta se encuentra o no por delante de la presentación, placenta previa-inserción baja.

En consecuencia, la utilidad de la exploración ecográfica en este aspecto ya encuentra cierta limitación. Sin embargo, en placentas anteriores puras o

cuando hay factores favorecedores, sí es posible medir la extensión placentaria merceda la rejilla centimetrada iluminada de la pantalla osciloso óptica del ecógrafo. Para ello basta con barrer la imagen placentaria de un extremo a otro.

7

Aun cuando no existen patrones concretos de la extensión de la placenta si se ha encontrado patología de su desarrollo en embarazadas afectadas de isoimmunización Rh, en gestantes diabéticas descompensadas, en preeclampsias graves y eclampsias, y en insuficiencias placentarias.⁷

1.1.- PLACENTA PREVIA

La inserción de la placenta en el segmento uterino, también llamada placenta previa, oscila entre el 0.33 y el 2.6%; sin embargo, su presentación real es difícil de establecer dado que se suelen utilizar una gran variedad de métodos en su evaluación y criterios diagnósticos diferentes. Su etiología es desconocida, hasta el momento se han identificado diversos factores de riesgo que determinan la posibilidad de su presentación y existe consenso para afirmar que las lesiones del endometrio o miometrio crean las condiciones necesarias para una implantación anormal del huevo o cigoto, lugar donde se iniciará la formación de la placenta y vascularización correspondiente. Se ha observado que de acuerdo al número de cesáreas el riesgo aumenta en 0.65, 1.55, 2.3 y

10%, en caso de 1, 2, 3 y 4 cesáreas previas, respectivamente. Otros factores asociados son: edad, materna mayor de 35 años, multiparidad, raza negra y asiática, número de abortos, embarazo múltiple, tabaquismo y adicción a la cocaína. ³

1.1.1.- DIAGNÓSTICO PLACENTA PREVIA

Debe determinarse la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2º y 3º trimestre.

Si existe sospecha de placenta previa, en placentas bilobuladas y en gestaciones gemelares realizar una ecografía transvaginal (TV) para confirmar o no el diagnóstico. ⁸

La US TV en cualquier EG será GoldStandard ya que la US TA presenta inconvenientes en la correcta localización placentaria (hasta 60% de relocalización por vía TV). ⁶

La evaluación de una PP en la ecografía TV incluye:

- Visualizar correctamente todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral (corte transversal) rechazando, si es necesario, la presentación fetal.
- Aplicar Doppler color para descartar hematoma marginal o vasa previa.

- Localizar la inserción cordón.
- En caso de vejiga parcialmente llena: confirmar el diagnóstico de PP tras la micción.
- Valorar signos de acretismo especialmente en PP con antecedente de cesárea previa.⁸

La US TA: pobre visualización de placenta posterior, la cabeza fetal interfiere con su visión, así como la obesidad materna, y el llene vesical (falsos (+) para P.P entre un 25% y un 72%, en US de segundo trimestre). Otros factores, como la contracción miometrial también pueden confundir.⁶

La tasa de falsos positivos y negativos con ecografía TA tiene un rango del 2% al 25% y en el 26% de los casos el diagnóstico es rectificado tras realizar una ecografía TV.³

Para hacer un diagnóstico definitivo de placenta previa se debe realizar una ecografía entre las semanas 24 a 28, estableciendo la distancia que hay del borde inferior de la placenta al orificio cervical interno (OCI). Con base en este cálculo se clasifica la placenta previa:

- **Placenta previa oclusiva total:** el OCI ésta totalmente cubierto por la placenta; Son aquellas que tapizan en toda su extensión, de arriba abajo y de derecha a izquierda, la región cervical.

Estas placentas, sea cual sea el estadio evolutivo de la gestación y las eventualidades clínicas que concurren, hacen imposible considerar que pueda tener lugar un parto por las vías naturales. Excepto en un caso como el mencionado en el punto anterior, el 100 % de estas patologías placentarias deben terminar en cesárea en interés materno fetal. ⁷

- **Placenta previa oclusiva parcial:** Cuando el borde inferior de la placenta tapiza en parte, pero no totalmente, la región cervical, la placenta ocupa menos del 50% del OCI, Estas placentas, bien por el crecimiento uterino final, por la rotura de la bolsa amniótica y el consiguiente "taponamiento" de la presentación fetal (en especial de la presentación de vértice) por la existencia de un feto microsómico y multiparidad o por cualquier otra circunstancia clínica, permiten la posibilidad irás o menos remota, según el grado de oclusión, de un parto por vía vaginal. ⁷

- **Placenta de inserción baja:** Cuando su borde inferior margina la región cervical pero sin ocluirla, la placenta se encuentra a menos de 3 centímetros del OCI. ^{2,7}

La obtención de la imagen US correcta de medición debe cumplir los mismos requisitos técnicos establecidos para la medición de la longitud cervical, si en el plano sagital no se ve el borde placentario, el transductor es angulado en su eje mayor y/o rotando en 90° en cada dirección, evaluando los 4 cuadrantes en búsqueda de tejido placentario. ⁶

En aquellas placentas de inserción baja (PIB) de 2º trimestre debe descartarse la presencia de vasa previa. Su detección permite sobrevida del 97%, v/s mortalidad del 56% cuando no hay diagnóstico prenatal. ⁶

Ante el diagnóstico ecográfico de una PP oclusiva, marginal o de inserción baja a < 10mm, programar el control ecográfico de 3er trimestre alrededor de las 32 semanas para confirmar el diagnóstico y ajustar las recomendaciones (reposo relativo, evitar relaciones sexuales, prevención de anemia materna, informar de la posible aparición de sangrado). Es por tanto

recomendable que en dichos casos se haga constar la localización de la placenta en el informe ecográfico.

El control específico de 3er trimestre no será necesario en placentas de inserción baja entre 10-20mm por la alta probabilidad de migración (más del 90%).⁸

Placenta previa asintomática:

Control ecográfico a las 36 semanas para confirmar la PP y decidir la vía del parto.⁸

Placenta previa sintomática:

Según el grado de metrorragia y los antecedentes de la paciente, se decidirá dejar a la paciente en observación. ⁸

Predicción de placenta previa y edad gestacional

Un estudio longitudinal de Mustafá et al., establece el diagnóstico US TV de PP, encontrando la presente

11 a 14 semanas en el 42,0%

20 a 24 semanas en el 3,9%

Término en el 1,9%. ⁶

La predicción de P.P al término establecida por ULS del primer trimestre es baja.

1.1.2.- FACTORES DE RIESGO:

Los factores predisponentes y entidades clínicas relacionadas con esta patología suelen incluir traumatismos previos del endometrio, del miometrio o de la vascularización uterina. Los factores más comunes se describen a continuación:

- Edad materna avanzada.
- Multiparidad.
- Gestaciones múltiples.
- Anemia.
- Periodo intergenesico corto.
- Endometritis Cronica.
- Cesáreas.
- Legrados.
- Histeroscopia Operatoria.
- Cicatriz previa por miomectomia, o cirugía uterina.
- Antecedente de placenta previa.
- Tumores uterinos.

- Tabaquismo.
- Cocaína.
- Feto masculino.⁹

1.2.- VASA PREVIA

Trayecto de vasos sanguíneos fetales sin la protección habitual de la placenta o del cordón umbilical a través de las membranas fetales, ya sea a nivel del OCI o por debajo de la parte fetal que se aboca a la pelvis.³

Debe sospecharse especialmente cuando el borde placentario cubre el OCI en embarazos tempranos pero retrocede posteriormente.³

1.2.1.- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

- Ecografía bidimensional
- Eco Doppler
- Ecografía tridimensional: ofrece innumerables herramientas adicionales de imágenes, que son de suma utilidad cuando el diagnóstico es dudoso.

1.2.2.- FACTORES DE RIESGO:

- Embarazo múltiple
- Inserción velamentosa del cordón
- Presencia de placenta bilobulada
- Placenta succenturiata
- Inserción baja placentaria en el 2º trimestre
- Embarazos resultantes de F.I.V. (14%).⁶

2. ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO

Existe relación entre peso de nacimiento y tamaño placentario, existen tablas de grosor placentario según EG, sin embargo esta medición no se realiza en la práctica clínica habitual.⁶

La evaluación es subjetiva y sólo se medirá si impresiona alterado el tamaño placentario, el grosor normal es entre 2–4 cm en una zona central o cercana a la inserción del cordón (cuando la inserción es central).⁶

Un grosor aumentado es inespecífico debe cuidarse de mediciones con cortes tangenciales en placentas fúndicas, se debe cuidar de no medir durante una contracción miométrial pues se puede confundir el miometrio contráctil con tejido placentario.⁶

2.1.- Patología en el grosor placentario

La valoración del grosor placentario es, tras un exhaustivo barrido exploratorio, una materialidad fácilmente calculable simplemente iluminando la rejilla de la pantalla osciloscópica, cuando se ha determinado, entre el límite corion-amnios y la placa basal, la zona media y más corta. Según algunos autores, puede admitirse un grosor de 1.5 cm. en la semana 16, que aumenta a 2.5 cm. En la semana 24 y a 3.5 - 4 cm en la semana 33, a partir de ésta el crecimiento se estabiliza. ⁶

Concomitantes a patología de la extensión, se han hallado las siguientes alteraciones del grosor de la placenta. ⁶

2.1.1.- Aumento

Traduce generalmente el edema del órgano, con lo cual las refringencias informadoras producidas por los ultrasonidos incidentes en la interfase limitante entre la superficie de la vellosidad corial y el espacio intervelloso se hallan distanciadas por amplios oscurecimientos. Así sucede en isoimmunizadas graves, embarazadas diabéticas, en toxemias del tercer trimestre y en algunas malformaciones múltiples fetales. ⁷

- **Causas de engrosamiento placentario**

Engrosamiento homogéneo:

- Idiopático
- Diabetes Mellitus materna
- Hydrops inmune y no inmune
- Infección
- Aneuploidía
- Anemia Materna o Fetal

Engrosamiento heterogéneo:

- Hemorragia placentaria
- Embarazo molar
- Triplodías
- Vellositis
- Sd. De Beckwith Wiederman (onfalocele, macroglosia y gigantismo).

Engrosamiento focal:

- Tumor Placentario
- Mola de Breu
- DPPNI
- Hemorragia pacentaria focal. ⁶

2.1.2.- Disminución

Salvo en los casos de hidramnios, en que existe un mecánico tensamiento, que se pudiera considerar "normal", este tipo de alteración es francamente patológica, ya que es significativa no sólo de alteración morfológica sino funcional, y suele coincidir con fetos muertos o graves sufrimientos fetales, así como con fetos pequeños para la edad gestacional en los procesos más intensos.⁷

2.2.- CARACTERISTICAS ECOGRAFICAS

▪ Patología en la homogeneidad de la placenta

Partiendo de la base de una imagen ecográfica normal de la homogeneidad de la placenta (la refringencia uniforme de su "jaspeado", las peculiaridades de sus límites, etc., descritos anteriormente), y de que es un informe perfectamente útil a través de la ultrasonografía, se ha descrito la posibilidad de diagnosticar ciertas alteraciones patológicas, principalmente en los estadios finales de la gestación; así, son objetivables calcificaciones, infartos placentarios y quistes coriales, que surgen en la representación ultrasónica de la placenta como zonas aumentadas en su refringencia y que destacan por su blancura y brillantez del resto, o como estadios silentes en ecos enmarcados por límites más luminosos.⁷

Bollañder (1972), describió cómo esas densas calcificaciones que destacan del isocronismo del magma placentario y de la pared uterina, a modo de despegamiento, constituyen densificaciones de la membrana de Nitabusch, que, como es bien conocido, es una capa de fibrina canalizada que posee restos de trofoblasto y células deciduales, formando la zona de transición entre los tejidos fetales y los maternos. En 1976, otros autores destacan cómo esta veta de calcificación, compacta, ecorrefringente y continua se elonga en sentido vertical hacia el interior de la placenta, independizando cotiledones o grupos de ellos, a modo de "tabiques" endurecidos. Se refiere también que en ocasiones, estas "penetraciones" pueden llegar hasta la misma interfase corioamnios.⁷

El estudio realizado abre una puerta a futuras investigaciones en este campo, que podrían detectar una insuficiencia de la placenta con antelación al descubrimiento de otros síntomas.⁷

3. IMPLANTACIÓN:

3.1.- ACRETISMO PLACENTARIO

Es la adherencia anormal de la placenta a la pared uterina (miometrio) subyacente, sin decidua basal interpuesta, Incidencia: 1/2.500 embarazos (r:

1/500 a 1/70.000). Se presenta en 1/10 PP, y en 1/22.000 cuando no hay PP; mortalidad materna: 7 a 20%, mortalidad perinatal: 9%.⁶

3.1.1.- FACTORES DE RIESGO

El antecedente de mayor relevancia es la cesárea previa. La PP está relacionada directamente con el número de cesáreas previas:

- 0.67% luego de la 1era
- 1.8% luego de la 2da.
- 3% luego de la 3ra.
- 10% luego de la 4ta.¹⁰

El antecedente de placenta previa y cesárea previa incrementa el riesgo, una vez localizada la placenta previa en el embarazo actual, la posibilidad de acretismo es de:

- 23% con antecedentes de 1 cesárea.
- 35% con 2 antecedentes de 1 cesárea
- 51% con 3 antecedentes de 1 cesárea
- 67% con 4 antecedentes de 1 cesárea

“Recordar que sin cesáreas, existe un 5 al 9% de posibilidades de acretismo si se da placenta previa”.¹⁰

El riesgo es superior cuando se implanta sobre la cicatriz uterina, apoyando la teoría de la escasa decidualización del segmento uterino.

Otros factores de riesgo son: legrados uterinos previos, edad materna igual o mayor a 35 años, multiparidad, Síndrome de Asherman, cicatrices uterinas e infecciones.¹⁰

3.1.2.- TIPOS DE ACRETISMO Y FRECUENCIA

Acreta vera (78%): Las vellosidades se adhieren al miometrio sin invadirlo

Increta (17%): invaden el miometrio

Percreta (5%): traspasan el miometrio

Percreta con invasión de órganos adyacentes.⁶

3.1.3.- DIAGNÓSTICO

En la mayor parte de las series publicadas, los mejores resultados en embarazos con trastornos de la adherencia placentaria se han obtenido con estrategias que insisten en la importancia del diagnóstico antenatal. En este sentido, (diagnóstico antenatal del acretismo placentario).

Diversos autores han publicado una experiencia similar, en la que describen cómo la detección prenatal de este padecimiento modificó favorablemente el pronóstico materno.^{11, 12,13} Es más, en algunos estudios comparativos de casos con y sin detección antenatal, se ha investigado la pérdida hemática total de las pacientes, como uno de los parámetros más concretos a comparar entre ambos grupos para exponer los beneficios del mismo.¹¹

Al respecto, la pérdida hemática total, 2,800 mL, y la cantidad de transfusiones que requirió nuestra paciente (seis unidades de paquete globular y tres de plasma fresco) están dentro de los límites de las estimaciones de Tikkanen y su grupo, quienes en una serie de casos encontraron que las pacientes con detección prenatal tuvieron una pérdida inferior de sangre; mediana de 4,500 mL, y un número menor de transfusiones; mediana de 7, en comparación con quienes se diagnosticaron durante la terminación del embarazo; mediana de 7,800 mL y 13.5, respectivamente.^{11,14, 15}

En otros dos estudios publicados de manera independiente, Warshak y su grupo, así como Wong Hon Soo y colaboradores, observaron resultados con tendencias muy similares.¹¹

En un estudio reciente se observó que ante el antecedente de cesárea en el primer embarazo, el riesgo de placenta previa en el siguiente aumentó 60%. Los resultados de varios estudios informan que en pacientes con placenta previa el acretismo placentario se relaciona estrechamente con la cantidad de cesáreas anteriores. En las embarazadas con placenta previa y sin antecedente de cesárea, sólo 3 a 4% tendrá acretismo placentario; con el antecedente de una cesárea el porcentaje aumenta a 11%, mientras que con el antecedente de dos y tres cesáreas, se incrementa a 40 y 61%, respectivamente. ¹¹

▪ **Diagnóstico ultrasonográfico**

Este es un diagnóstico difícil, pero se sospecha en presencia de:

- En escala de grises:

1. Ausencia o adelgazamiento severo del miometrio hipoeoico retroplacentario normal menor a 2 mm de espesor. Si esta conservada, el riesgo de presentar acretismo disminuye a menos del 10%.

2. Adelgazamiento o desaparición de la línea hiperecogénica (interfase) de serosas uterina y vesical.

3. Extensión de ecogenicidad placentaria, más allá de la serosa uterina, fuera del cuerpo uterino. Esto es patognomónico de la placenta percreta.

4. Irregularidad en la superficie vesical.

5. Placenta con incremento en sus espacios intervelllosos (lagos).

Presencia de numerosos lagos vasculares intraplacentarios, como criterio de riesgo adicional para placenta acreta. Es el signo más sensible (presente en el 87% de las pacientes con placenta acreta), incrementa el riesgo de histerectomía y triplica el riesgo de pérdidas hemáticas en quienes la tienen.^{6,10}

6. Grosor de cuña placentaria >10mm en PPLateral.

-Diagnóstico ultrasonográfico al doppler color:

1. Flujo Turbulento o pulsátil al Doppler color de estos lagos, difuso o focal.
2. Canales vasculares dilatados sub placentarios, conflujo venoso pulsátil sobre el cuello.
3. Interfase útero-vesical hipervascular (alto componente arterial diastólico y/o venoso pulsátil o turbulento) o hipervascularización difusa o focal sub placentaria sobre el cérvix.

Cuando los signos ecográficos de acretismo están presentes, el 80% requiere histerectomía.

Según estudios, se establecen los criterios para graduar el patrón de lagunas placentarias.

Los tipos invasores de acretismo se asocian a lagunas grados 2 y 3, lo que se relaciona significativamente con una alta tasa de complicaciones clínicas.

Con lagunas de grado ≥ 2 , se obtiene una sensibilidad de 100%, especificidad de 97,2%, VPP de 93,8%, y un VPN de 100%, para el diagnóstico de placenta increta o percreta. ⁶

A pesar de ser un diagnóstico muy relevante, aunque no tan frecuente, se ha publicado poco en el Perú respecto de placenta previa y acretismo.

Finberg y Williams fueron los que formularon los criterios ultrasonográficos de placenta ácreta que incluyen:

- 1.- pérdida de adelgazamiento de la zona hipoecogénica miometrial retroplacentaria normal menor a 2 mm de espesor.
- 2.- adelgazamiento o disrupción de la interfase seroso hiperecogénico, entre el útero y la vejiga.

- 3.- masa focal exofítica o extensión de la placenta a través del miometrio, fuera del cuerpo uterino.
- 4.- presencia de numerosos lagos vasculares intraplacentarios, como criterio de riesgo adicional para placenta ácreta. ¹

Aunque los hallazgos ecográficos transabdominal y transvaginal no son definitivos, ellos son consistentes con el diagnóstico histopatológico sobre todo en la placenta percreta.¹⁰

En casos de acretismo el Doppler color y el power Doppler muestran la marcada vascularización y vascularización anormal del sitio de implantación de la placenta, pero esto no aportaría información adicional a la confiabilidad diagnóstica hecha por un operador experimentado utilizando los criterios de Finberg y Williams. ¹⁰

3.2. TROMBOSIS INTERVELLOSA

Lesión vascular causada por trombosis en los espacios vellosos, aparece como imágenes redondeadas, anecoicas, intraplacentarias de hasta varios centímetros. Son frecuentes y en general clínicamente insignificantes, puede significar comunicación entre circulación materna y fetal (rol en sensibilización).⁶

3.3. HEMATOMAS

Colección es anormal es de sangre con forma de crescentes, sonolúcidas; pueden estar en cara materna o fetal.

Pueden ser:

- **Hematomas Retrocoriónicos**

Son lesiones que involucran sangre materna que separa la membrana coriónica del corion velloso. ⁶

-En general mínima significancia clínica, excepto que se acompañen de manifestaciones como sangrado o contracciones. ⁶

-Mola de Breus: hematoma masivo asociado a RCIU y/u óbito

Se confunden con corioangiomas cuando se observan sólo en escala de grises, se diferencia por la ausencia de flujo al doppler. ⁶

- **Hematomas Subamnióticos:**

Situados entre la membrana amniótica y corial, consecuencia de ruptura de vasos coriónicos, cercanos a la inserción del cordón, en general son hallazgos postnatales, Diagnóstico prenatales ocasionales. ⁶

▪ **Hematomas Retroplacentarios:**

Clínicamente más significativos, típicamente localizados entre la placa basal placentaria y la pared uterina, generalmente abultan hacia el lado fetal; resultan del sangrado de las arterias espirales. Se asocian a complicaciones perinatales, especialmente a parto prematuro.⁶

El coágulo o hematoma retro placentario como consecuencia del desprendimiento parcial de la placenta normalmente inserta, existe divergencia de opiniones en cuanto al ultra sono diagnóstico, pues la imagen ecográfica de un pequeño hematoma retro placentario entre la pared uterina y el parénquima normal de la placenta, a pesar de su teórica eco negatividad e irregularidad de su contorno, suele pasar inadvertida, en especial en casos de coágulos organizados, puesto que se confunde con el jaspeado típico de la morfología ecográfica que nos brinda la objetivación placentaria, y cuando el hematoma es evidenciable en la exploración ultrasónica por las características referidas, y sobre todo por el aumento selectivo de más de 6 cm del espesor placentario, la clínica ya suele ser tan florida y espectacular que el obstetra avezado ha tomado una actitud terapéutica resolutive en la inmensa mayoría de las ocasiones.^{7, 16,17}

4.- MORFOLOGÍA

4.1.- PLACENTA EXTRACORIAL: CIRCUMVALLATA Y MARGINATA

- Término introducido por Meyer para designar las placentas que tienen un reborde
- Circumvallata: repliegue del amnios y el corion que la recorre en todo su círculo
- Marginata: reborde que la rodea
- Etiología (teorías)
 - Implantación cornual
 - Endometritis
 - Proliferación decidual excesiva
 - Los repliegues amniocoriales se formarían por excesiva presión del amnios
 - Crecimiento placentario más rápido que el útero
 - Implantación más profunda del huevo.

4.2.- PLACENTA MEMBRANACEA O PLACENTA DIFUSA

- Todas las membranas fetales están cubiertas por vellosidades funcionales
- La placenta se desarrolla como una delgada estructura membranosa que ocupa toda la periferia del corion
- Parte de la placenta corresponde a placenta previa

- Gran parte es no funcional en el intercambio feto-materno
- Hemorragias anteparto y postparto se presentan en un 83% y 50% respectivamente.
- 30% presentan adhesión placentaria anómala
- Es más frecuente la presentación en su forma parcial. ⁶

5. Grados Placentarios

Hacia finales de los setenta, Grannum describió la representación ultrasonográfica del proceso de maduración placentaria, clasificándola en cuatro grados según los cambios encontrados. ¹

5.1.- Placenta grado 0: se observa una placa corial lisa, cuyo parénquima ecográficamente se ve homogéneo con las placas, basal y corial sin ecogenicidades subyacentes; se ven isoecóicas. ¹

5.2.- Placenta grado I: Son placentas que ya poseen áreas ecorrefrigentes de pequeño tamaño; la placa corial presenta ligeras ondulaciones y ciertas calcificaciones finas, se hallan pequeñas ecogenicidades lineales con eje mayor paralelo a la placa corial, y la placa basal permanece sin modificaciones; no presenta calcificaciones. ¹

5.3.- Placenta grado II: La placa basal se identifica en su totalidad y da la impresión de estar separada del miometrio, la placa corial presenta ondulaciones más marcadas con calcificaciones difusas, se observa tabique que penetran en el parénquima desde ambas capas pero sin llegar a confluir entre sí. Hay aumento en las ecogenicidades en la sustancia placentaria y ecogenicidades lineales en la placa basal, es decir la placenta no es homogénea debido a estas diferentes ecogenicidades en su espesor por el depósito cálcico. ¹

5.4.- Placenta grado III: se evidencia una placa corial marcadamente ondulada, la placa basal y corial aparecen altamente ecorrefrigentes; ecogenicidades de la sustancia placentaria que van desde la placa corial hasta la placa basal dividiendo la placenta, con tabique fusionados entre sí, dibujando los cotiledones placentarios y en cuyo interior se pueden observar áreas de calcificación y degeneración. ^{1,6}

Otros autores utilizan en vez de esta clasificación de cuatro grados de 0 al III, una de I al IV, donde se corresponden las características de la placenta en forma correlativa. ⁶

6. Tumores Placentarios

- Tumores Trofoblásticos Gestacionales
- Tumores No-Trofoblásticos
- Metástasis
- Lesiones benignas:
 - Depósitos de fibrina
 - Trombosis intervellosa
 - Quistes placentarios.
- Tumores Trofoblásticos Gestacionales
 - Mola Completa
 - Mola Parcial
 - Coriocarcinoma
 - Tumor del Sitio de Implantación.
- Tumores No-Trofoblásticos
 - Corioangioma:
 - Es la neoplasia benigna más frecuente
 - Lesión quística hipervascular
 - Usualmente única, a veces múltiple
 - Flujo arterial y venoso que produce señales de color al doppler
 - Aspecto sonográfico:

- Lesión bien circunscrita, redondeada, básicamente hipoeoica cercana a la superficie coriónica.

- Frecuentemente cercana a la inserción del cordón.

- Raramente > 5cm, pero éstas pueden asociarse a morbimortalidad fetal (RCIU,

- hidrops fetal, cardiomegalia neonatal, anemia y trombocitopenia.

- Metástasis

- En general son raras y de primarios maternos

- Melanoma es lo más frecuente (1/3 de los casos)

- 1/3 de los casos corresponden aneoplasias hematológicas (linfomas, leucemias) y

Cáncer Pulmonares

- Raramente alcanzan al feto con significancia clínica

- Aún más raras son las metástasis de primarios fetales

- Pueden confundirse con micro abscesos, los cuales son extremadamente raros y en general secundarios a Listeriosis. ⁶

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- **Anomalía Placentaria.**- La placenta puede tener diferentes tipos de anomalías o producir alteraciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio.⁶

Pueden existir alteraciones en el sitio de implantación, en el grado de penetración, en la forma de la placenta, puede ocurrir un desprendimiento prematuro de la placenta o por el contrario dificultades para su expulsión o alumbramiento. ⁶

-Placenta Previa.- Se le llama placenta previa cuando de plano llega a obstruir la salida del útero, es decir, cuando se implanta sobre el orificio cervical interno; cuando lo cubre totalmente se le llama placenta previa central total, cuando lo cubre sólo en parte se le llama previa parcial o marginal. ⁶

-Acretismo Placentario.- Es la adherencia anormal de la placenta a la pared uterina (miometrio) subyacente, sin decidua basal interpuesta. ⁶

CAPITULO IV

MARCO METODOLOGICO

4.1 DIMENSION ESPACIAL Y TEMPORAL

El lugar seleccionado para el desarrollo de la presente investigación fue el “Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría” en el periodo Junio - Agosto del 2014; Hospital perteneciente al Ministerio de Salud, considerado actualmente como una institución de segundo nivel de atención, ubicado en el departamento de Tumbes; el escenario de trabajo será el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital, conformado por seis unidades prestadoras de servicio (UPS), cuentan con los equipos e instrumentos mínimos para la respectiva atención individualizada de cada paciente obstétrica, disponiendo del tiempo adecuado y coordinado para la atención y respectivos controles del paciente, siendo atendidas por obstetras quienes se encargan de cada una de dichos ambientes con la participación de los internos de Obstetricia de la Universidad Nacional de Tumbes, además cuentan con un ambiente destinado para monitoreo fetal y otro destinado al diagnóstico por imágenes: Ecografía.

4.2 TIPO DE INVESTIGACION

Es un estudio descriptivo y analítico.

Según el análisis, alcance de los datos y la búsqueda de relación es un estudio de nivel descriptivo, porque describirá fenómenos en una circunstancia temporal y geográfica determinada.

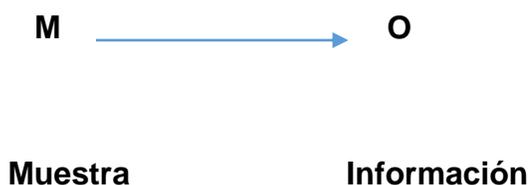
En este se parte de los fenómenos particulares cuya incidencia forma la ley de lo particular a lo general y de acuerdo al propósito de la investigación, a la naturaleza del problema y a los objetivos formulados, reúne las condiciones suficientes para ser considerado como una investigación aplicada en razón que para su desarrollo se apoyó en la recolección de datos directos con casos.

4.3. DISEÑO DE INVESTIGACION

Diseño descriptivo simple: forma más elemental de la investigación

El presente trabajo, dada la naturaleza de las variables que son materia de estudio, responde al de una investigación por objetivos.

El diseño principal descriptivo simple cuyo esquema es:



4.4. DETERMINACION DEL UNIVERSO/POBLACION

La población en estudio correspondió al total de todas las gestantes que acudieron a la Unidad de ecografía en el periodo Junio - Agosto del 2014, que fueron un total de 200, a quienes se les realizó la ecografía obstétrica en el Hospital II – 1 “José Alfredo Mendoza Olavarría” Tumbes.

4.5. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La constituyeron las gestantes con patologías placentarias diagnosticadas ecográficamente en el Hospital II – 1 “José Alfredo Mendoza Olavarría” Tumbes durante el periodo Junio, Julio y Agosto del año 2014.

4.6. FUENTES, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS TECNICAS:

Las técnicas que se utilizaron en la investigación:

- Observación
- Revisión bibliográfica.
- Estadística.

INSTRUMENTOS:

Los principales instrumentos para la recolección de datos fueron:

- Ficha de recolección de datos, para recolectar información de las historias clínicas.
- Fichas bibliográficas

Procedimiento:

- ❖ Se recogieron los datos de los casos de patologías placentarias diagnosticados ecográficamente en el libro del servicio de ecografía.
- ❖ Se ubicaron las Historias Clínicas para la aplicación de la guía de observación e identificación de factores riesgo de las pacientes.
- ❖ Se recurrió a los libros de reporte operatorio de sala de operaciones para la verificación del diagnóstico además de sus complicaciones durante el embarazo intraparto y condiciones del recién nacido.
- ❖ Los casos estudiados se agruparon según su variable, exponiendo la incidencia de casos de patologías placentarias y de sus variables, mostrando el porcentaje.

4.7. TECNICAS DE PROCESAMIENTO, ANALISIS DE DATOS Y PRESENTACION DE DATOS

La información que se obtuvo se procesó mediante el empleo de programa de computación como: Excel y posteriormente los resultados se presentarán a través de cuadros y gráficos estadísticos, los cuales serán interpretados de acuerdo a los resultados obtenidos.

CAPITULO V

RESULTADOS

TABLA N°1

INCIDENCIA DE PATOLOGÍAS PLACENTARIAS DIAGNOSTICADOS
 ECOGRÁFICAMENTE EN EL “HOSPITAL JOSÉ MENDOZA OLAVARRÍA” II-1
 DE TUMBES JUNIO – AGOSTO, 2014

TEST DIAGNOSTICO	parto con Anomalia Placentaria		Parto sin Anomalia Placentaria		TOTAL	
	N	n %	N	n %	N	n%
DE con Anomalia Placentaria	3	1.5	0	0	3	1.5
DE sin Anomalia Placentaria	0	0	197	98.5	197	98.5
TOTAL	3	1.5	197	98.5	200	100

INTERPRETACIÓN: La incidencia de patologías placentarias diagnosticados ecográficamente en el hospital José Mendoza Olavarría de Tumbes, durante los meses de Junio – Agosto, 2014 fue de 1.5 %.

TABLA N°2

TIPO DE ANOMALIAS PLACENTARIAS DIAGNOSTICADOS ECOGRAFICAMENTE EN EL HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1. TUMBES JUNIO – AGOSTO, 2014.

TIPO DE ANOMALIA PLACENTARIA	N	n %
PLACENTA PREVIA	3	1.5
ACRETISMO PLACENTARIO	0	0
OTRAS ANOMALIAS	0	0
TOTAL	3	1.5

INTERPRETACIÓN: El Tipo de anomalía placentaria diagnosticadas ecográficamente predominante en el gestantes atendidas en el Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría II-1. Tumbes durante Junio – Agosto 2014, fue solo la placenta previa (1.5%).

TABLA N°3

INCIDENCIA DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN LAS GESTANTES DIAGNOSTICADAS ECOGRAFICAMENTE CON ANOMALIAS PLACENTARIAS EN EL HOSPITAL JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA" II-1. TUMBES JUNIO – AGOSTO, 2014.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	N	n %
MULTIPARIDAD	2	66.7
CESAREAS PREVIAS	3	100
GESTACIONES MULTIPLES	0	0
TUMORES UTERINOS	0	0
ANTECEDENTE DE PLACENTA PREVIA	0	0
ANTECEDENTE DE L.U	2	66.7

INTERPRETACIÓN: La incidencia de antecedentes obstétricos en las gestantes diagnosticadas ecográficamente con anomalía placentaria en el Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría II-1. Tumbes durante Junio – Agosto 2014; predominan las cesáreas previas (100%), seguido por la multiparidad, antecedente de L.U con (66.7%).

TABLA N°4

INCIDENCIA DE LAS COMPLICACIONES EN LOS CASOS DE ANOMALIAS PLACENTARIAS DIAGNOSTICADOS ECOGRAFICAMENTE EN EL "HOSPITAL JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA" II-1. TUMBES JUNIO – AGOSTO, 2014.

TIPO COMPLICACIONES	N	n %
HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE	3	100
HEMORRAGIAS INTRAPARTO y/o POST PARTO	0	0
HISTERECTOMIA	0	0
SUFRIMIENTO FETAL	1	0.5
PREMATURIDAD	1	0.5

INTERPRETACIÓN: La incidencia de complicaciones en los casos de anomalía placentaria diagnosticadas ecográficamente predominante en el gestantes atendidas en el Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría II-1. Tumbes durante Junio – Agosto 2014, fue las hemorragias del tercer trimestre (100%), seguido por el sufrimiento fetal con (0.5%) y prematuridad con (0.5%)

CAPITULO VI

DISCUSION.

La ecografía prenatal es el procedimiento utilizado de rutina para determinar la edad gestacional, el crecimiento y bienestar fetal, además de realizar el tamizaje de malformaciones y anomalías cromosómicas.

Pero, el diagnóstico ecográfico placentario se ha convertido en un método más, para poder establecer con precisión las anomalías placentarias, una de las principales causas de hemorragia uterina, que puede llegar a requerir histerectomía obstétrica. ⁽¹⁾

En los estudios ecográficos de esta investigación, la incidencia de anomalías placentarias fue del 1.5 % de las mismas que fueron confirmadas en la intervención del parto por cesárea, siendo una incidencia muy baja para la población muestra de 200 gestantes atendidas en el servicio de ecografías correspondiente al periodo Junio – Agosto, cuyo tiempo determinado fue corto.

Así mismo, el estudio ecográfico nos permite identificar diferentes tipos de anomalías que producen alteraciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio. Pueden existir alteraciones en el sitio de implantación, en el grado de penetración, en la forma de la placenta, puede ocurrir un desprendimiento

premature de la placenta o por el contrario dificultades para su expulsión o alumbramiento.

Una de ellas es la inserción de la placenta en el segmento uterino, también llamada placenta previa, que oscila entre el 0.33 y el 2.6%; sin embargo, su presentación real es difícil de establecer dado que se suelen utilizar una gran variedad de métodos en su evaluación y criterios diagnósticos diferentes.³

El Tipo de anomalía placentaria que fue diagnosticada ecográficamente en este estudio fue solamente la placenta previa con (1.5%). que corresponde a los 3 casos registrados en el periodo anteriormente ya mencionado.

La placenta previa, su presentación real es difícil de establecer dado que se suelen utilizar una gran variedad de métodos en su evaluación y criterios diagnósticos diferentes. Su etiología es desconocida, hasta el momento se han identificado diversos factores de riesgo que determinan la posibilidad de su presentación y existe consenso para afirmar que las lesiones del endometrio o miometrio crean las condiciones necesarias para una implantación anormal del huevo o cigoto, lugar donde se iniciará la formación de la placenta y vascularización correspondiente. Se ha observado que de acuerdo al número de cesáreas el riesgo aumenta en 0.65, 1.55, 2.3 y 10%, en caso de 1, 2, 3 y 4 cesáreas previas, respectivamente. Otros factores asociados son: edad,

materna mayor de 35 años, multiparidad, raza negra y asiática, número de abortos, embarazo múltiple, tabaquismo y adicción a la cocaína.³

En el presente estudio realizado los antecedentes obstétricos que predominan de los casos de anomalía placentaria diagnosticadas ecográficamente fueron las cesáreas previas (100%), seguido por la multiparidad, y antecedente de L.U con (66.7%).

Este grupo de padecimientos no solo se asocian con un incremento en la morbilidad y mortalidad del binomio; debido a la combinación del incremento en la proporción de embarazos que se resuelven por operación por cesárea, siendo así, se espera que el número de casos de PP y sus complicaciones continúe aumentado.³

También es importante recalcar que las anomalías de la inserción placentaria que se asocian con complicaciones maternas severas y resultados perinatales adversos, desde el punto de vista materno, se asocia con un riesgo significativo de hemorragias, transfusiones, alta frecuencia de cesárea, histerectomía post cesárea, septicemia, tromboflebitis, hospitalización y muerte; puede alcanzar una tasa de mortalidad cuando coexiste con placenta acreta hasta de un 7%. Desde el punto de vista del recién nacido, alrededor del 40% de los casos se complican con parto pre término y la mortalidad perinatal se incrementa hasta cuatro veces. Se ha reportado que existe una asociación

significativa de los casos con placenta previa (PP) y hemorragia anteparto con: parálisis cerebral, que puede explicarse por su vínculo común con el parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.³

Similar fue la incidencia de complicaciones en los casos de anomalía placentaria diagnosticadas ecográficamente de esta investigación, cuya complicación más común fue la hemorragia durante el tercer trimestre de embarazo (100%), seguido por el sufrimiento fetal con (0.5%) y prematuridad con (0.5%)

Además de su importancia en la valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, permitiendo el diagnóstico prenatal de la localización placentaria, permitiéndonos adicionalmente descartar una placentación anormal o cualquier patología placentaria.

Así pues, la presencia de anomalías de la localización e invasión placentaria constituye una condición de gran severidad y alto riesgo durante el embarazo, su abordaje clínico debería llevarse a cabo mediante una serie de acciones consecutivas, con un enfoque integral y sin dejar de lado la alta frecuencia con la que se encuentran asociadas.³

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

La incidencia de patologías placentarias diagnosticados ecográficamente en el “Hospital José Mendoza Olavarría” de Tumbes, durante los meses de Junio – Agosto, 2014 fue de 1.5 %.

El Tipo de anomalía placentaria diagnosticadas ecográficamente predominante en el gestantes atendidas en el “Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1. Tumbes durante Junio – Agosto 2014, fue solo la placenta previa (1.5%).

La incidencia de antecedentes obstétricos en las gestantes con anomalía placentaria diagnosticadas ecográficamente predominante en el gestantes atendidas en el “Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1. Tumbes durante Junio – Agosto 2014, fue las cesáreas previas (100%), seguido por la multiparidad, antecedente de L.U con (66.7%).

La incidencia de complicaciones en los casos de anomalía placentaria diagnosticadas ecográficamente predominante en el gestantes atendidas en el “Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1. Tumbes durante Junio – Agosto

2014, fue las hemorragias del tercer trimestre (100%), seguido por el sufrimiento fetal con (0.5%) y prematuridad con (0.5%)

La incidencia de anomalías placentarias es muy baja, siendo la placenta previa el único tipo de anomalía diagnosticada en este estudio, predominando como uno de los principales factores de riesgo la cesáreas anteriores, multiparidad y antecedentes de L.U y una de sus mayores complicaciones las hemorragias durante el tercer trimestre, lo que nos demuestra que el diagnóstico oportuno de las anomalías placentarias permite desempeñar su adecuado manejo gestacional, parto y post parto.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud encargado de los consultorios maternos del Hospital “JAMO”, identificar completamente los factores de riesgo en la gestante mediante el llenado correcto de la historia clínica perinatal, así mismo, su derivación oportuna al servicio de ecografías, para su estudio ecográfico de la placenta, y evaluación con el especialista del consultorio de ginecología.
2. Al personal de obstetricia, seguimiento constante a las gestantes de alto riesgo obstétrico, así también concientizar a las gestantes sobre la importancia de la identificación de los signos y síntomas de alarma.
3. A las autoridades del Hospital “JAMO”, concientizarlos sobre su abordaje clínico, pues debería llevarse a cabo mediante una serie de acciones consecutivas, con un enfoque integral especializada ya que la presencia de anomalías de la localización e invasión placentaria constituye una condición de gran severidad y alto riesgo durante el embarazo.
4. A las autoridades del Hospital “JAMO”, mayor difusión de los servicios brindados en los servicios de Gineco-obstetricia.

CAPITULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Niño de Guzmán, Oscar. “*Diagnostico Ecográfico del Acretismo Placentario*”. Rev. Gaceta Médica. Cochabamba, Bolivia, 2006. Vol. 29. N° 1. Pág. 49-55. [on line] [fecha de acceso 20 Octubre 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v29n1/a10.pdf>
2. Ramírez J, Arenas J. “*Ultrasonido Obstétrico en la Práctica Clínica Actual*” Obstetricia integral Siglo XXI. Tomo I. Bogotá, Colombia, 2010. Pág. 431- 453. [on line] [fecha de acceso 20 Octubre 2014]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/25/9789584476180.22.pdf>
3. Carbajal V., Quintanilla A., Segura J., Valencia G. “*Diagnóstico Y Manejo De Anomalías En La Inserción Placentaria Y Vasos Sanguíneos Fetales*”, Guía de práctica clínica, México. 2013. [on line] [fecha de acceso 09 octubre 2014]. Disponible: www.cenetec.Salud.gob.mx/interior/gpc/html
4. Peñaloza J, Torrico W, Torrico E, Torrico M. “*Acretismo placentario: Diagnóstico Prenatal Mediante Estudio Ecográfico Doppler En El Hospital Materno Infantil*”. Rev. Medica Cochamba. Bolivia. 2007-2008. [on line] [fecha de acceso 12 octubre 2014]. Disponible: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2074-46092010000100008&script=sci_arttext&tlng=en
5. Ferreira E, Angulo M. “*Predicción del Acretismo Placentario con Ultrasonido Doppler en el Hospital Universitario de Neiva, Colombia*”. Rev. Medica Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 58 No. 4 • Pág. 290-295, Colombia, 2007. [on line] [fecha de acceso 12 octubre 2014]. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v58n4/v58n4a05.pdf>
6. Urrutia E, Aguilera S, Quiroz L, Zuñiga L, Rodriguez J. “*Seminario 63: Evaluacion Ecografica de La Placenta*”. Chile: Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO) Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital “Dr. Luis Tisné Brousse” Campus Oriente, Universidad de Chile; 2007. [on line] [fecha de acceso 12 octubre 2014]. Disponible: http://www.cerpo.cl/_items/File_002_00120_0010.pdf

7. Hernandez S. "*Ultrasonografía en Gineco – Obstetricia*" [Tesis]. Veracruz-México: Universidad Veracruzana, 1984. [on line][fecha de acceso 28 Setiembre 2014]. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/800/1/tesis-42.pdf>
8. Perelló M., Mula R., López M. "*Anomalías Placentarias (Placenta Previa, Placenta Accreta Y Vasaprevia) Y Manejo De La Hemorragia De Tercer Trimestre*. Protocolo Medicina Fetal y Perinatal", Servei De Medicina Maternofetal – ICGON – Hospital Clínic Barcelona. España. 2012. [on line] [fecha de acceso 09 octubre 2014].disponible en: http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%EDas.%20hemorragia%203er%20t.pdf
9. Vergara G., Protocolo Placenta Previa E.S.E Clínica Maternidad Rafael Calvo. Colombia. 2009. [on line] [fecha de acceso 09 octubre 2014].disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PLACENTA_PREVIA.pdf.
10. Maita F., Hochstatter E., Franco N. "*Acretismo placentario y su Diagnostico antenatal*". Rev. méd. (Cochabamba) v.18 n.28. Bolivia 2007. [on line] [fecha de acceso 09 octubre 2014].disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092007002800007&lng=pt&nrm=iso
11. Hagenbeck F,Leis T, Ayala R,Juárez L, García C. "*Diagnóstico antenatal de acretismo-percretismo placentario*". Rev.Ginecol Obstet Mex. Vol. 8. Pag. 259-271. México. 2013. [on line] [fecha de acceso 09 octubre 2014]. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom-2013/gom135f.pdf>.
12. Esakoff TF, Sparks TN, Kaimal ANJ, Kim IH, et al. *Diagnóstico y la morbilidad de la placenta adherida*. Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 37: 324-327.
13. RM Plata, Landon MB, Rouse DJ, et al. *La morbilidad materna asociada con los partos por repetición cesárea múltiple*. Obstet Gynecol 2006; 107: 1226-1232.

14. Wong SA, Hutton J, Zuccollo J, J Tait, Pringle KC. El resultado materno en placenta accreta: la importancia de prenatal diagnóstico y la no separación de la placenta en el parto. NZMJ 2008; 121: 30-38.
15. Warshak CR, Ramos GA, Eskander R, Benirschke K, et al. Efecto de diagnóstico de pre-entrega en 99 casos consecutivos de placenta adherida. Obstet Gynecol 2010; 115: 65-69.
16. Bonilla, Pérez, Suay “*El Desplazamiento de la Placenta*”. Rev.Esp. Obst. y Ginec. Edic. 1974.; Págs. 33, 403.
17. Glez del Pino A, VidalJ. “*La Ecografía en el Diagnóstico de la Placenta Previa*”; Rev. Esp. Obst. Ginec. 35.,- Edic. 1976.; Págs. 559, 566.
18. Hernández R., Fernández C., Baptista P., “*Metodología de la Investigación*”. Editorial McGRAW-HILL, México 2003. [on line] [fecha de acceso 20 Marzo 2013]. Disponible en: <http://www.terras.edu.ar/aula/tecnicatura/15/biblio/SAMPIERI-HERNANDEZ-R-Cap-1-El-proceso-de-investigacion.pdf>.
19. Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa C. *El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su Elaboración y Análisis*. 2ª edición. México: Trillas, 2001.
20. Morales, I. *Seminario de Investigación: “Tipos de Estudios*”. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. [PDF]. Pp.1-7. [on line]. [Fecha de acceso 03 Julio 2013]. Disponible en: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Maestria/MTE/seminario_de_inv/UNIDAD%203-3/Tipos_de_estudios.pdf.

ANEXOS

ANEXO: 01**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS****I.- DATOS DE PACIENTE:**

NOMBRE Y APELLIDOS: N° HISTORIA:.....

EDAD:.....

EDAD GESTACIONAL:.....

DIAGNOSTICO DE INGRESO:.....

ANTECEDENTES OBSTETRICOS :

Multiparidad ()

Embarazo Múltiple ()

Cesáreas () N°:

Otros: ()

Legrado Uterino ()

Especificar:

II.- DIAGNOSTICO ECOGRAFICO:**-PLACENTA PREVIA:**

PP TOTAL ()

PP MARGINAL ()

PP PARCIAL ()

-HEMATOMA:

HEMATOMAS RETROCORIONICOS () HEMATOMAS SUB AMNIOTICOS ()

HEMATOMAS RETROPLACENTARIOS ()

- PLACENTA ACRETA:

ACRETA VERA () INCRETA () PERCRETA ()

PERCRETA COM INVASION A ORGANOS ADYACENTES ()

III.- DATOS DEL REPORTE OPERATORIO – OBSERVANDO PATOLOGIAS

-
-

¿Complicaciones maternas? Si () No ()

¿Cuáles?.....