

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POST GRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA PLACENTA PREVIA EN
GESTANTES DEL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA
ABANCAY 2014**

**Para optar el Título de 2da Especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por
Imágenes en Obstetricia**

AUTORA: Obst. Zoilimar Bollet Sheron

ASESORA: Mg. Rosario De la Mata Huapaya

ICA – PERÚ

2015

**ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA PLACENTA PREVIA EN
GESTANTES DEL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA
ABANCAY 2014**

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mi hija ya que por ella tengo que salir adelante y seguir desarrollándome profesionalmente para ser mejor persona e inculcarle valores.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi señora madre y hermanos por apoyarme para poder concluir este trabajo.

INDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE.....	v
RESUMEN.....	vii
SUMMARY.....	viii
INTRODUCCION.....	ix
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
Fundamentación del Problema	1
Formulación del Problema	2
General	2
Específicos	2
Objetivos	3
General	3
Específicos	3
Justificación e Importancia	4
Limitaciones	4
MARCO TEÓRICO	5
Antecedentes	5
Internacionales	5

Nacionales	8
Locales	9
Bases Teóricas	9
Definición de Términos Básicos	24
ASPECTOS OPERACIONALES	27
Hipótesis: General y Específicas	27
Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores	27
MARCO METODOLÓGICO	30
Dimensión Espacial y Temporal	30
Tipo de Investigación	30
Diseño de Investigación	30
Determinación del Universo/Población	31
Selección de la Muestra	31
Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	31
Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos y Presentación de Datos	32
RESULTADOS	33
DISCUSION	43
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
ANEXOS	50

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de conocer Cuáles son los tipos de Placenta Previa que se presentan al estudio ecográfico, en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014, el tipo de investigación fue descriptivo simple retrospectivo y transversal, se trabajó con una muestra conformada por 40 gestantes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, para la recolección de los datos se utilizó como instrumento el análisis documental, teniendo como fuente las historias clínicas y los informes ecográficos, llegando a las conclusiones siguientes: un 62% presentaron edades entre 18 a 29 años, un 32.5% Tuvieron 2 embarazos, un 15%, antecedente de cesárea previa, un 17.5 % más de dos abortos, un 10% de gestantes presentaron placenta previa total; un 35% gestantes presentaron placenta previa parcial; un 32.5% de gestantes presentaron placenta previa marginal y un 22.5% gestantes presentaron placenta previa de inserción baja. Se puede afirmar que la placenta previa puede ser diagnosticada por ecografía obstétrica de manera oportuna

Palabras Claves: Placenta Previa, Estudio Ecográfico, Cesárea, Gestante, aborto.

SUMMARY

This work is entitled "ultrasound study prior hospital placenta in pregnant Guillermo Diaz de la Vega 2014 Abancay, whose objective was to determine the diagnostic ultrasound study of placenta previa in pregnant hospital Guillermo Diaz de la Vega Abancay 2014 ; The design was simple descriptive. The study sample were 40 cases of placenta previa diagnosed by ultrasound certain probabilistic form of which 10% were complete previa, 35% partial placenta previa, placenta previa marginal 32.5% and 22.5% on low. The cases of placenta previa occurred in the third quarter and mostly in pregnant women of 18-29 years with 62.6% of primary-school education in 62.5%, marital cohabitants in 57.5%. In women who had 2 pregnancies 32.5%, from 4 to more vaginal deliveries by 12.5%, a history of previous cease by 15% and more than two abortions in 17.5%. We conclude that the age at which most cases of placenta previa occurred were between 18 and 29 years 62.5%. Most cases of placenta previa the patients presented grade of primary education in 52.5% and common law marriage in 57.5%. Patients who had 2 pregnancies 32.5%, from 4 to more vaginal deliveries by 12.5%, 1 cesarean delivery at 15% and 1 abortion in 17.5% had placenta previa

Keywords.: Placenta Previa , ultrasound examination, Caesarea , pregnant women, abortion

INTRODUCCION

La hemorragia antes del parto es una grave complicación obstétrica que potencialmente amenaza la vida de la madre y el bebé. En el Perú la hemorragia antes del parto y la hemorragia después del parto representan una de las principales causas de muerte materna a nivel nacional.

La placenta previa causante de hemorragia antes del parto ocasiona según ENDES 2013 el 3.3 % de todas las muertes maternas en el Perú y, aunque es difícil determinar las causas exactas puede causar seria morbilidad en la madre y el feto.

La placenta previa se define como aquella placenta que está localizada por encima o cerca del orificio interno del cérvix. Esta entidad se produce cuando el embrión se implanta en la parte más baja del útero.

La etiología de la placenta previa es desconocida y su condición puede ser multifactorial. Constituyen grupos de riesgo la multiparidad, edad avanzada, gestación múltiple e historias de abortos previos.

El presente estudio tiene como objetivo dar a conocer que la placenta previa puede ser diagnosticada por ecografía obstétrica de manera oportuna. También mostrar la cantidad de casos de placenta previa y los tipos que se presentaron en el hospital Guillermo Díaz de la Vega en el año 2014. el tipo de estudio fue descriptivo retrospectivo y transversal, cuyo diseño fue descriptivo simple, la muestra estuvo conformado por 40 gestantes, para la recolección de los datos se utilizó la técnica

del análisis documental teniendo como instrumento la ficha de recolección de datos y como fuentes las historias clínicas y los informes ecográficos. El presente trabajo consta de I. Introducción, II. Planteamiento del Problema, III. Objetivos, IV. Marco Teórico, VI. Hipótesis y sistema de Variables, VII. Marco Metodológico, VIII. Resultados, IX. Discusión X. Conclusiones, y XI. Recomendaciones.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

La placenta previa continúa siendo una entidad que provoca morbilidad y mortalidad tanto en la madre como al bebe. A pesar que en los últimos años se han logrado avances en su diagnóstico y tratamiento, aún encontramos en nuestras unidades pacientes con esta patología, cuyas complicaciones llevan tanto a la madre como al bebe a una estancia en unidades de cuidados intensivos. Es fundamental que cada centro hospitalario analice los factores epidemiológicos relacionados con esta patología, ya que de esta forma se elevaría la calidad asistencial y se establecerían las pautas correspondientes a fin de mejorar la calidad de vida en estas pacientes y sus bebes. Con el objetivo de identificar los factores epidemiológicos que con su incidencia afectan el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido en pacientes con placenta previa decidimos realizar esta investigación.

Para alcanzar este fin se han diseñado muchos exámenes auxiliares asegurando que cualquier daño que pueda poner en peligro el feto en el útero pueda ser reconocido a tiempo, para permitir la remoción de la influencia dañina o retirar al feto de su ambiente hostil.

Algunos de estos efectos dañinos pueden ser detectados por las pruebas de ecografía obstétrica y han podido disminuir la morbimortalidad, mortalidad

materna y perinatal en los últimos tiempos. La ecografía obstétrica es el método más seguro para conocer el estado general del embarazo y representa la técnica de elección para el diagnóstico de placenta previa.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 General

¿Cuáles son los tipos de Placenta Previa que se presentan al estudio ecográfico, en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014?

1.2.2 Específicos

- ¿Cuál es la evaluación del estudio ecográfico de la Placenta Previa Total en gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014?
- ¿Cuál es la evaluación del estudio ecográfico de la Placenta Previa Parcial en gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014?
- ¿Cuál es la evaluación del estudio ecográfico de la Placenta Previa Marginal en gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014?

- ¿Cuál es la evaluación del estudio ecográfico de la Placenta Previa de Inserción Baja en gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 General

Conocer los tipos de placenta previa que se presentan al estudio ecográfico en gestantes del hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014

1.3.2 Específicos

- Evaluar en el estudio ecográfico la placenta previa total en gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014
- Evaluar en el estudio ecográfico la placenta previa parcial en gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014
- Evaluar en el estudio ecográfico la placenta previa marginal en gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014
- Evaluar en el estudio ecográfico la placenta previa de inserción baja en gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014

1.4 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

La presente investigación busca establecer el diagnóstico del estudio ecográfico de la placenta previa en gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014.

La placenta previa puede provocar sangrado intenso que puede ser potencialmente mortal para la madre y el bebé. Esto se puede identificar con un estudio ecográfico evitando que el bebé tal vez necesite nacer de manera prematura, antes de que los órganos mayores, como los pulmones, se hayan desarrollado.

Con este trabajo pensamos demostrar que el estudio ecográfico ayuda a diagnosticar a tiempo la placenta previa y así poder evitar muertes maternas.

Es importante investigar si el estudio ecográfico ayuda a diagnosticar la placenta previa para así poder dar tratamiento oportuno por el bien de la madre y del bebe.

1.5 LIMITACIONES

Al desarrollo del presente trabajo se nos ha presentado limitaciones tales como la falta de tiempo para recolectar los datos de los informes ecográficos, la falta de acceso a las historias clínicas.

En algunas historias clínicas no se encontraron los reportes ecográficos.

Las cuales se pudieron superar para poder terminar el trabajo.

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Internacionales

Isla Valdés A.; Cruz Hernández J. et al...; en su estudio titulado: **“Comportamiento de la placenta previa en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", período 2003-2005 Cuba”** cuyos resultados fueron: En relación con la distribución de la frecuencia de la placenta previa según los diferentes grupos etarios, podemos observar en nuestro estudio que el mayor número de casos se presentó en las mujeres con edad mayor que 30 años. En cuanto a los factores de riesgo de placenta previa, observamos en nuestro estudio que más de la mitad de las mujeres estudiadas eran multíparas (58 % de los casos); este resultado concuerda con la literatura revisada. Se ha comprobado que el ultrasonido transvaginal es la técnica ideal para hacer el diagnóstico preciso de la variante de placenta previa. En la que aparecen reflejadas las variantes de placenta previa diagnosticadas por esta técnica, y podemos observar que el 46,1 % de los casos presentó una inserción baja placentaria, el 25,8 %, una placenta previa marginal y el 29,1 %, una placenta previa oclusiva. Así, *Buster y O'Sullivan* encontraron en su estudio que el 38,5 % de los casos presentaron una placenta previa oclusiva total, el 53,4 % una placenta previa oclusiva parcial y el 19 % una inserción baja placentaria. En

relación con el momento (edad gestacional) en que se interrumpió la gestación, en menos de la cuarta parte de las gestantes estudiadas el embarazo concluyó antes del término (37 semanas).

Espinoza Arias k. en su estudio titulado **“Antecedentes gineco-obstetricos, factores de riesgo y Repercusión perinatal de la placenta previa en gestantes atendidas de parto en el servicio de ginecología del hospital general provincial isidro ayora de loja, período 2008 – 2010 Ecuador”** cuyas conclusiones son: Que la incidencia de placenta previa en los tres años de estudio en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, de la población estudiada se observó que es menor en cuestión a estudios realizados en Cuba y otros países pues se encontró una tasa total de 1 caso/159 partos. De los antecedentes gineco-obstetricos que predominaron en la presentación de la placenta previa se comprobó que son las multíparas las que ocupan el primer puesto con 56.56%, lo que es similar a lo que reporta la literatura y que en nuestra población estudiada no hay relación entre la cesárea como antecedente para la aparición de placenta previa como si lo indican en otros estudios. De acuerdo a los factores asociados por placenta previa tenemos que la edad en que mayor incidencia se da está, entre el rango de 21 a 30 años con 63.96% lo cual es más precoz según otros estudios que indican que es más de 30 años; así tenemos que las mujeres del área urbana hubieron más casos reportados (55.56%) que las de la rural (44.44%); y que la mayoría de las mujeres no cumplen con una escolaridad completa, pero si tiene una vida más estable familiarmente. Según lo comprobado en esta investigación y con estudios en otros países tenemos que

la ecografía es el mejor método de diagnóstico para la detección oportuna de placenta previa; al igual que se comprueba que el tipo de placenta previa de inserción baja sigue ocupando el primer lugar de las complicaciones placentarias con 42.59%; Según la vía por la cual se termina el embarazo es a través de cesárea (85.19%) lo cual también cumple con las estadísticas de otras investigaciones, no obstante tenemos que la edad gestacional a la que se interrumpió el embarazo (más de 37 semanas) este fue más tardío que otros estudios que demuestran que tuvieron mayor porcentaje de partos pre-términos. De acuerdo a las complicaciones que se presentaron durante el transcurso del embarazo en mujeres con diagnóstico de placenta previa el 79.63% tuvo hemorragia característica de esta patología. Por lo que se pudo identificar de cuáles son las complicaciones más frecuentes por placenta previa post-parto ocupa un primer lugar las anemias (38.89%), lo que es similar según otros estudios; segundo puesto están el acretismo placentario (14.81%) lo cual conlleva a complicaciones mucho más severas como shock hipovolémico e histerectomías que en este estudio ambos tuvieron una frecuencia de 9.26%. Con respecto a la vitalidad de los recién nacidos se obtuvieron en mayor cuantía RN a término con APGAR de 7-10, pero con pesos por debajo de 2500 gramos (55.56%) y un escaso porcentaje con complicaciones como RCIU, distrés respiratorio, prematuridad, y un mínimo porcentaje de muerte neonatal 3.70 %, lo cual según lo reportado en otros estudios los resultados son mínimos en nuestra investigación.

Pineda Granados J. en su estudio titulado **“Incidencia de la Placenta Previa en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Roosevelt Guatemala 2013”** cuyas conclusiones son: La incidencia acumulada de placenta previa en el departamento de gineco-obstetricia del hospital Roosevelt es de 0.44 %. El rango de edad en que más se presenta placenta previa es de 26-30 años. La edad gestacional en que se resuelve el embarazo en pacientes con placenta previa es principalmente en embarazos a término. No hubo acretismo placentario ni mortalidad materna en las pacientes estudiadas. La mayoría de las pacientes que se les resuelve el embarazo con placenta previa no tienen antecedentes de placenta previa pero si tienen cesáreas previas, son multíparas y les han realizado legrados.

2.1.2 Nacionales

Villar A. con su estudio titulado **Ultrasonido de la Placenta y sus patologías Tacna 2009** llego a las siguientes conclusiones: La placenta por ser un órgano feto materno tiene un rol importante en el desarrollo fetal y la mantención de la vida de este por lo tanto sus patologías van a causar un deterioro con riesgo aumentado para la vitalidad fetal. La historia clínica y el examen físico son y seguirán siendo la base para un buen diagnóstico, en la actualidad, gracias al desarrollo de estudios de imágenes como la ecografía, que tiene suma importancia en el seguimiento y diagnóstico obstétrico podemos tener una confirmación de la presunción diagnóstica. En ciertas patologías que no evidencian síntomas la ecografía es el medio idóneo para detectarlas, por dicho

motivo, debemos afianzar nuestros conocimientos ultrasonograficos para no caer en un error de interpretación que ponga en riesgo la vida fetal y materna.

2.1.3 Locales

No se encontraron estudios.

2.2 BASES TEORICAS

PLACENTA PREVIA.

DEFINICIÓN.

La placenta se denomina previa porque antecede a la presentación a partir de la semana 20 de gestación. Placenta previa (PP) es aquella que se implanta y desarrolla en el segmento inferior del útero, ocluyendo a veces el orificio cervical interno (OCI). La placenta previa puede ser clasificada en 4 tipos basado en la localización relativa de la placenta en el orificio cervical: completa o total, cuando la placenta cubre enteramente el orificio cervical; parcial cuando la placenta cubre parte pero no todo el orificio cervical interno; marginal, cuando el borde de la placenta está en contacto con el orificio cervical interno, pero sin cubrirlo; y de inserción baja, cuando la placenta está localizada cerca (a 3 cm.), pero no está en contacto con el orificio cervical interno.⁽¹⁾

En la mayoría de los casos, las placentas descritas como “de inserción baja” no llegan a término como tales; pues como consecuencia del desarrollo del segmento uterino inferior a partir de las 32 semanas, la placenta es desplazada en sentido cefálico. De la misma manera, durante el trabajo de parto, una

placenta parcialmente oclusiva al comenzar el trabajo de parto puede transformarse en una marginal, por dilatación del cuello.⁽¹⁰⁾

Así las cosas, la variedad de la placenta depende entonces, como ya vimos:

a. De la edad gestacional: A mayor edad el segmento inferior se elonga y habitualmente aleja la placenta del OCI.⁽⁷⁾

b. Del Trabajo de Parto: Por el progreso en la dilatación cervical.⁽⁷⁾

EPIDEMIOLOGIA

En general, la incidencia de placenta previa es de 1 en 200 a 1 en 390 embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas. La frecuencia de aparición con la paridad aumenta. Para nulípara, la incidencia es de 0.2%, mientras que en multíparas, puede ser mayor a 5% y la tasa de recidiva es de 4% a 8%.⁽¹³⁾

El factor de riesgo más importante para placenta previa es tener una cesárea previa. La placenta previa ocurre en el 1% de las embarazadas después de una cesárea. La incidencia después de 4 o más cesáreas se incrementa a 10%.⁽¹⁴⁾

ETIOLOGIA

La etiología de la placenta previa es desconocida.⁽¹⁸⁾ pero se suponen hipótesis fundamentadas en condiciones asociadas a su mayor incidencia, así:

1. Uterinas:

Constituidas por todas aquellas noxas que alteran bien al endometrio, o bien al miometrio perturbando la placentación normal en su nidación. Tales como: Antecedentes de cesárea, legrado uterino, multiparidad, edad sobre 35 años, intervalo intergenésico corto, miomas uterinos (miomectomías tienen 4 veces mayor riesgo), endometritis, antecedente de Placenta Previa (12 veces mayor probabilidad de presentar nuevo episodio).⁽²⁾

2. Placentarias.

Todas aquellas que favorezcan el aumento del tamaño de la torta placentaria o bien su superficie de implantación. Una reducción en el oxígeno útero placentario promueve un aumento en la superficie placentaria asociado con el desarrollo del segmento uterino inferior. Embarazo gemelar, eritroblastosis, feto de sexo masculino, tabaquismo y cocaína.⁽¹¹⁾

FACTORES PREDISPONENTES

Los factores predisponentes y entidades clínicas relacionadas con esta patología suelen incluir traumatismos previos del endometrio, del miometrio o de la vascularización uterina.⁽³⁾ Los factores más comunes se describen a continuación:

- Edad materna avanzada.
- Multiparidad.
- Gestaciones múltiples.

- Anemia.
- Periodo intergenésico corto.
- Endometritis Crónica.
- Cesáreas.
- Legrados.
- Histeroscopia Operatoria.
- Cicatriz previa por miomectomía, o cirugía uterina.
- Antecedente de placenta previa.
- Tumores uterinos.
- Tabaquismo.
- Cocaína.
- Feto masculino.

FISIOPATOLOGÍA.

El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria, por presentar:

- a. Endometrio:** de menor grosor que determina una decidua más delgada y con menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones. Debido a lo anterior el trofoblasto puede invadir decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos (acretismo placentario). La inserción placentaria en el segmento inferior permite que actúe como tumor previo.⁽⁹⁾

b. Musculatura: menos fibras musculares en relación al segmento superior y con mayor cantidad de fibras colágenas, lo que lo hace distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia si hay desprendimiento parcial de la placenta y por supuesto, durante el alumbramiento.⁽¹⁵⁾

c. Membranas: en el borde placentario son más gruesas y menos elásticas, existe mayor frecuencia de RPM.⁽¹³⁾

d. Cordón: Por la atrofia de cotiledones, secundario al desarrollo insuficiente de decidua, es frecuente la inserción velamentosa del cordón.⁽⁵⁾

La placenta previa sangra sólo si se desprende. Las causas de desinserción son:

En el embarazo: Por el crecimiento uterino y por las contracciones de Braxton-Hicks, se forma y desarrolla el Segmento uterino Inferior, cuya capacidad de elongación es mayor y supera al de la placenta.⁽¹¹⁾

En el parto: Por las contracciones del trabajo de Parto que causan la formación del canal cervico-segmentario y la dilatación cervical.⁽⁷⁾

CUADRO CLINICO.

La hemorragia de la segunda mitad del embarazo continúa siendo una de las complicaciones ominosas más comunes del embarazo. El sangrado a término es común y requiere evaluación médica en el 5 – 10 % de los embarazos. La

severidad y frecuencia de la hemorragia obstétrica es una de las tres causas de muerte materna y causa importante de morbilidad y mortalidad perinatal en Estados Unidos. Afortunadamente la mayoría de los pacientes tienen sangrados escasos.⁽¹⁶⁾

Las hemorragias más serias (2–3%) que resultan con pérdidas mayores a 800 cc son secundarias al desprendimiento prematuro de la placenta y placenta previa. Menos común pero peligrosa causa de sangrado son la placenta circumvalata, anomalías de los mecanismos de coagulación y la ruptura uterina. El sangrado de la porción periférica del espacio intervelloso o ruptura del seno marginal, es un diagnóstico de exclusión.⁽¹⁾ La mayor cantidad de la pérdida sanguínea de los accidentes placentarios son de origen materno, algo de esa pérdida es fetal, particularmente si la sustancia de la placenta es traumatizada. El sangrado de la vasa previa es la única causa de hemorragia fetal pura, pero afortunadamente es rara. Si se sospecha sangrado fetal, la presencia de hemoglobina fetal puede ser confirmada por técnicas de electroforesis. Por todo lo anterior la morbilidad y mortalidad materna y fetal secundaria a los sangrados de la segunda mitad es considerable y está asociada a una alta demanda de los recursos en salud.⁽³⁾

En la Placenta Previa, la hemorragia genital se caracteriza por ser indolora, con expulsión de sangre líquida, roja rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada, la mayoría de las veces en reposo e incluso durante el sueño. El 35% de las pacientes con placenta previa presentan el primer episodio de hemorragia genital antes de la semana 30, 33% entre las semanas 30 y 35, y 32% después de la semana 36. El promedio de edad estacional en el aparece el primer episodio

de hemorragia es de 29, no se asocia con mortalidad materna y se resuelve espontáneamente. A veces es posible escuchar el soplo placentario bajo.⁽⁵⁾

El sangrado genital está presente en el 80% de los casos; hemorragia + dinámica uterina en un 10-20% y un 10% son asintomáticas, detectadas sólo por ecografía.⁽¹⁰⁾

Durante el embarazo, la metrorragia procede habitualmente del desprendimiento de una Placenta Previa no oclusiva; en el parto, de la oclusiva, siendo en este caso el primer y único episodio, y de gran intensidad.⁽⁹⁾

La primera hemorragia aparece por tercios: 1/3 antes de las 31 semanas, 1/3 entre la semana 32 y 36, y 1/3 sobre las 37 semanas. La precocidad de la primera hemorragia indica un mal pronóstico evolutivo. En el examen físico, la anemia materna se correlaciona con la cuantía de la metrorragia. A la palpación, el útero presenta consistencia normal. Si existe trabajo de parto, la dinámica es normal. El dolor, es el habitual durante las contracciones. Como ya dijimos, la Placenta Previa actúa en la cavidad uterina como tumor previo, por lo que las presentaciones altas son frecuentes, al igual que las presentaciones de tronco, nalgas (30%) y las posteriores (15%). A la inversa, una presentación de vértice, con buen apoyo en la pelvis, nos debe hacer pensar en otra causa de metrorragia. La fetocardia es normal. El compromiso fetal depende del compromiso materno, que junto al ritmo sinusoidal en el monitoreo fetal indicaría que el feto también ha sangrado al desprenderse la placenta.⁽¹⁰⁾

DIAGNOSTICO

La elaboración de una completa historia clínica debe estar enfocada a determinar los factores de riesgo condicionantes de una placenta previa, el examen clínico incluirá la evaluación ginecológica con espéculo, ante la sospecha de esta patología debe evitarse el tacto vaginal, la evaluación abdominal revelará un soplo placentario bajo, una posición fetal anómala (Podálico, transverso, oblicuo), y si hay una situación fetal longitudinal (podálico o cefálico), la presentación no estará encajada, igualmente podrán percibirse los movimientos fetales, debido a la ausencia de SFA en esta patología. El examen diagnóstico más efectivo es la ecografía, la cual permite establecer con exactitud el diagnóstico en un 98% de los casos. La ecografía puede realizarse transabdominal y/o transvaginal según lo determine el examinador. En las gestaciones tempranas en las cuales se ha sugerido el diagnóstico ecográfico de placenta previa, la evaluación posterior puede revelar con bastante frecuencia falsos positivos, por ello el diagnóstico final lo determina la ecografía del III trimestre.⁽¹²⁾

El ultrasonido es una prueba de tamizaje para el diagnóstico de placenta de inserción baja y de placenta previa. La ecografía transvaginal es segura en presencia de placenta previa y es más exacta que la ecografía transabdominal para localizar la placenta. Numerosos estudios prospectivos observacionales han usado la ecografía transvaginal como tamizaje para el diagnóstico de placenta previa y ninguno experimento complicación hemorrágica, esto confirmo su seguridad. Solo un pequeño estudio controlado randomizado comparo la ecografía abdominal con ecografía transvaginal encontrando un buen perfil de seguridad.⁽¹³⁾

Un estudio controlado randomizado que involucró 38 mujeres demostró mejores resultados con la ecografía transvaginal comparado con la ecografía abdominal, especialmente en el caso de las placentas de localización posterior y con el beneficio adicional de reducir el tiempo de exploración. Las imágenes de resonancia magnética han sido reportadas útiles en el diagnóstico de placenta previa cuando las imágenes de ecografía abdominal no han sido satisfactorias.⁽¹³⁾ Con la ventaja de realizar el examen sin la vejiga llena. Particularmente útil en el rastreo de placentas posteriores.

Una razonable política de exploración ecográfica es realizar una ecografía transvaginal a todas las mujeres con sospecha de placenta de inserción baja valoradas inicialmente con ecografía abdominal (aproximadamente a las 20-24 semanas), para reducir el número de estas últimas en quienes se necesiten.⁽⁴⁾

Las exploraciones ecográficas futuras son requeridas en todas las mujeres quienes tienen una placenta extensa o que cubre el orificio cervical interno como sigue:

- Mujeres que presenten sangrados pueden ser manejadas individualmente de acuerdo a sus necesidades.⁽¹⁾

- Sintomáticas a quien se le sospecha una placenta previa parcial el seguimiento imagenológico debe hacerse a las 36 semanas. ⁽²⁾

- Asintomáticas con sospecha de placenta previa total, una ecografía transvaginal debe realizarse a las 32 semanas, para esclarecer el diagnóstico y luego planear el manejo en el tercer trimestre y parto.⁽⁴⁾

La exploración imagenológica por eco doppler color debe ser ordenado en mujeres con placenta previa quienes tengan un riesgo incrementado de placenta ácreta. Cuando no es posible, la gestante debe ser manejada como un acretismo mientras no se demuestre lo contrario.⁽¹¹⁾

Las mujeres con placenta previa tienen un riesgo incrementado de morbilidad inherente si tiene una placenta previa anterior y si tubo previamente una cesárea, especialmente cuando ha tenido un periodo intergenésico corto. La exploración imagenológica antenatal puede ayudar a establecer un diagnóstico en estos casos y las técnicas que se incluyen son la ecografía, la angiografía, la resonancia magnética y eco doppler color.⁽¹⁰⁾

TRATAMIENTO

Se tendrá en cuenta: El grado de sangrado, la edad gestacional, la vitalidad fetal, patologías asociadas y si existe o no trabajo de parto.⁽¹⁶⁾ En el manejo de la placenta previa los pilares terapéuticos son:

- Asegurar el estado materno.
- Asegurar el estado fetal.
- Evitar las complicaciones.

El manejo médico de la placenta previa sangrante es hospitalario, se debe efectuar evaluación completa de los factores etiológicos que favorecen la presencia del sangrado: infecciones cervicales, infecciones urinarias o vaginales, sobre distensión uterina, factores precipitantes de la actividad uterina de pretérmino. Los exámenes paraclínicos incluirán: hemograma, hemo clasificación, gram y cultivo de secreción vaginal, parcial de orina (urianálisis), urocultivo, VDRL, ecografía transabdominal y/o transvaginal para confirmar el diagnóstico y evaluar la biometría fetal, así como determinar el peso fetal; en caso de que se considere muy posible la terminación del embarazo, monitoreo fetal electrónico bisemanal.⁽¹³⁾

Definir el estado hemodinámico inicial y las pérdidas estimadas:

- Clasificar el grado de sangrado como leve, moderado y severo.

- Definir la necesidad de transfusión, si:

1. Presencia de ortostatismo después de la reanimación.
2. Hemoglobina menor de 7 mg/dl.
3. Sin respuesta a la reanimación.

La gestante que cursa con placenta previa, sangrado vaginal leve y embarazo de pretérmino con feto inmaduro se le instaurará un manejo temporizador del embarazo con: Reposo absoluto, tocolíticos (nifedipino vía oral 40 – 60 mg/día), aplicación de inductores de la madurez pulmonar fetal con corticoides

(Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis) en gestaciones de 26 a 34 semanas.⁽¹²⁾

La paciente con placenta previa y sangrado vaginal leve con edad gestacional > 36 semanas o feto maduro corroborado por ultrasonido de II o III nivel, o por pruebas de madurez fetal en líquido amniótico, así como aquellas gestaciones que demuestren compromiso fetal (Anomalías congénitas importantes, infección intrauterina – TORCH, RCIU, oligohidramnios, etc), se procederá a programar operación cesárea, en estos casos la evacuación temprana evita las complicaciones futuras derivadas de un evento hemorrágico profuso.⁽¹²⁾

La embarazada con placenta previa y sangrado vaginal severo se le iniciará un manejo médico agresivo tendiente a estabilizar hemodinámicamente a la madre y permitir reevaluar en el corto tiempo para definir el manejo conservador de una gestación pretérmino o proceder a evacuar por cesárea de urgencia en los casos de persistir el sangrado o si desde el ingreso el compromiso materno era evidente, en estas situaciones no tendrá relevancia la edad gestacional, debido a las altísimas tasas de morbi-mortalidad materna asociadas al shock hipovolémico secundario a la pérdida sanguínea materna. ⁽¹¹⁾

Se deberá canalizar vena periférica con abocath 18 e iniciar infusión de cristaloides (Solución salina al 0,9%, Lactato de Ringer o solución de Hartman, Haemacel) 1.000 cc a chorro, luego mantener una infusión entre 150 a 300 ml/hora, tomar muestra para reservar glóbulos rojos empacados.

Registro continuo de la tensión arterial cada 15 – 30 minutos, preferiblemente con monitoreo electrónico.⁽¹⁰⁾

En los casos de compromiso muy severo se deberá medir la presión venosa central, igualmente nos permitirá monitorizar la infusión de cristaloides y hemoderivados.

Control estricto de líquidos administrados y eliminados. Se dejará sonda vesical a permanencia.⁽¹⁰⁾

En conclusión para evitar complicaciones:

1. Se debe desembarazar toda gestación mayor de 36 semanas o si se identifica la madurez pulmonar fetal.
2. Reposo en cama hasta la hora del parto, si hay control del sangrado.
3. Inducción de la maduración pulmonar fetal con corticoides a toda gestación entre las 26 y 34 semanas.
4. Útero inhibición en caso de presentar actividad uterina.
5. Realizar seguimiento ecográfico en busca de restricción del crecimiento intrauterino y acretismo placentario.
6. Practicar amniocentesis para perfil de maduración pulmonar fetal a partir de la semana 34, semanalmente.

7. Reservar 2 unidades de glóbulos rojos empaquetados como mínimo.

TRATAMIENTO QUIRURGICO O CESÁREA

La manera de terminar el embarazo está basado en el juzgamiento clínico sumada la exploración ecográfica. Una placenta con un borde placentario a menos de 2 cm del orificio cervical externo es probable que requiera una cesárea, especialmente si esta es posterior.⁽¹⁷⁾

Recientemente un estudio prospectivo observacional que incluyó 63 pacientes con placenta previa, se demostró que en todas a las que se les dio parto vaginal, la distancia del borde placentario al orificio cervical interno fue de 2 cm cuando esta era anterior y 3 cm cuando esta era posterior. ⁽¹⁷⁾

SITUACIONES CLÍNICAS FRECUENTES.

I. Placenta Previa Asintomática

Manejo Ambulatorio.

- Incapacidad Médica, Laboral y Sexual.
- Reposo en cama.
- Regularizar evacuación intestinal utilizando ablandadores de heces.
- Indicaciones e Instrucciones sobre síntomas de alarma.
- Si la Placenta Previa, es:

Oclusiva (total o parcial): Cesárea electiva a las 37semanas.

No oclusiva, podemos esperar el inicio espontáneo del trabajo de parto, decidiéndose la vía del parto en el trabajo de parto inicial.

II. Hemorragia Leve:

Sangrado escaso, sin repercusión hemodinámica.

A. Embarazo < 36 semanas: Conducta expectante. En casos seleccionados, con 72 horas de ausencia de sangrado, con la madre y el feto en buenas condiciones, se puede decidir el traslado de la embarazada a su hogar, con beneficios psicológicos, familiares y económicos. Debe tener un hematocrito estable sobre 35%, PBF satisfactorio, confirmar placenta a 3 cms o más del OCI.⁽¹⁷⁾

La paciente debe ser cooperadora, con posibilidades reales de reposo absoluto, compañía permanente y capacidad de transporte al Hospital en un tiempo prudente, las 24 horas del día. Se favorecerá suplementación con fierro, y mantendrá con controles clínicos y ecográficos seriados.⁽¹⁷⁾

Debe hospitalizarse:

- a) si repite sangrado;
- b) presenta contracciones uterinas;
- c) cumple las 37 semanas de embarazo.

Si la madre es Rh (-) puede sensibilizarse si el padre es Rh (+); está indicado el uso de Inmunoglobulina antiRh al presentarse metrorragia durante el embarazo.⁽¹⁶⁾

B. Embarazo > 36 semanas: Según tipo de Placenta Previa:

Oclusiva, interrupción por cesárea.

No oclusiva, esperar inicio espontáneo del trabajo de parto.

III. Hemorragia Moderada:

Pérdida de 15-30% de la volemia materna. Hipotensión ortostática y sangrado genital de moderada cuantía. La toma de decisión varía según edad gestacional y madurez pulmonar.⁽¹⁶⁾

Embarazo > 36 semanas: Interrupción por cesárea.

Embarazo < 36 semanas: Conducta expectante, hospitalizada, para estricta vigilancia materna y fetal. Si es menor de 35 semanas, inducción de madurez pulmonar con corticoides. Si tiene entre 35-36 semanas, realizar amniocentesis para verificar madurez pulmonar fetal, y según este resultado se interrumpe.⁽¹⁵⁾

IV. Hemorragia Severa:

Pérdida mayor o igual al 30% de la volemia. Paciente hipotensa, en shock, con sangrado genital profuso. La conducta se orientará al soporte vital y a la interrupción inmediata del embarazo por cesárea, independientemente de la edad gestacional, la condición fetal o el tipo de placenta previa.⁽¹⁵⁾

DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Placenta:

Del latín torta plana refiriéndose a su apariencia en humanos—es un órgano efímero presente en los mamíferos placentarios y que relaciona estrechamente al bebé con su madre, satisfaciendo las necesidades de

respiración, nutrición y excreción del feto durante su desarrollo. La placenta se desarrolla de las mismas células provenientes del espermatozoide y el óvulo que dieron desarrollo al feto y tiene dos componentes, una porción fetal, el corion frondoso y una porción materna o decidua basal.⁽³⁾

Placenta Previa:

El lugar óptimo de implantación de la blástula es el tercio superior o medio generalmente de la pared posterior de la cavidad uterina. Cuando ésta se implanta en la porción más inferior, o cuando la placenta secundariamente en su crecimiento y desarrollo alcanza total o parcialmente la porción más inferior, el segmento uterino inferior, se llama de placenta previa.⁽¹⁾ Su frecuencia es del 0,2-0,4% de todos los embarazos. Tipos:

- A. Placenta previa total:** el orificio cervical interno está cubierto completamente por la placenta.

- B. Placenta previa parcial:** el orificio cervical interno está cubierto parcialmente por la placenta.

- C. Placenta previa marginal:** el borde de la placenta está próximo al orificio cervical interno pero no alcanza a cubrirlo.

- D. Placenta previa de inserción baja:** el borde placentario se encuentra a unos 3 cm del orificio cervical interno, pudiendo ser palpado digitalmente a través del

cérvix.

Ecografía:

Técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo que consiste en registrar el eco de ondas electromagnéticas o acústicas enviadas hacia el lugar que se examina.⁽⁵⁾

Ecografía Obstétrica:

Se utiliza para determinar la presencia de embarazo y conocer las condiciones del embrión o feto, así como de la placenta, el útero, cuello del útero y líquido amniótico.

La ecografía obstétrica es el método más seguro para conocer el estado general del embarazo y según las semanas de gestación tiene sus indicaciones específicas a evaluarse.⁽⁵⁾

Ecografía Transvaginal:

La ecografía es una técnica diagnóstica no invasiva que emplea los ultrasonidos, no los rayos X, para obtener imágenes de los órganos internos del cuerpo. En la ecografía ginecológica se exploran los órganos del tracto reproductor femenino.

Es un examen que se utiliza para examinar los órganos genitales de una mujer, incluidos el útero, los ovarios y el cuello uterino. Transvaginal significa por o a través de la vagina.⁽⁵⁾

Ecografía Abdominal:

La **ecografía abdominal** es una prueba diagnóstica que, a través del uso de ondas de ultrasonido, permite observar los órganos y las estructuras que se encuentran dentro de la cavidad abdominal. ⁽⁵⁾

III. ASPECTOS OPERACIONALES

3.1 Hipótesis: General y Específicas

Por ser un estudio de tipo descriptivo no se formuló hipótesis

3.2 Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores

Variable De Estudio: Placenta previa

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Tipo de Variables
Placenta Previa	Cuando la placenta se implanta en la porción más inferior del útero, o cuando la	Es cuando el orificio cervical interno está cubierto completamente por la placenta	Placenta Previa total	Cualitativa

	<p>placenta secundariamente en su crecimiento y desarrollo alcanza total o parcialmente la porción más inferior del útero.</p>	<p>Es cuando el orificio cervical interno está cubierto parcialmente por la placenta</p>	<p>Placenta Previa Parcial</p>
		<p>Es cuando el Borde de la placenta esta próximo al orificio cervical interno pero no alcanza a cubrirlo</p>	<p>Placenta Previa Marginal</p>
		<p>Es cuando el borde placentario se encuentra a unos tres centímetros del orificio cervical interno</p>	<p>Placenta Previa de Inserción Baja</p>

		<p>pudiendo ser palpado digitalmente a través del cérvix.</p>		
<p>Ecografía Obstétrica</p>	<p>La ecografía obstétrica es el procedimiento utilizado para determinar la edad gestacional, el crecimiento y el bienestar fetal, detectar malformaciones y anomalías cromosómicas.</p>		<p>Ecografía Obstétrica</p>	<p>Cualitativa</p>

IV. MARCO METODOLOGICO

4.1 Dimensión Espacial y Temporal

El estudio se desarrolló en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de la Ciudad de Abancay en el Año 2014

4.2 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo y nivel Descriptiva porque según el autor (Fidias G. Arias (2012)), define: la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento.

Es retrospectivo porque según el Dr. José Supo los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios).

Es Transversal según Sampieri porque recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede.

Diseño De Investigación

Descriptivo simple porque la información obtenida es en forma directa, solo describe una variable:

M-----O

M: MUESTRA

O: OBSERVACIÓN DE LA MUESTRA

4.3 Determinación del Universo y Población

El universo estuvo conformado por 400 Gestantes atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega del año 2014

4.4 Selección de la muestra

La selección de la muestra fue no probabilística, para lo cual se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, teniendo un total de 40 Gestantes que se realizaron ecografía obstétrica con diagnóstico de Placenta Previa en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega el año 2014.

Criterios de inclusión que fueron todas las gestantes diagnosticadas con placenta previa del año 2014.

Criterios de exclusión que fueron las gestantes que se realizaron ecografías obstétricas el año 2014 y no les diagnosticaron patologías.

4.5 Fuentes, Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

Fuentes:

- Historia clínica

- Reporte ecográfico
- Ficha de Recolección de Datos.

Técnicas: Análisis documental

Instrumentos: Ficha de recolección de datos.

4.6 Técnicas de procesamiento, Análisis de datos y Presentación de datos

Los estadígrafos que se emplearon en la tabulación se adecuaron a la naturaleza de las escalas de medición de datos. Los datos se procesaron mediante el paquete estadístico Excel. Después se elaboraron los cuadros estadísticos se procedió a analizar e interpretar dichos datos. La interpretación de datos es el proceso mediante el cual se explica lo que los datos expresan. Esta interpretación se realizó a nivel de análisis descriptivo y deductivo.

V. RESULTADOS

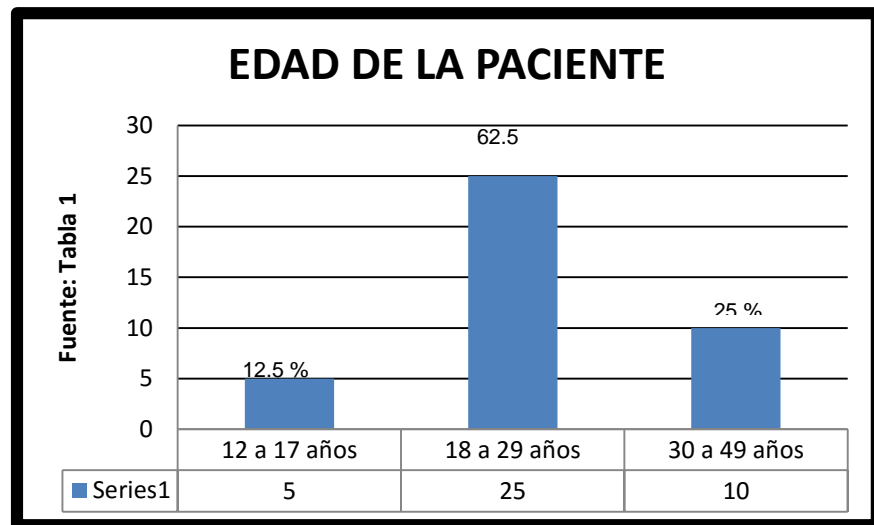
Tabla N° 1

Estudio Ecográfico de la Placenta Previa en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014 con respecto a la edad:

EDAD DE LA PACIENTE	N° DE CASOS	PORCENTAJE
12 a 17 años	5	12.5%
18 a 29 años	25	62.5%
30 a 49 años	10	25%
Total	40	100%

- **Fuente:** Historias clínicas y reportes ecográficos

Gráfico N° 1



Interpretación: En la presente tabla y gráfico se evidencia que un 12.5 % (5) gestantes presentan de 12 a 17 años; un 62.5 % (25) gestantes presentan de 18 a 29 años y un 25 % (10) gestantes presentan de 30 a 49 años.

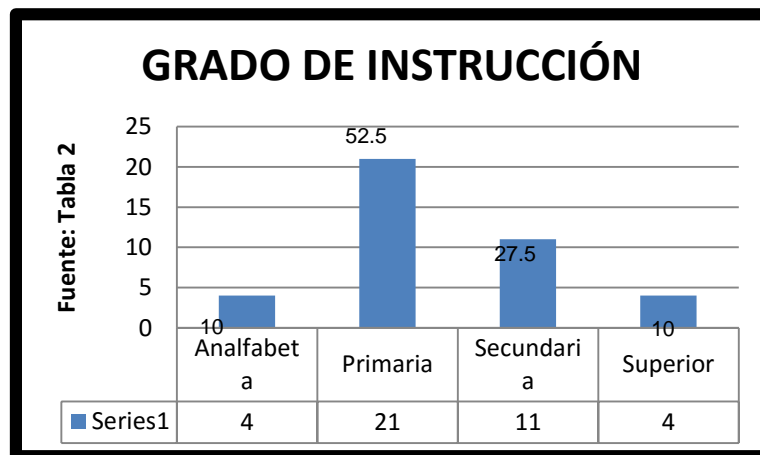
Tabla N° 2

Estudio Ecográfico de la Placenta Previa en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014 con respecto al grado de instrucción:

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N° DE CASOS	PORCENTAJE
Analfabeta	4	10%
Primaria	21	52.5%
Secundaria	11	27.50%
Superior	4	10%
Total	40	100%

- **Fuente:** Historias clínicas y reportes ecográficos

Grafico N° 2



Interpretación: En la presente tabla y grafico se evidencia que un 10 % (4) gestantes eran Analfabetas; un 52.5 % que (21) gestantes estudiaron hasta primaria; un 27.5 % (11) gestantes estudiaron hasta secundaria y un 10 % (4) gestantes tenían grado de instrucción superior.

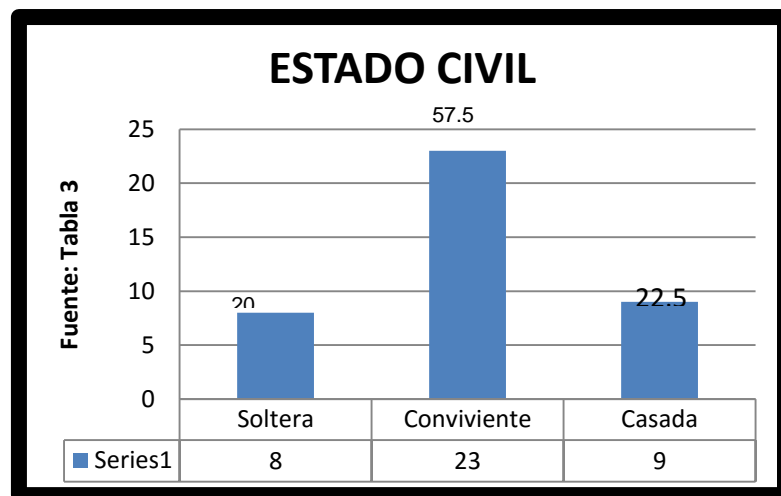
Tabla N° 3

Estudio Ecográfico de la Placenta Previa en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014 con respecto al estado civil:

ESTADO CIVIL	N° de casos	PORCENTAJE
Soltera	8	20%
Conviviente	23	57.50%
Casada	9	22.50%
Total	40	100%

- *Fuente: Historias clínicas y reportes ecográficos*

Grafico N° 3



Interpretación: En la siguiente tabla y grafico se evidencia que un 20 % (8) gestantes eran solteras; un 57.5 % (23) gestantes eran convivientes y un 22.5 % (9) gestantes eran casadas.

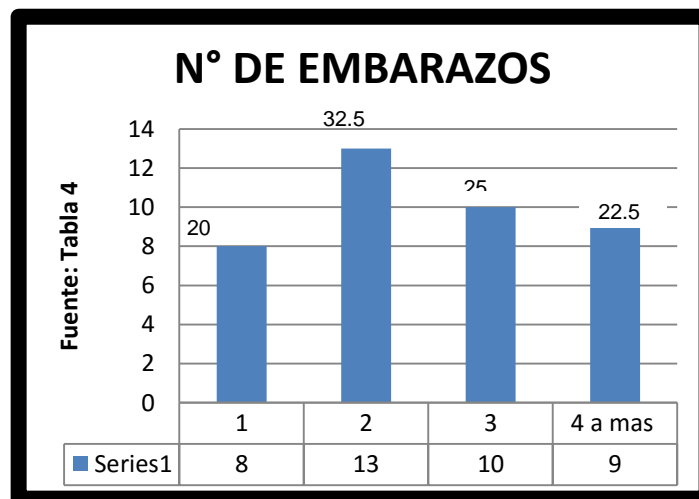
Tabla N° 4

Estudio Ecográfico de la Placenta Previa en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014 con respecto al N° de Embarazos:

N° DE EMBARAZOS	N° DE CASOS	PORCENTAJE
1	8	20%
2	13	32.50%
3	10	25%
4 a mas	9	22.50%
Total	40	100%

- **Fuente:** Historias clínicas y reportes ecográficos

Grafico N° 4



Interpretación: En la siguiente tabla y grafico se evidencia que un 20 % (8) gestantes tuvieron un embarazo; un 32.5 % (13) gestantes tuvieron dos embarazos; un 25 % (10) pacientes presentaron tres embarazos y un 22.5 % (9) gestantes tuvieron de cuatro a mas embarazos.

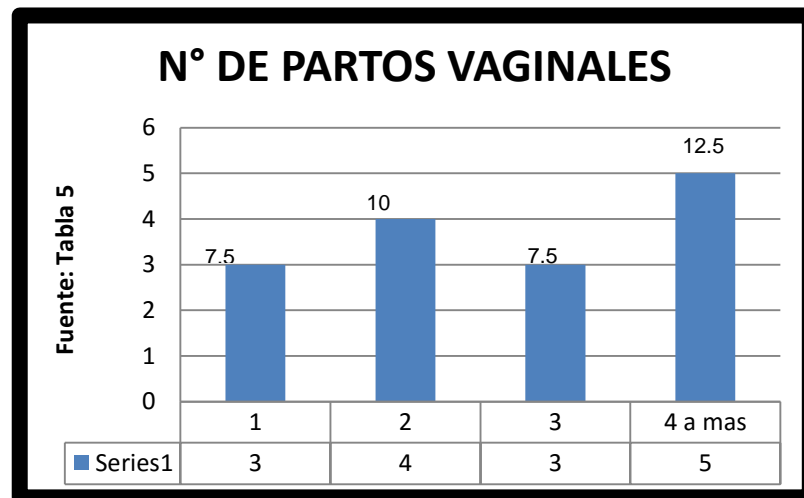
Tabla N° 5

Estudio Ecográfico de la Placenta Previa en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014 con respecto al N° de partos vaginales:

N° DE PARTOS VAGINALES	N° DE CASOS	PORCENTAJE
1	3	7.50%
2	4	10%
3	3	7.50%
4 a mas	5	12.50%
Total	15	37.50%

- **Fuente:** Historias clínicas y reportes ecográficos

Grafico N° 5



Interpretación: En la presenta tabla y grafico se evidencia que un 7.5 % (3) gestantes tuvieron un parto vaginal; un 10 % (4) gestantes tuvieron 2 partos vaginales; un 7.5 (3) gestantes tuvieron 3 partos vaginales y un 12.5 % (4) a más partos vaginales.

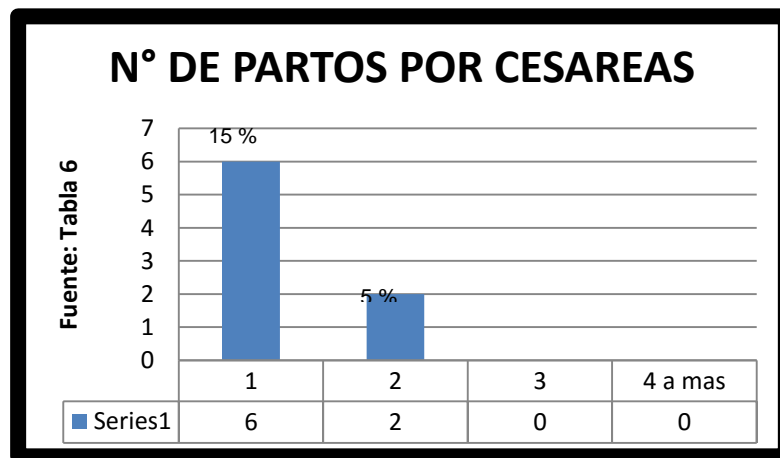
Tabla N° 6

Estudio Ecográfico de la Placenta Previa en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014 con respecto al N° de partos por cesáreas:

N° DE PARTOS POR CESAREAS	N° DE CASOS	PORCENTAJE
1	6	15%
2	2	5%
3	0	0
4 a mas	0	0
Total	8	20%

- **Fuente:** Historias clínicas y reportes ecográficos

Grafico N° 6



Interpretación: En la presente tabla y grafico se evidencia que un 15 % (6) gestantes presentaron un parto por cesárea; un 5 % (2) gestantes presentaron dos partos por cesárea.

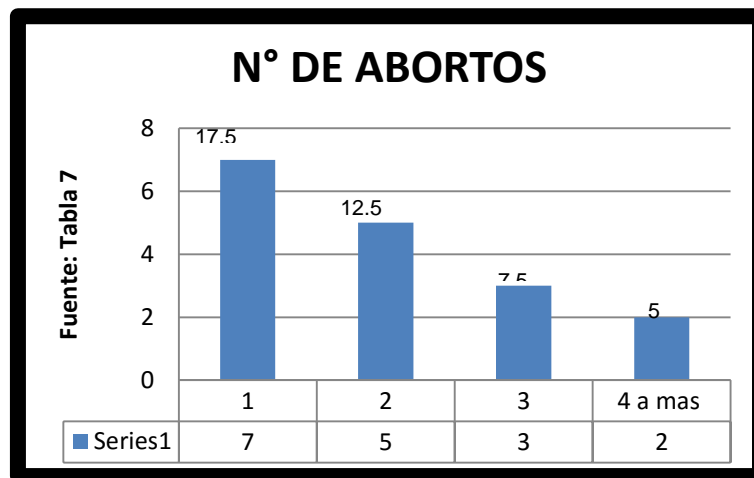
Tabla N° 7

Estudio Ecográfico de la Placenta Previa en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014 con respecto al N° de abortos:

N° DE ABORTOS	N° DE CASOS	PORCENTAJE
1	7	17.50%
2	5	12.50%
3	3	7.50%
4 a mas	2	5%
Total	17	42.50%

- **Fuente:** Historias clínicas y reportes ecográficos

Grafico N° 7



Interpretación: En la presente tabla y grafico se evidencia que un 17.5 % (7) gestantes presentaron un aborto; un 12.5 % (5) gestantes presentaron dos abortos; 7.5 % (3) gestantes presentaron 3 abortos y un 5% (2) gestantes presentarán de cuatro a mas abortos.

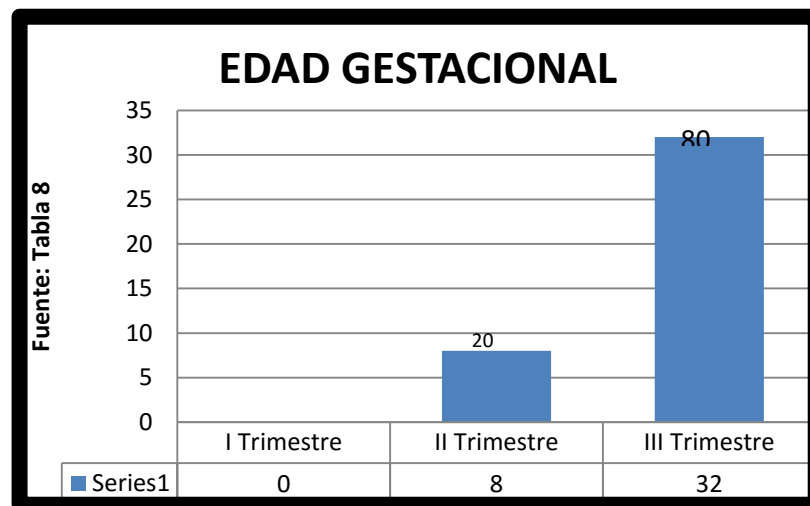
Tabla N° 8

Estudio Ecográfico de la Placenta Previa en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014 con respecto a la edad gestacional:

EDAD GESTACIONAL	N° DE CASOS	PORCENTAJE
I Trimestre	0	0
II Trimestre	8	20%
III Trimestre	32	80%
Total	40	100%

- **Fuente:** Historias clínicas y reportes ecográficos

Grafico N° 8



Interpretación: En la presente tabla y grafico se evidencia que un 20 % (8) gestantes tuvieron de 14 a 27 semanas y un 80 % (32) gestantes tuvieron de 28 a 42 semanas.

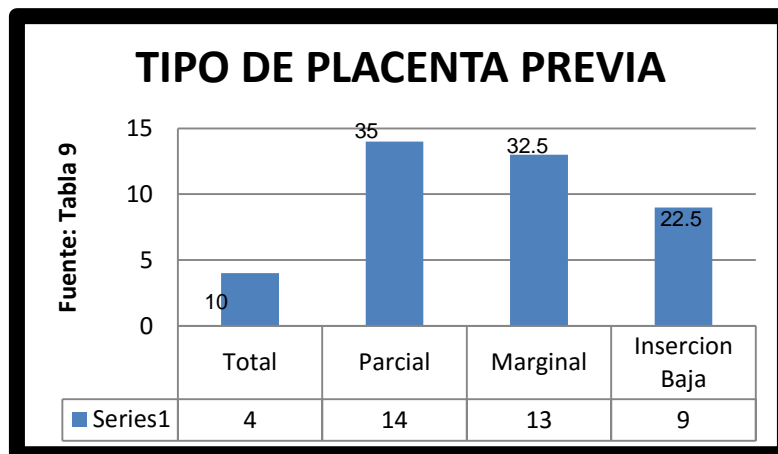
Tabla N° 9

Estudio Ecográfico de la Placenta Previa en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014 con respecto al tipo de placenta:

TIPO DE PLACENTA PREVIA	N° DE CASOS	PORCENTAJE
Total	4	10%
Parcial	14	35%
Marginal	13	32.50%
Inserción Baja	9	22.50%
Total	40	100%

- **Fuente:** Historias clínicas y reportes ecográficos

Grafico N° 9



Interpretación: En la presente tabla y grafico se evidencia que un 10 % (4) gestantes presentaron placenta previa total; un 35 % (14) gestantes tuvieron placenta previa parcial; un 32.5 % (13) gestantes tuvieron placenta previa marginal y un 22.5 % (9) gestantes tuvieron placenta previa de inserción baja.

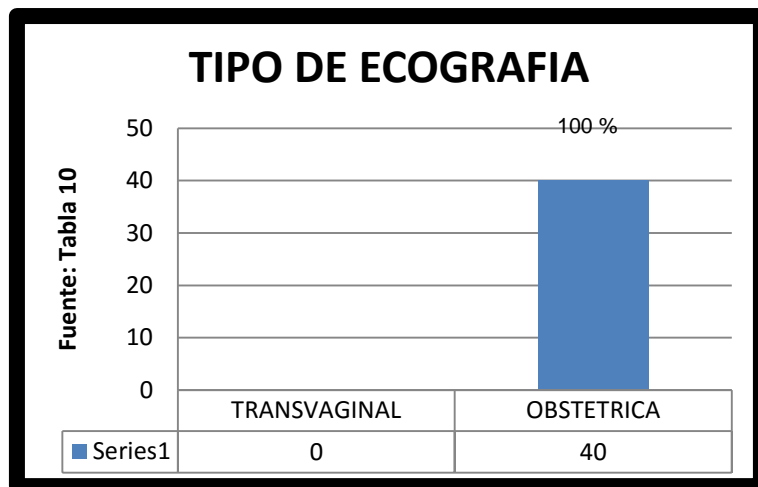
Tabla N° 10

Estudio Ecográfico de la Placenta Previa en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014 con respecto al tipo de ecografía:

TIPO DE ECOGRAFIA	N° DE CASOS	PORCENTAJE
TRANSVAGINAL	0	0%
OBSTETRICA	40	100%
TOTAL	40	100%

- *Fuente: Historias clínicas y reportes ecográficos*

Grafico N° 10



Interpretación: En la presente tabla y grafico se evidencia que un 100 % (40) gestantes les hicieron ecografía obstétrica abdominal.

VI. DISCUSION

- En relación al grupo etario Según Bianco A. Stone la placenta previa se presenta en mujeres de 40 años a más encontrando discordancia con nuestro estudio ya que se encontró mayor placenta previa en las edades de 18 a 29 años donde los riesgos reproductivos son más evidentes, sin embargo, edades ideales para la concepción y reproducción de las parejas.
- Según ENDES 2012 la mayoría de las gestantes es conviviente y tiene educación secundaria lo cual coincide con nuestros hallazgos donde encontramos que un 57.5 % es conviviente y un 27.5 % tiene grado de instrucción primaria.
- En relación a la paridad Jolly m. coincide con nuestros hallazgos hay mayor casos de placenta previa en multíparas con un 80 %.
- Se señala que la cesárea previa es factor asociado a placenta previa. Así mismo se ha observado que la incidencia aumenta según el número de cesáreas previas, por otro lado el 20 % de nuestros casos tenía cesárea anterior.
- Se halla placenta previa entre 5 % y 30 % en aquellas madres que tuvieron al menos un legrado por aborto, nosotros hayamos un 42.50 % un porcentaje bastante alto que tiene que ver con la cantidad elevada de abortos que se

atienden. Así el antecedente de aborto es el primer factor asociado a placenta previa.

- Martin Pernoll señala que solo el 20% de las placentas son totales nosotros encontramos un 10 % al considerar la misma definición: toda obturación completa del orificio cervical interno por la placenta.

VII. CONCLUSIONES

- Un 62% presentaron edades entre 18 a 29 años, un 32.5% Tuvieron 2 embarazos, un 15%, antecedente de cesárea previa, un 17.5 % más de dos abortos.
- Un 10% de gestantes presentaron placenta previa total; un 35% gestantes presentaron placenta previa parcial; un 32.5% de gestantes presentaron placenta previa marginal y un 22.5% gestantes presentaron placenta previa de inserción baja.
- Se puede afirmar que la placenta previa puede ser diagnosticada por ecografía obstétrica de manera oportuna.
- Todos los ginecólogos del hospital Guillermo Díaz de la Vega optaron por hacer la ecografía obstétrica abdominal.
- El tipo de placenta previa total se presentó en un 10 % en las mujeres de 30 a 49 años.

VIII. RECOMENDACIONES

- Debido a que en el hospital donde se elaboró este trabajo no se encontraron los datos necesarios en los registros ecográficos se sugiere se registren los datos de manera clara y ordenada en los libros correspondientes y en la base de datos para mejor acceso a las posteriores investigaciones.
- Además, se deben seguir realizando estudios sobre placenta previa ya que es una patología que se presenta en las gestantes y si no se detecta de manera oportuna puede causar muerte materna y perinatal.
- Se sugiere que el hospital Guillermo Díaz de la Vega siga dando las facilidades a otros estudiantes y profesionales para que puedan hacer investigaciones y así se puedan desarrollar profesionalmente.
- Incrementar las capacitaciones a los profesionales sobre el manejo de placenta previa y otras patologías en gestantes para así mejorar el manejo y tratamiento de las pacientes.

IX. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams' Obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
2. Hacker NF, Moore JG. Essentials of Obstetrics and Gynecology. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004.
3. Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002.
4. Neilson JP. Interventions for Suspected Placentae Praevia. Cochrane Library, issue 4. Oxford: Update Software; 2002
5. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, et al. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
6. Clark SL. Placentae previa and abruptio Placentae. In Creasy RK, Resnik R, eds. Maternal Fetal Medicine, 4th Ed. Philadelphia: WB Saunders, 1999:624
7. American family physician. Late Pregnancy Bleeding. Vol 75. Num 8. April 15. 2007

8. Manuela Ramos. Campaña de salud Mortalidad Materna. DGSP-Minsa- Departamento estadístico: Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar 2000; Lima. INEI, 2001. <http://www.manuela.org.pe/camsalud/mortmaterna-htm>.
9. Yyasu S. Saftlas Ak, Rowley DI, et al. The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979 through 1987. Am j Obstet Gynecol. 1993; 168: 1424.
10. Ko P, Yoon Y. Placenta Previa, 427. Htm”
<http://www.emedicine.com/emerg/topic 427, htm>
11. Tuzovic L, et al. Obstetric risk factors associated with placenta previa development; case contro study. Croat med J. 2003; 44; 728-33
12. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M, Pacenta Previa; Obstetric risk factors and pregnancy outcome, j Mater Fetal Med. 2001; 10(6); 414 – 9.
13. Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM. Placenta previa insingleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: a comparison of risk factor profiles and associated conditions. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 275– 81.

- 14.** Sallout B, Oppenheimer, LW. The classification of placenta previa based on os-placental edge distance at transvaginal sonography. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(6):S94.
- 15.** Bhide A, Prefumo F, Moore J, Hollis B, Thilaganathan B. Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta previa. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110:860–4. 32. Wing DA, Paul RH, Millar LK. Management of the sympt.
- 16.** Neilson JP. Interventions for suspected placenta praevia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; Issue 2, Art. No.: CD001998 DOI: 10.1002/14651858.CD001998.
- 17.** Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006;367:1066-74 Medline.
- 18.** Ko, Patrick; Young Yoon (agosto de 2007). «Placenta previa». *Emergency medicine* (en inglés). eMedicine.com. Consultado el 15 de mayo de 2009

X. ANEXOS

Anexos:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología
¿Cuáles son los tipos de Placenta Previa que se presentan en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014?	Precisar los tipos de placenta previa en gestantes del hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014	No hay hipótesis	Placenta Previa	Placenta Previa Total	Población 400 gestantes
				Placenta Previa Parcial	Muestra 40 gestantes
				Placenta previa Marginal	Tipo No experimental
				Placenta previa de Inserción baja	Retrospectivo Transversal
					Nivel Relacional
					Diseño Descriptivo Simple

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Tipo de Variables	Escala
Placenta Previa	Cuando la placenta se implanta en la porción más inferior del útero, o cuando la placenta	Es cuando el orificio cervical interno está cubierto completamente por la placenta	Placenta Previa total	Cualitativa	Razón
	secundariamente en su crecimiento y desarrollo alcanza total o parcialmente la porción más	Es cuando el orificio cervical interno está cubierto parcialmente por la placenta	Placenta Previa Parcial		

	inferior del útero.	Es cuando el Borde de la placenta esta próximo al orificio cervical interno pero no alcanza a cubrirlo	Placenta Previa Marginal		
		Es cuando el borde placentario se encuentra a unos tres centímetros del orificio cervical interno pudiendo ser palpado digitalmente a través del cérvix.	Placenta Previa de Inserción Baja		

<p>Ecografía Obstétrica</p>	<p>La ecografía obstétrica es el procedimiento utilizado para determinar la edad gestacional, el crecimiento y el bienestar fetal, detectar malformaciones y anomalías cromosómicas.</p>		<p>Ecografía Obstétrica</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>
---------------------------------	--	--	---------------------------------	--------------------	----------------



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



I. Datos Generales

1. Edad de la Paciente:

- De 12 a 17 años
- De 18 a 29 años
- De 30 a 49 años

2. Grado de Instrucción:

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Superior

3. Estado Civil

- Soltera
- Conviviente
- Casada

4. N° de Embarazos

- 1
- 2
- 3
- 4 a mas

5. N° de Partos Vaginales

- 1
- 2
- 3
- 4 a mas

6. N° de partos por Cesáreas

- 1
- 2
- 3
- 4 a mas

7. N° de Abortos

- 1
- 2
- 3
- 4 a mas

8. Edad Gestacional

- De 1 a 13 semanas
- De 14 a 27 semanas
- De 28 a 42 semanas

II. ESTUDIO DE LA VARIABLE:

1. Tipo de Placenta Previa

- Placenta Previa Total
- Placenta Previa Parcial
- Placenta Previa Marginal
- Placenta Previa de Inserción Baja

2. Tipo de Ecografía

- Ecografía Obstétrica Abdominal
- Ecografía Transvaginal



"Año de la diversificación productiva y del fortalecimiento de la educación"

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón: V - Block "A", 2do piso - Cayhuayna

Página web: <http://postgrado.unheval.edu.pe>, email: epgunheval@gmail.com



RESOLUCIÓN N° 01843-2013-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 25 de agosto de 2015.

Vistos los documentos que se acompañan en dos (02) folios;

CONSIDERANDO

Que, de acuerdo a la Resolución N° 004-2010-UNHEVAL-CU, de fecha 25.ENE.10, se aprobó el Convenio entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán – Escuela de Postgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud CENCASALUD S.A.C.;

Que, con Resolución N° 1640-2013-ANR, de fecha 25. OCT.13., en la parte Resolutiva Art. 1°.- Declara que la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, con sede en la ciudad de Huánuco, ha cumplido con la disposiciones establecidas en los artículos 24° y 92°, incisos e) y f), de la Ley Universitaria N° 23733, respecto a la creación y funcionamiento del Programa de Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia y Alto Riesgo en Obstetricia;

Que, de acuerdo a la Nueva Ley Universitaria 30220 con el artículo 45° numeral 45.3 declara que el Título de Segunda Especialidad Profesional: requiere licenciatura u otro título profesional equivalente, haber aprobado los estudios de una duración mínima de dos semestres académicos con un contenido mínimo de cuarenta (40) créditos, así como la aprobación de una tesis o un trabajo académico;

Que, el Art. 30°, del Reglamento de Segunda Especialización en Obstetricia, establece los procedimientos a seguir para nombramiento de asesor del Proyecto de Tesis;

Que, con resolución N° 0182-2015-UNHEVAL/EPG-CD, de 07.MAYO.15., se aprueba la Directiva de implementación complementaria de las asignaturas I y II con fines de Asesoramiento para la Titulación de la Segunda Especialidad en Obstetricia, menciones: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia y Alto Riesgo en Obstetricia;

Que, con Oficio N° 0495-2015-UNHEVAL-FOBST-D. del 20.JUL.15, se designa a los docentes del Programa de Asesoría Académica Presencial de las Segundas Especialidad en Obstetricia que se llevara a cabo en las diferentes Secciones los días sábados y domingos;

Que con Oficio N° 0107-2015-UNHEVAL-EPG-CENCASALUD SAC/CA. del 30.JUL.15, se da la relación de los participantes para la Asesoría Presencial de Tesis de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnostico por Imágenes en Obstetricia;

Que, con Resolución N° 01679-2015-UNHEVAL/EPG-D. del 06.AGO.15., se designa a la Mg. Rosario de la Mata Huapaya, como asesora del Programa de Asesoría Presencial, de los proyectos de tesis, de los alumnos (as) de la segunda especialidad en obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnostico por Imágenes en Obstetricia, de la Sección Ica;

Que, estando a las atribuciones conferidas al Director de la Escuela de Postgrado por la Ley Universitaria N° 30220, por el Estatuto de la UNHEVAL y por el Reglamento de la Escuela de Postgrado de la UNHEVAL;

SE RESUELVE:

1° **INCORPORAR**, en la relación de participantes a las obstetras Lidia Ynés CAMA ABURTO y Vanessa Melina BELLIDO ESPINOZA, al programa de asesoría presencial de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnostico por Imágenes en Obstetricia, Sección Ica, la misma que estará integrada por los siguientes alumnos, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:

1. JENIFER JESÚS GUTIÉRREZ DULANTO
2. PATRICIA ESMERALDA CASTRO HERNÁNDEZ
3. GIANNINA RAMÍREZ MARTÍNEZ
4. LILIANA MARISOL DE LA CRUZ RAMOS
5. ZOILIMAR BOLLET SHERON
6. MELCHORITA ROSARIO CÁRDENAS TORRES
7. VANESSA MELINA BELLIDO ESPINOZA
8. BRENDA GERALDINE QUICAÑO QUISPE
9. ESTHER MILAGROS BAUTISTA AGUIRRE
10. ANA LUISA ROJAS SOTO



"Año de la diversificación productiva y del fortalecimiento de la educación"



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón:V – Block "A", 2do piso – Cayhuayna
Página web: <http://postgrado.unheval.edu.pe>, email: epgunheval@gmail.com

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 11. EDELMA GLORIA OCHOA ESCOBAR | 16. LIDIA YNES CAMA ABURTO |
| 12. GIOVANNA MARGOT HUAMANI MORON | 17. SANDRA MARGOT SALVADOR ZAMBRANO |
| 13. LILIANA EDITH REQUEJO LOZADA | 18. ALBERTO LUIS PANIAGUA QUINTANA |
| 14. CECILIA ALBORNOZ ROMERO | 19. ZENILDA HUACCACHI GONZALES |
| 15. NUBIA MIRELLA PALACIOS VELARDE | |

2° **ENCARGAR** a la asesora los Proyectos de Tesis, emitir su informe de acuerdo a los estipulados en el reglamento de la segunda especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia.

3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a la asesora e interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese,

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Alfredo M. Ostos Miraval
DIRECTOR

Distribución:
Cencosafud
Asesor
Interesada
fac.obst.
Archivo



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso – Cayhuayna
Teléfono 514760 -Pág. Web. www.unheval.edu.pe/postgrado



RESOLUCIÓN N° 01997-2015-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 17 de Septiembre de 2015.

Vistos los documentos presentados por los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II, solicitando designación de Jurados Revisores de Tesis;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a la Resolución N° 004-2010-UNHEVAL-CU, de fecha 25.ENE.10, se aprobó el Convenio entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán – Escuela de Postgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud CENCASALUD S.A.C.;

Que, con Resolución N° 1640-2013-ANR, de fecha 25. OCT.13., en la parte Resolutiva Art. 1°.- Declara que la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, con sede en la ciudad de Huánuco, ha cumplido con las disposiciones establecidas en los artículos 24° y 92°, incisos e) y f), de la Ley Universitaria N° 23733, respecto a la creación y funcionamiento del Programa de Segunda Especialidad en Salud con menciones en: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia y Alto Riesgo en Obstetricia;

Que, el Art. 35°, del Reglamento de La Segunda Especialización en Obstetricia, establece los procedimientos a seguir para nombramiento del jurado evaluador de Tesis;

Que, con la Resolución N° 01679-2015-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 06.AGOS.15, se designo como asesora a la **Mg. ROSARIO DE LA MATA HUAPAYA**, de Tesis de los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia – Sección Ica II;

Que, se ha solicitado a la Dirección de la EPG y al Decanato de la Facultad de Obstetricia, la propuesta de una terna del Jurado Examinador de Tesis, quienes remiten la designación de la Comisión correspondiente y estando a las atribuciones conferidas al Director de la Escuela de Postgrado, por la Ley Universitaria N° 30220, por el Estatuto de la UNHEVAL y por el Reglamento de la Escuela de Postgrado de la UNHEVAL;

SE RESUELVE:

1° **DESIGNAR**, a los miembros del Jurado Examinador de Tesis de los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por imágenes en Obstetricia – Sección Ica II, el mismo integrado por los siguientes docentes, de los alumnos de acuerdo al cuadro, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:

- | | | |
|------|--|-------------|
| 1.1. | Dr. Reynaldo Marcial Ostos Miraval | Presidente |
| 1.2. | Mg. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio | Secretaria |
| 1.3. | Mg. María Del Pilar Melgarejo Figueroa | Vocal |
| 1.4. | Med. Francisco Javier Vargas Vásquez | Accesitario |

N°	TESISTA	TITULO DE PROYECTO
01	JENIFER JESÚS GUTIERREZ DULANTO	EDAD GESTACIONAL POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN VS. DIAGNÓSTICADA POR ECOGRAFÍA DEL I TRIMESTRE CON GESTACIÓN ÚNICA. CENTRO DE SALUD LA TINGUIÑA – ICA. FEBRERO – JULIO 2015.
02	PATRICIA ESMERALDA CASTRO HERNÁNDEZ	FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRÁFICO TRANSVAGINAL. PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN DE PORRAS. MARZO – JUNIO 2015.ICA.
03	GIANNINA FRANCESCA RAMÍREZ MARTÍNEZ	PONDERADO FETAL POR ECOGRAFÍA Y SU RELACIÓN CON EL PESO AL NACER EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. CENTRO DE SALUD "SAN JOAQUIN". ENERO – JULIO 2015. ICA –PERÚ.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso – Cayhuayna
Teléfono 514760 -Pág. Web. www.unheval.edu.pe/postgrado



04	LILIANA MARISOL DE LA CRUZ RAMOS	DISTOCIA FUNICULAR DETECTADA POR ECOGRAFIA DURANTE LA GESTACION. PUESTO DE SALUD SEÑOR DE LUREN. MAYO – JUNIO 2015.
05	ZOILIMAR BOLLET SHERON	ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA PLACENTA PREVIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA. ABANCAY 2014.
06	MELCHORITA ROSARIO CÁRDENAS TORRES	CARACTERÍSTICAS DE LOS ELEMENTOS CARDIOTOCOGRAFICOS EN GESTANTES CON HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA. ICA 2014.
07	VANESSA MELINA BELLIDO ESPINOZA	CONCORDANCIA ENTRE LA EDAD GESTACIONAL POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN Y POR ECOGRAFÍA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. CENTRO DE SALUD ACARÍ. NOVIEMBRE 2013 A MAYO 2014.
08	BRENDA GERALDINE QUICAÑO QUISPE	VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNÓSTICO DE DISTOCIA FUNICULAR EN GESTANTES DE 33 A 40 SEMANAS DE GESTACIÓN – HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA. ABRIL – JUNIO 2015.
09	ESTHER MILAGROS BAUTISTA AGUIRRE	ELEMENTOS CARDIOTOCOGRAFICOS QUE SE ALTERAN EN GESTANTES CON ANEMIA CENTRO ESPECIALIZADO “CARDIO FETAL”. ICA, ENERO – JUNIO 2015.
10	ANA LUISA ROJAS SOTO	PESO DEL FETO POR ECOGRAFIA EN EL EMBARAZO A TÉRMINO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL MARÍA REICHE NEWMAN MARCONA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.
11	EDELMA GLORIA OCHOA ESCOBAR	ALTERACIÓN DE LOS PARÁMETROS CARDIOTOCOGRAFICOS EN GESTANTES A TÉRMINO CON ANEMIA. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA- ENERO-ABRIL 2015.
12	GIOVANNA MARGOT HUAMANI MORON	PARÁMETROS ECOGRÁFICOS QUE SE ALTERAN EN GESTANTES MAYORES DE 32 SEMANAS CON CIRCULAR DE CORDÓN. CENTRO DE SALUD PARCONA – ICA. ENERO A MARZO 2014.
13	LILIANA EDITH REQUEJO LOZADA	LIQUIDO AMNIÓTICO POR ECOGRAFIA Y SU ASOCIACIÓN CON EL CRECIMIENTO FETAL DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES A TÉRMINO. CENTRO DE SALUD JESÚS MARÍA PERIODO ENERO – MARZO 2015.
14	CECILIA ALBORNOZ ROMERO	RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER. HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA – DE JULIO A DICIEMBRE 2014.
15	NUBIA MIRELLA PALACIOS VELARDE	EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LIQUIDO AMNIÓTICO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. POLICLÍNICO SANTA ROSA. ICA, ENERO – JULIO 2014.
16	LIDIA YNES CAMA ABURTO	VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DEL PESO FETAL POR ULTRASONOGRAFIA EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. PISCO, 2015.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760 - Pág. Web. www.unheval.edu.pe/postgrado



17	SANDRA MARGOT SALVADOR ZAMBRANO	DIAGNÓSTICO DEL CIRCULAR DE CORDÓN EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA. HOSPITAL REGIONAL DE ICA. ENERO - JUNIO 2014.
18	ALBERTO LUIS PANIAGUA QUINTANA	DISMINUCIÓN DEL LIQUIDO AMNIÓTICO ESTIMADO POR ECOGRAFÍA EN PRIMIGESTAS PRETERMINO TARDÍO DE 34 - 36.6 SEMANAS Y SU RELACIÓN CON LOS PARÁMETROS CARDIOTOCOGRAFICOS. HOSPITAL REGIONAL DE ICA. JULIO A DICIEMBRE 2014.
19	ZENILDA HUACCACHI GONZALES	EFECTOS DE LA PREECLAMPSIA EN LOS TRAZADOS CARDIOTOGRAFICOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARIA ROSARIO DEL SOCORRO DE ICA. ENERO - JULIO 2013.

- 2° **ENCARGAR**, al segundo Jurado Examinador de Tesis (Secretaria) emitir su informe dentro de los diez días siguientes, de recepcionado la presente Resolución.
- 3° **ESTABLECER**, si la Tesis solicitase correcciones, el alumno dispondrá de treinta días para realizar las correcciones correspondientes.
- 4° **DAR A CONOCER**, la presente Resolución a los miembros del jurado examinador y a los interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese

Distribución:
Jurado
Interesados (16)
Cencasalud
Fac. Obst

Dirección Regional de Salud Humana
Hospital Regional de la Vega - Abancay

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

TRAMITE DOCUMENTARIO

Nº Registro 4675

Folios 01

Fecha 20-8-15

Firma

SOLICITO: Permiso para recolección de datos de historias clínicas y reportes ecográficos.

DR. LUIS BARRA PACHECO

Director del Hospital Guillermo Díaz de la Vega

Yo, Zoilimar Bollet Sheron, identificada con DNI 44057613, COP 27559, con domicilio en Jr. Grau s/n Huancarama, Obstetra trabajadora del Centro de Salud Pacobamba. Ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, deseando recolectar datos de Historias Clínicas para la elaboración del trabajo de investigación "Estudio Ecográfico de la Placenta Previa en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014", para optar el Título de Especialista en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia. Solicito a usted autorización para poder hacer uso de las Historias Clínicas y reportes ecográficos de gestantes.

Por lo expuesto:

Ruego a Usted, tenga a bien acceder mi solicitud.

Abancay, 24 de Agosto del 2015

Atentamente,



Obst. Zoilimar Bollet Sheron
DNI 44057613

GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY



“AÑO DE LA DIVERSIFICACION PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION”

De: Dr. Luis Barra Pacheco
DIRECTOR DEL HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

Para: Obst. Zoilimar Bollet Sheron

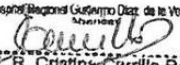
Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla y a la vez manifestarle que habiendo recibido su solicitud con fecha 24 de agosto del 2015, con N° de registro 4675, folios 01; solicitando permiso para recolección de datos de historias clínicas y reportes ecográficos para su investigación, cuyo título es “Estudio ecográfico de la Placenta Previa en Gestantes del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2014”.

Le informamos que dicha solicitud ha sido autorizada para recabar la información de las historias clínicas y reportes ecográficos para su investigación.

Me es propicia la oportunidad para reiterarle mis sentimientos de estima personal.

Abancay, 13 de Octubre del 2015

Atentamente,


Dra. E. R. Cristóbal Carrillo Ramírez
DIRECTORA ADJUNTA
C.M.P. 22273



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Fabelón V "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760 - Pág. Web www.unheval.edu.pe/postgrado



RESOLUCIÓN N° 02038-2015-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 22 de setiembre de 2015.

Visto, los documentos que se acompañan en ocho (08) folios:

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a la Resolución N° 004-2010-UNHEVAL-CU, de fecha 25.ENE.10, se aprobó el Convenio entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Escuela de Postgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud CENCASALUD S.A.C.;

Que, con Resolución N° 1640-2013-ANR, de fecha 25. OCT.13., en la parte Resolutiva Art. 1°.- Declara que la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, con sede en la ciudad de Huánuco, ha cumplido con la disposiciones establecidas en los artículos 24° y 92°, incisos e) y f), de la Ley Universitaria N° 23733, respecto a la creación y funcionamiento del Programa de Segunda Especialidad en Salud con menciones en: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia y Alto Riesgo en Obstetricia;

Que, el Art. 35°, del Reglamento de La Segunda Especialización en Obstetricia, establece los procedimientos a seguir para nombramiento del jurado evaluador de Tesis;

Que, con la Resolución N° 01679-2015-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 06.AGOS.15, se designo como asesora a la Mg. ROSARIO DE LA MATA HUAPAYA, de Tesis de los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II;

Que, con la Resolución N° 01997-2015-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 17.SET.15, se designó a los Miembros del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis titulado "ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA PLACENTA PREVIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2014", el mismo integrado por los siguientes docentes: Dr. Reynaldo Ostos Miraval, Presidente; Mg. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio, Secretaria; Mg. María Del Pilar Melgarejo Figueroa, Vocal; y Med. Francisco Javier Vargas Vásquez, Accesitario;

Que, con la solicitud N° 0265067, de fecha 21.SET.15, la Obstetra de la Segunda Especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II, Zoilimar BOLLET SHERON, solicita se programe la fecha y la hora de la sustentación;

Estando a las atribuciones conferidas al Director de la Escuela de Postgrado por la Ley Universitaria N° 30220, por el Estatuto de la UNHEVAL y por el Reglamento de la Escuela de Postgrado de la UNHEVAL;

SE RESUELVE:

- 1° FIJAR fecha y hora de sustentación de la tesis titulada: "ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA PLACENTA PREVIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2014", a cargo de la Obstetra de la Segunda Especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II, Zoilimar BOLLET SHERON, para el día 26.SET.2015, a horas 01:00 p.m., en el Auditorium del Colegio Regional de Obstetras de Ica, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° DAR A CONOCER la presente Resolución a los miembros del jurado y al interesado.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Reynaldo M. Ostos Miraval
DIRECTOR

Distribución
Folios: personal
Interesado
Membros del jurado (3)
Archivo



Año de la diversificación productiva y del fortalecimiento de la educación
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN
 Huánuco - Perú



ESCUELA DE POSTGRADO
 FACULTAD DE OBSTETRICIA

ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE ESPECIALISTA

En la ciudad de Ica siendo las 01:00 p.m., del día 26 de Setiembre de 2015 ante el Jurado de Tesis constituido por:

Dr. Reynaldo Marcial Ostos Miraval Presidente
 Mg. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio Secretaria
 Mg. María Del Pilar Melgarejo Figueroa Vocal

El aspirante al TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA.

Doña: Zoilimar Bollet Sheron
 Procedió al acto de Defensa:

- a. Con la expedición de la Tesis titulada: ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA PLACENTA PREVIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA. ABANCAY 2014.
- b. Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente. Concluido el acto de defensa, cada miembro del jurado procedió a la evaluación del aspirante a Especialista, teniendo presente los criterios siguientes:
 - i. Presentación personal
 - ii. Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y recomendaciones.
 - iii. Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las repuestas a las interrogantes del jurado y público asistente.
 - iv. Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

.....

Obteniendo en consecuencia el Especialista la Nota de.....16..... (DIECISEIS)
 Equivalente aBUENO...., por lo que se determinaA.P.R.O.B.A.D.O.....
 (Aprobado o desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente ACTA en señal de conformidad, en Ica, siendo las....13:40..... Horas de l...26 de setiembre...del 2015

DR. REYNALDO MARCIAL OSTOS MIRAVAL
 PRESIDENTE
 DNI: 22420141

MG. NANCY ELIZABETH CASTAÑEDA EUGENIO
 SECRETARIA
 DNI: 22494508

MG. MARIA DEL PILAR MELGAREJO FIGUEROA
 VOCAL
 DNI: 22503110

NOTA BIOGRÁFICA

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres: Bollet Sheron Zoilimar
DNI: 44057613
Fecha de nacimiento: 30/12/1986
Teléfono/celular: 994856796
Correo electrónico: zoilimarb@hotmail.com

ESTUDIOS:

Primaria: Nombre del I.E.: Elena Francia Ramos”
Lugar: : Marcona
Año de ingreso y de egreso: 1992-1997
Secundaria: Nombre del I.E. Almirante Miguel Grau
Lugar: Marcona
Año de ingreso y de egreso: 1998 -2002
Superior: Nombre del I.E.: Universidad Alas Peruanas
Lugar: Ica
Año de ingreso y de egreso: 2005-2010
Segunda especialidad: Nombre del I.E: Universidad Hermilio Valdizan
Lugar: Huánuco
Año de ingreso y de egreso: 2012-2014

GRADOS Y TÍTULOS:

Grado de Bachiller en Obstetricia. Universidad Alas Peruanas Año: 2010

Título de Licenciada en Obstetricia Universidad: Alas Peruanas Año: 2011

OTROS ESTUDIOS:

Maestría: No

Doctorado: No

Otros estudios: Diplomado en Emergencias Obstétricas

 Diplomado en Administración y gerencia de clínicas y hospitales

 Operador en microcomputadoras

CENTRO/S LABORAL/ES ACTUAL/ES – CARGO/S:

Centro de Salud Pacobamba – Pacobamba – Andahuaylas – Apurímac

Obstetra – Coordinadora de la estrategia Materno e ITS

Pacobamba 03 de octubre del 2015