

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”**

**ESCUELA DE POST GRADO**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN  
OBSTETRICIA**

=====

**RESULTADOS DE EVALUACION PLACENTARIA POR ECOGRAFIA EN  
GESTANTES A TERMINO CON LA EVALUACIÓN PLACENTARIA  
DIRECTA C.S. SAN FERNANDO AÑO 2014.**

=====

**AUTORA: OBSTETRA GOMEZ GONZALES JESSENIA**

**ASESORA: MG. MELGAREJO FIGUEROA MARÍA DEL PILAR**

**UCAYALI – PERÚ**

**2015**

## DEDICATORIA

“A Dios en primer lugar a mi Reyna Madre Esther Gonzales a mi Papá que desde el cielo ve como cumplo cada una de mis metas, por su amor, trabajo, sacrificio, empuje durante todos estos años de estudio, gracias a ella he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy, es un privilegio ser su hija, eres la mejor madre del mundo”.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por haber permitido la realización de este trabajo de investigación, lo que culmina otra de mis metas.

A mi Reyna Madre por ser mi fuerza y siempre estar a mi lado apoyándome en cada paso que doy.

A los Docentes de CENCA SALUD por compartir sus conocimientos en estos dos años

Agradezco a la Mg. María del Pilar Melgarejo Figueroa por su paciencia y su dedicación.

A mis compañeros de la especialidad por su apoyo y perseverancia para la culminación de esta etapa de mi vida profesional.

# ÍNDICE

---

RESUMEN	v
SUMARY	vi
INTRODUCCIÓN	vii
<b>I CAPÍTULO: EL PROBLEMA</b>	
1.1 Fundamentación del Problema	..
1.2 Formulación del Problema	..
1.2.1. General	..
1.2.2. Específicos	..
1.3 Objetivos	
1.2.1. General	
1.2.2. Específicos	
1.4 Justificación e Importancia	..
1.5 Limitaciones	..
<b>II CAPÍTULO: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes	
2.1.1. Internacionales	
2.1.2. Nacionales	
2.1.3. Locales	
2.2 Bases Teóricas	
2.3 Definición de Términos Básicos	
<b>III ASPECTOS OPERACIONALES</b>	
3.1. Hipótesis	
3.2. Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores	
<b>IV MARCO METODOLÓGICO</b>	
4.1. Dimensión Espacial y Temporal	
4.2. Tipo de Investigación	
4.3. Diseño de Investigación	
4.4. Determinación de la Población	
4.5. Selección de la Muestra	
4.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	
4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis y Presentación de Datos	
<b>V. RESULTADOS</b>	
<b>VI. DISCUSIÓN</b>	
<b>VII. CONCLUSIÓN</b>	
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	
<b>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

### RESULTADOS DE EVALUACION PLACENTARIA POR ECOGRAFIA EN GESTANTES A TERMINO CON LA EVALUACIÓN PLACENTARIA DIRECTA C.S. SAN FERNANDO AÑO 2014.

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación de los resultados de la evaluación placentaria por ecografía en gestantes a término con la evaluación placentaria directa en el Centro de Salud, fue una investigación de tipo observacional, retrospectivo transversal, con el nivel relacional, de diseño descriptivo; siendo los principales resultados: grado de maduración placentaria por ecografía de Grado III es del 75.7 %, de Grado II es del 24.3 % y en la revisión de placenta directa con una verificación si con un 77% y con el no un 23%; utilizando el cálculo estadístico de Rho Serman, para los grados de maduración placentaria y por consiguiente la placenta directa es de -0,3096, lo que se ubica lejano a la unidad, motivo por el cual, se interpreta que no existe relación; por lo tanto se acepta la hipótesis nula: Los resultados de evaluación placentaria por ecografía en gestantes a término no son confiables a la evaluación placentaria directa. Por lo tanto concluimos que: esta afirmación es correcta.

***Palabras clave: Evaluación de placenta por ecografía y evaluación de placenta directa***

## SUMMARY

### RESULTS PLACENTAL ULTRASOUND EVALUATION IN PREGNANT AT TERM PLACENTAL CS DIRECT EVALUATION SAN FERNANDO 2014.

The research aimed to determine the relationship of the results of placental evaluation by ultrasonography in pregnant women at term with direct placental evaluation in the Health Center, was an investigation of observational cross-sectional, retrospective, the relational level, descriptive design; will be the main results: degree of placental maturation ultrasound Grade III is 75.7%, Grade II is 24.3% and in the review of direct verification if placenta with 77% and with 23% not; being the statistical calculation of Spearman's Rho, for grades of placental maturation and therefore direct placenta is -0.3096, which is located remote from the unit, why, it is interpreted that there is no relationship; hence accepts the null hypothesis results of placental evaluation in pregnant ultrasound term unreliable direct placental evaluation. Therefore we conclude that: this statement is correct.

***Keywords: Evaluation of placenta by ultrasonography and evaluation of direct placenta.***

## INTRODUCCIÓN

En salud, el personal de salud y los usuarios día a día nos encontramos con el avance de la tecnología nos permiten detectar complicaciones precozmente y poder beneficiar el desarrollo de la madre y el feto. La placenta es aquel órgano que hace las veces de intermediario entre la madre y el feto mientras dura el proceso de gestación. Se encuentra presente en casi todos los mamíferos y en los seres humanos, las mujeres embarazadas ocupándose especialmente de atender las principales necesidades del feto mientras se encuentra en el útero. La placenta provee el intercambio gaseoso y nutricional entre la madre y el feto, segrega hormonas y posee propiedades inmunosupresoras. Motivo por la cual nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante ¿ Cuáles son el resultado de la evaluación placentaria por ecografía en gestantes a término con la evaluación placentaria directa en el C.S. San Fernando 2014?; siendo el objetivo determinar los resultados de la evaluación placentaria por ecografía en gestantes a término con la evaluación placentaria directa, específicamente: Identificar los grados de maduración placentaria ecográfica, identificar las características de la placenta patológica; con un diseño de descriptivo de dos variables; para el presente trabajo de investigación la población estuvo constituida por todas las gestantes con informe ecográfico a término que fueron atendidas en el Centro de Salud San Fernando, siendo un total de 311 gestantes. Para la selección de la muestra se utilizará el cálculo muestral para la población finita y conocida,  $n = 74$  personas, con muestreo: Probabilístico, en su modalidad aleatoria simple; mediante este instrumento: Ficha de recolección de datos, altamente confiable con 0,842 que se halló mediante la prueba estadística de Alpha de Cronbach.

Los resultados se presentan en la tabla y la figura 1 observamos que evaluación placentaria por ecografía el 75,7 % era de Grado III y el 24,3 % de Grado II lo que demuestra que el más alto el porcentaje de grado III. En la tabla y figura 2 observamos los resultados de presencia de calcificaciones: Si, 17 que representa el 23 %. No: 57 que representa el 77 %. Las ecografías obstétricas si bien es cierto es un instrumento de apoyo en la atención prenatal es también importante que la misma nos permita tener un resultado confiable para que el de embarazo no tenga complicaciones o sea detectado prematuramente y con respecto a los grados de calcificación. Al inicio de la investigación se pretendía demostrar que los resultados de evaluación placentaria por ecografía en gestantes a término son confiables a la evaluación placentaria directa. Lo que no se pudo hacer porque los resultados fueron adversos lo que hizo validar la hipótesis nula que decía que los resultados de evaluación placentaria por ecografía en gestantes a término no son confiables a la evaluación placentaria directa. La presente investigación consta de cinco capítulos: 1. Planteamiento del problema, 2. Marco teórico, 3. Aspectos Operacionales, 4. Marco Metodológico, 5. Resultados, 6. Discusión, 7. Conclusiones, 8. Recomendaciones y Referencias bibliográficas.



## **I. EL PROBLEMA**

### **1.1. Fundamentación del Problema**

La placenta es aquel órgano que hace las veces de intermediario entre la madre y el feto mientras dura el proceso de gestación. Se encuentra presente en casi todos los mamíferos y en los seres humanos (las mujeres embarazadas) ocupándose especialmente de atender las principales necesidades del feto mientras se encuentra en el útero. La placenta provee el intercambio gaseoso y nutricional entre la madre y el feto, segrega hormonas y posee propiedades inmunosupresoras.

Siguiendo la mayoría de los protocolos habituales, se realizan tres ecografías a lo largo de la gestación. Aunque con denominaciones diferentes, suelen hacer referencia a un estudio por trimestre, que normalmente, suelen estar pautados entre las semanas 10-12, 18-20 y 33-35.

Los objetivos de la ecografía del primer trimestre son: confirmar la gestación, localizar el saco gestacional, identificar embrión y medir diámetro craneal, localizar la presencia de actividad cardíaca, medir pliegue nucal, determinar posible gestación doble, descartar aborto, descartar gestación ectópica, descartar mola hidatídica. Y evaluar el útero (cérvix incluido) y los anexos.

Los objetivos de la ecografía del segundo trimestre a partir de las 12 semanas es la biometría fetal, que nos informa del adecuado crecimiento fetal y permite por tanto descartar la presencia de patología. Los

parámetros más utilizados son: Eje cráneo-caudal, Circunferencia y diámetro abdominal, Diámetro biparietal, Longitud del fémur.

El estudio del ecográfico en el tercer trimestre ha de comprobar que el feto presenta una biometría adecuada a la edad gestacional. Ya en esta época no se utiliza el eje cráneo-caudal.

Las estructuras orgánicas fetales presentan un tamaño y una visibilidad cuyo reconocimiento se puede asimilar al del adulto. Se ha de precisar la situación de la placenta, respecto del canal del parto, así como la colocación fetal. Hay que atender a su situación, presentación, posición y valorar el estado del cordón umbilical para descartar la existencia de distocias funiculares. Las hemorragias del tercer trimestre incluyen el desprendimiento y la inserción baja de la placenta. Junto con el estudio ecográfico se lleva a cabo el registro de frecuencia cardiaca y la aplicación del Doppler. Toda esta problemática nos lleva a la siguiente interrogante:

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1. General**

¿Cuáles son el resultado de la evaluación placentaria por ecografía en gestantes a término con la evaluación placentaria directa en el C.S. San Fernando 2014?

### **1.2.2. Específicos**

¿Cuáles son los grados de evaluación ecográfica?

¿Cuáles son las características patológicas?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar los resultados de la evaluación placentaria por ecografía en gestantes a término con la evaluación placentaria directa.

#### **1.2.2 Objetivo Especifico**

1. Identificar los grados de maduración placentaria ecográfica.
2. Identificar las características de la placenta patológica.

### **1.4. Justificación e Importancia**

Se estudia el grado de madurez placentaria, ya que si la placenta envejece de manera prematura puede acarrear problemas de oxigenación y nutrición al feto. Una placenta joven es lisa y homogénea; una placenta vieja está muy segmentada y tiene muchas calcificaciones y lagunas vasculares. También es muy importante constatar su localización, para descartar que su implantación tape total o parcialmente el cuello del útero, que como sabemos debe dilatarse para permitir el paso del feto. Si la placenta es previa el parto vaginal no es posible y las contracciones pueden desencadenar una hemorragia que puede comprometer la salud de la madre y del feto.

### **1.5. Limitaciones**

Carencia de antecedentes de la problemática a todo nivel.

## **MARCO TEORICO**

### **2.1. Antecedentes**

#### **2.1.1 Internacionales.**

En Colombia, en el año 2010, los investigadores: Hernán Cortés y Henry Muñoz,<sup>1</sup> realizaron un estudio denominado: Utilidad clínica del estudio anatomopatológico de la placenta en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Teniendo como objetivo caracterizar los hallazgos placentarios en relación con la patología materna o fetal y conocer el porcentaje de hallazgos patológicos en las muestras enviadas para estudio. Utilizaron un estudio descriptivo y retrospectivo. Obteniendo los siguientes resultados: donde se revisaron 60 placentas, de estas 19 (31,6%) se reportaron como normales. Las características más prevalentes fueron los cambios isquémicos y la amnionitis. No se reportó ningún hallazgo en los casos de malformación fetal. Concluyendo en que se encontraron hallazgos significativos solo en el 68% de las placentas en comparación con lo reportado en otras series, donde se encuentran alteraciones patológicas importantes en el 92% de estas.

### **2.1.2 Nacionales**

En Lima – Perú, en el año 2009, el investigador Juan de Dios Yaranga Abregú,<sup>2</sup> realizó un estudio denominado: Resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios. Dicho estudio se ejecutó en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Teniendo como objetivo determinar las principales diferencias en los resultados perinatales entre gestantes con embarazo prolongado y evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios en comparación con gestantes con embarazo prolongado. Utilizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal. Teniendo como principales resultados: el 41,7% de gestantes con embarazo prolongado tuvo evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios. Concluyendo que en gestantes con embarazo prolongado la evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios se asoció a un incremento en el riesgo de resultados perinatales adversos.

### **2.1.3 Locales**

No se encontraron estudios de este tipo a nivel local.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Ecografías en el tercer trimestre<sup>3</sup>**

El ultrasonido en obstetricia es un examen en tiempo real que se puede clasificar según la vía de uso en transabdominal y transvaginal. Su elección dependerá del tipo de examen deseado y de las características de la paciente. Además podemos clasificar la ecografía obstétrica según la cronología del embarazo, en ecografía del primer, segundo y tercer trimestre, cada una de las cuales busca una información específica en cada etapa del embarazo.

### **Indicaciones de ultrasonido en el embarazo<sup>4</sup>**

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, la restricción de crecimiento intrauterino y el parto pretérmino.

Esta prueba se realiza para observar determinados aspectos relacionados con el desarrollo del embarazo:

- Estimar el peso fetal aproximado para saber si éste está creciendo a un ritmo adecuado y descartar retrasos en el crecimiento.
- Observar la posición fetal para saber cómo está colocado el feto.
- Detectar malformaciones tardías del feto, si las hubiese.

- Observar en qué lugar se encuentra la placenta. Valorar la función placentaria para saber si la placenta funciona correctamente.
- Estudiar la situación del cordón umbilical. Examinar el funcionamiento de la arteria umbilical para saber si la oxigenación del feto es correcta.
- Medir la cantidad de líquido amniótico para valorar si es el adecuado para esta fase del embarazo.
- Valorar el perfil biofísico del feto: su frecuencia cardíaca, sus movimientos respiratorios y corporales y el tono fetal.

### **Evaluación de la placenta<sup>5</sup>**

Mediante ultrasonido la placenta puede ser reconocida hacia la novena o decima semana; sin embargo, no se habla de placenta hasta la semana 12, cuando se establece la circulación materna 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.

Hacia finales de los setenta, Grannum describió la representación ultrasonográfica del proceso de maduración

placentaria, clasificándola en cuatro grados según los cambios encontrados:

**1. Placenta grado 0:**

Se observa una placa corial lisa, sustancia placentaria homogénea y placa basal sin ecogenicidades subyacentes.

**2. Placenta grado I:**

La placa corial presenta ligeras ondulaciones, se hallan pequeñas ecogenicidades lineales con eje mayor paralelo a la placa corial, y la placa basal permanece sin modificaciones.

**3. Placenta grado II:**

La placa corial presenta ondulaciones más marcadas, hay aumento en las ecogenicidades en la sustancia placentaria y ecogenicidades lineales en la placa basal.

**4. Placenta grado III:**

Se evidencia una placa corial marcadamente ondulada, ecogenicidades de la sustancia placentaria desde la placa corial hasta la placa basal dividiendo la placenta. Aumento de las ecogenicidades basales tanto en tamaño como en número, así como presencia de calcificaciones.

Otro punto importante durante la evaluación placentaria es la localización, 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). 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. Con base en este cálculo se clasifica la placenta previa:

- **Placenta previa oclusiva total:**

- El OCI ésta totalmente cubierto por la placenta.

- **Placenta previa oclusiva parcial:**

- La placenta ocupa menos del 50% del OCI.

- **Placenta de inserción baja:**

- La placenta se encuentra a menos de 3 centímetros del OCI.

## 2.2.2. Patologías de la placenta<sup>6</sup>

Entre las principales patologías que la placenta puede presentar son las siguientes:

### 1. Mola hidatiforme

**Definición:** La mola hidatiforme es una anomalía del desarrollo de la placenta, no es frecuente.

**Anatomía patológica:** La mola se inicia en una de la placenta, acompañando a un feto normal. Se consideraba como una lesión degenerativa. Puede considerarse como una gestación patológica con un defecto primario que es un huevo frustrado. En muchos casos los ovarios tienen numerosos quistes luteínicos. Después de la expulsión de la mola los quistes involucionan y por último, desaparecen.

**Incidencia:** Se presenta una vez en cada 2000 embarazos y es más frecuentes en ciertas zonas de Asia y sur del Pacífico. Una mola coexiste con un feto en 1 embarazo de cada 12000.

### 2. Mola invasora

**Definición:** La mola invasora afecta generalmente al miometrio y tejidos vecinos, las metástasis son poco frecuentes y extensas. La mola invasora ocupa una posición intermedia entre la mola hidatiforme benigna y el cariocarcinoma, de elevada malignidad.

### **Manifestaciones características:**

1.- Crecimiento trofoblástico excesivo.

2.- Extensa penetración de los elementos trofoblásticos.

Estas molas son así localmente invasoras, aunque en general no tienen la tendencia tan marcada a producir metástasis muy difundidas. Algunas veces la mola invasora no puede diagnosticarse hasta después de practicar la histerectomía, que es el tratamiento al que se deben someter. Las molas son causa de muerte por perforación uterina y hemorragia intra abdominal masiva. No se ha determinado todavía el valor de la quimioterapia en el tratamiento de esta lesión.

### **3. Coriocarcinoma**

**Definición:** El coriocarcinoma es un tumor maligno del trofoblasto que se caracteriza por metástasis rápidas y diseminadas.

**Frecuencia:** Sólo se presenta una vez en varios millares de gestaciones, raras veces puede coexistir con la gestación, en la mayoría de los casos se desarrolla inmediatamente después de ella.

**Anatomía patológica:** Este tumor, extremo maligno procede del trofoblasto, tiende al crecimiento masivo y a la erosión de los vasos sanguíneos, invade tanto el músculo uterino como los vasos sanguíneos. La dificultad de la valoración citológica es uno de los factores que ocasionan

error en el diagnóstico. Es frecuente que las metástasis sean muy precoces y por vía sanguínea. La localización más frecuente son los pulmones, vagina, vulva, riñones, hígado, ovarios y cerebro.

#### **4. Otras anomalías de la placenta**

**Angioma de la placenta.** Se han descrito varios tumores de la placenta de muy diferentes tamaños, casi todos tienen el mismo origen, aparecen en uno de cada 100 casos. Son fundamentalmente asintomáticos y van acompañados de hemorragias antes del parto.

**Tumores metastásicos de la placenta.** Son raras las metástasis de los tumores malignos en la placenta. El más frecuente es el melanoma maligno.

**Quiistes de la placenta.** Es frecuente observar formaciones quísticas en la superficie fetal de la placenta, proceden de la membrana coriónica y ejercen una acción escasa o nula sobre el curso del embarazo y del parto.

**Tamaño, forma y peso de la placenta.** La placenta normal es un órgano aplanado, redondeado o discoide que tiene de 15 a 20cm de diámetro y de 1'5 a 3cm de espesor. En el comienzo del embarazo pesa mucho más que el embrión, pero la proporción entre estos pesos se va modificando de forma progresiva. Al término sólo tiene la sexta parte del peso del feto. Pesa unos 500g.

**Placentas múltiples en gestaciones únicas.** A veces está dividida en varias partes que pueden estar muy juntas o separadas por completo. El órgano está dividido en dos lóbulos, cuando la división es incompleta se llama placenta bipartita, si los dos lóbulos están del todo separados se llama placenta doble. Alguna vez comprende tres lóbulos, placenta triple, o en casos muy raros 7 pequeños lóbulos, placenta séptuple.

**Pólipo placentario.** Se produce cuando una parte de la placenta queda retenida después del alumbramiento, las consecuencias son hemorragias, irregularidades menstruales y dolor abdominal.

**Tuberculosis de la placenta.** Es rara en extremo, se han recopilado 44 casos en la literatura médica.

### **Tipos de placentas anormales**

- a. Placenta succenturiata. En la cual se desarrollan uno o varios lóbulos accesorios a la membrana. Esto tiene mucha importancia ya que los lóbulos quedan a veces retenidos en el útero, después de la expulsión de la placenta.
- b. Placenta membranácea. Está tan provista de sangre que da lugar a hemorragias, no se desprende fácilmente y resulta difícil la extracción manual.
- c. Placenta circunvallata. Cuando presenta una depresión central, rodeada de una zona anular

blanquecina engrosada que está situada a distancia variable de los bordes del órgano.

- d. Placenta previa. En lugar de estar localizada en la pared del útero, se desarrolla en el segmento inferior y va acompañada de hemorragias.

**Infartos.** Son las lesiones degenerativas de la placenta. Factores etiológicos: alteraciones ligadas al envejecimiento y alteraciones vasculares. Son explicables a partir del hecho de que la nutrición de las vellosidades procede más de la circulación materna que de la fetal. La placenta al término del embarazo manifiesta un envejecimiento morfológico, aunque no es un órgano que se esté muriendo.

**Calcificación de la placenta.** Dadas las frecuentes alteraciones degenerativas de la placenta no es extraño que aparezcan calcificaciones, las condiciones para que se deposite calcio en la placenta son ideales, la mayoría de las placentas tienen grados moderados de calcificación.

## 2.3 Definición de Términos Básicos

### **2.3.1 Diagnóstico ecográfico**

Es una técnica de diagnóstico por imagen que permite ver órganos y estructuras blandas del cuerpo, por medio de ondas sonoras que son emitidas a través de un transductor.

### **2.3.2 Patologías placentarias**

Son alteraciones de la placenta que pueden producirse 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.

### **III. ASPECTOS OPERACIONALES**

#### **3.1. Hipótesis**

##### **Hipótesis de Investigación**

Hi.- Los resultados de evaluación placentaria por ecografía en gestantes a término son confiables a la evaluación placentaria directa.

##### **Hipótesis Nula**

Ho.- Los resultados de evaluación placentaria por ecografía en gestantes a término no son confiables a la evaluación placentaria directa.

#### **3.2. Sistema de Variables, dimensiones e indicadores**

##### **Variable Independiente**

Evaluación Placentaria Ecográficas

##### **Variable Dependiente**

Evaluación Placentaria Directa

##### **Variable Interviniente:**

Habilidades cognitivas y procedimentales del operador ecográfico



### Operacionalización de Variables:

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	DIMENSION	INDICADORES	TIPO	ESCALA	VALOR FINAL
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b> Evaluación Placentaria Ecográficas	Estudio del grado de madurez placentaria, mediante la ecografía.	Maduración Placentaria	Grado 0	Cualitativo	Nominal	Placa corial lisa
			Grado I			Placa corial ligeras ondulaciones
			Grado II			Placa corial Ondulaciones marcadas
			Grado III			Calcificaciones
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b> Evaluación Placentaria Directa	Características anatomo patológicas de la placenta en el alumbramiento.	Placenta Patológica	Calcificaciones	Cualitativo	Nominal	SI/NO
Infartos						

## IV. MARCO METODOLOGICO

### 4.1. Dimensión Espacial y temporal

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud San Fernando, ubicado en la avenida San Fernando, distrito de Manantay, provincia de Coronel Portillo, departamento de Ucayali, durante los meses de julio a diciembre del año 2014.

### 4.2. Tipo de investigación

**Observacional**, porque no se manipulo las variables.

**Retrospectivo**: porque los datos fueron de hechos pasados.

**Transversal**: porque los datos fueron recolectados en una sola ocasión.

**Nivel descriptivo**, porque se describió la situación de las variables.

### 4.3. Diseño de investigación

Descriptivo de dos variables.

**Diagrama:**

Dónde:

**M** = corresponderá a la unidad de análisis.

**E** = evaluación.

**M.....E**

#### 4.4. Determinación del Universo / Población

**4.4.1 Población:** Para el presente trabajo de investigación la población estuvo constituida por todas las gestantes con informe ecográfico a término que fueron atendidas en el Centro de Salud San Fernando, siendo un total de 311 gestantes.

#### 4.5. Selección de la Muestra

**4.5.1 Muestra:** Para la selección de la muestra se utilizará el cálculo muestral para la población finita y conocida:

**Fórmula alfa:**

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n: tamaño muestral = ?

N: tamaño de la población = 311

z: valor de distribución de gauss:  $z_{\alpha} = 0,05 = 1,96$

p: prevalencia esperada del parámetro a evaluar: 10% = 0,1

q: 1 - p (si p = 50 %, q = 50 %) = 0,9

i: error que se prevé cometer si es del 10 %: i = 0,1

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 311 \cdot 0,1 \cdot 0,9}{0,01(311-1) + 1,96^2 \cdot 0,1 \cdot 0,9}$$

$$n = \frac{288,12}{3,9504} = 73,9$$

**n = 74 personas**

**4.5.2 Muestreo:** Probabilístico, en su modalidad aleatoria simple.

#### **4.5.3 Criterios de inclusión:**

1. Gestantes controladas en el pre natal.
2. Gestantes con Ecografía Obstétrica.

#### **4.5.4 Criterios de exclusión:**

1. Gestantes no controladas en el pre natal.
2. Gestantes sin Ecografía Obstétrica

**4.5.5 Unidad de análisis:** La unidad de análisis será cada gestante con informe ecográfico que acudió al C.S. San Fernando

### **4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recopilación de Datos**

#### **1. Técnicas de Recolección de Datos:**

**Análisis documental:** nos permitió analizar lo siguiente:

Historias Clínicas e Informe ecográfico

#### **2. Instrumentos de Recolección de Datos:**

**Ficha de recolección de datos:** mediante este instrumento, se registraron los datos, con una confiabilidad de 0,842 que se halló mediante la prueba estadística de Alpha de Cronbach, siendo altamente confiable.

### **4.7. Técnicas de Procesamientos, Análisis de Datos y Presentación de datos**

Se registraron los datos en la ficha, luego entraron a un proceso de selección y tabulación para ser vaciados en cuadros estadísticos mediante el uso del programa computarizado Microsoft Excel 2010 para su posterior interpretación, discusión y análisis respectivo, el cual nos permitió dar respuestas a nuestra hipótesis planteada, las figuras fueron mediante barras y las tablas fueron de frecuencias y porcentajes.

## V. RESULTADOS

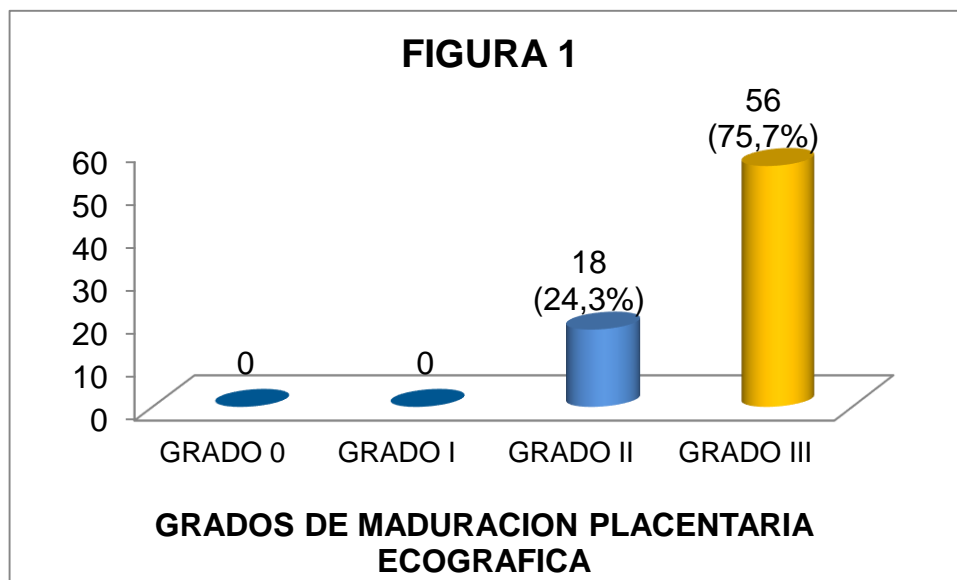
**TABLA 1.- RESULTADO DE EVALUACION PLACENTARIA POR ECOGRAFIA EN GESTANTE A TERMINO CON LA EVALUACION PLACENTARIA DIRECTA C.S. SAN FERNANDO AÑO 2014**

### GRADO DE MADURACION PLACENTARIA ECOGRAFICA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRADO 0	0	0
GRADO I	0	0
GRADO II	18	24,3
GRADO III	56	75,7
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

**Interpretación y Análisis.-** La tabla y la figura 1 se observa que evaluación placentaria por ecografía el 75,7 % era de Grado III y el 24,3 % de Grado II lo que demuestra que es más alto el porcentaje de grado III.



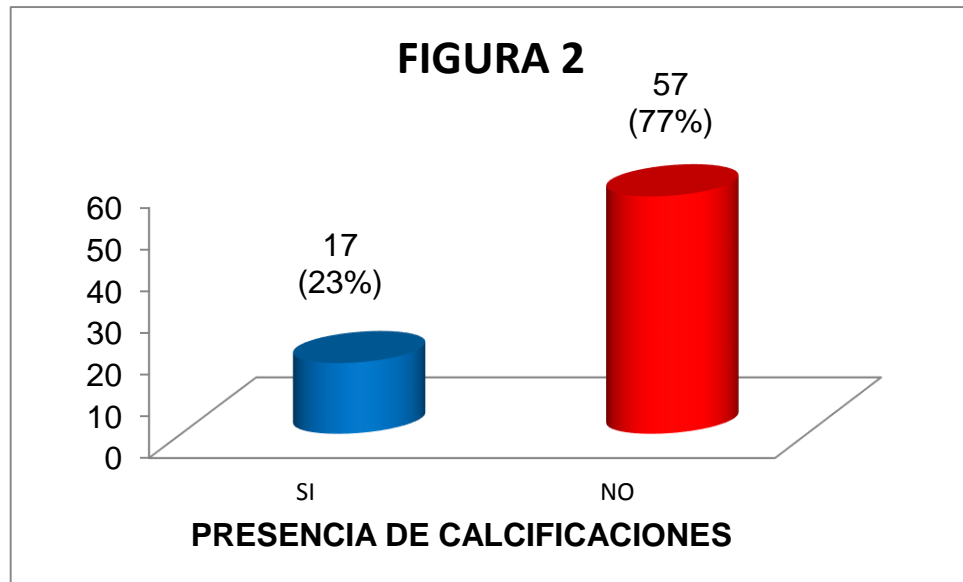
*Fuente: Tabla 1*

**TABLA 2.- RESULTADO DE EVALUACION PLACENTARIA POR ECOGRAFIA EN GESTANTE A TERMINO CON LA EVALUACION PLACENTARIA DIRECTA C.S. SAN FERNANDO AÑO 2014**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	23,0
NO	57	77,0
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

**Interpretación y Análisis.-** En la tabla y figura 2 se observa los resultados de presencia de calcificaciones: si, 17 que representa el 23 %. No, 57 que representa el 77 %.



*Fuente: Tabla 2*

## VI. DISCUSIÓN

En la presente investigación tuvimos a 74 gestantes a término las ingresaron con ecografía obstétrica al final del embarazo, de las pacientes evaluadas el 75,7 % tenían placenta grado III y el 23,3 % tenía grado II, en el post parto sucede que el 77% no tenían calcificación de grado III como decía la ecografía. Si bien es cierto hasta el momento no existe un trabajo de investigación que verifique los resultado de ecografía hasta finalizar el proceso del parto, también cave recalcar que en Hernán Cortés y Henry Muñoz, realizaron un estudio de investigación, donde hacen la verificación de la placenta, obteniendo los siguientes resultados: donde se revisaron 60 placentas, de estas 19 (31,6%) se reportaron como normales. Las características más prevalentes fueron los cambios isquémicos y la amnionitis. No se reportó ningún hallazgo en los casos de malformación fetal. Concluyendo en que se encontraron hallazgos significativos solo en el 68% de las placentas en comparación con lo reportado en otras series, donde se encuentran alteraciones patológicas importantes en el 92% en estas, siendo estos resultados parecidos y significativos con nuestra investigación.

Juan de Dios Yaranga Abregú, en su estudio denominado: Resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios, tuvo como resultados: el 41,7% de gestantes con embarazo prolongado tuvo evidencia ultrasonografía de calcificaciones placentarias y oligohidramnios; a pesar que estas investigaciones estudian la placenta no es trabajo con el que se pueda hacer una discusión como será lo adecuado , pero si los resultados nos ayudan a fortalecer la investigación.

## **VII. CONCLUSIÓN**

Las ecografías obstétricas si bien es cierto es un instrumento de apoyo en la atención prenatal es también importante que la misma nos permita tener un resultado confiable para que el de embarazo no tenga complicaciones o sea detectado prematura mente y con respecto a los grados de calcificación.

Al inicio de la investigación lo que quería demostrar que los resultados de evaluación placentaria por ecografía en gestantes a término son confiables a la evaluación placentaria directa; lo que no se pudo hacer porque los resultados fueron adversos lo que hizo validar la hipótesis nula que decía que los resultados de evaluación placentaria por ecografía en gestantes a término no son confiables a la evaluación placentaria directa.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Que las ecografías obstétricas sean realizadas por especialistas, para poder evitar el mínimo de errores en la realización de la misma.
- Que realizaran otro estudio como este para poder identificar a especialista que son más certeros y confiables para la ecografía obstétrica.
- Sería conveniente que el evaluador debería estar en el momento de la evaluación directa para poder tener un dato más específico.



## **VI. Referencias Bibliográficas**

---

- 1 Hernán Cortés y Henry Muñoz. Utilidad clínica del estudio anatómico patológico de la placenta en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Colombia; 2010. pp. 45-51.
- 2 Juan de Dios Yaranga Abregú. Resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú; 2009. pp. 35-42.
- 3 Kiserud T. Biometric assessment. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2009; 23. pp. 819-831.
- 4 C. Hervenak. Medical Legal Issues in Obstetric Ultrasound. Clin Perinatol. 2007; 34: pp. 299-308.
- 5 Callen P. W. Ecografía en obstetricia y ginecología. 5a ed. 2009; (3-4). 60 p.
- 6 Jorge Sánchez Olmedo. Obstetricia Teórica. Placenta. México; 2012. pp. 46-57.