

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

HUANUCO

ESCUELA DE POST GRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



PROYECTO DE TESIS

TÍTULO:

**FACTORES QUE INFLUYEN LA PLACENTA PREVIA EN GESTANTES
DIAGNOSTICADAS MEDIANTE ECOGRAFIA QUE ACUDEN HOSPITAL**

APOYO ILAVE-PUNO ENERO ABRIL 2015

AUTORA:

AUTORA. Yesinia LAZO HERRERA

ASESOR: Mg. Víctor QUISPE SULCA

HUÁNUCO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A mi esposo Miguel por su constante apoyo incondicional, mis hijos queridos, mis padres, por haberme brindado todo su apoyo, cariño y comprensión.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo se pudo realizar gracias a la colaboración del personal de salud encargado del servicio de Admisión y Estadística del Hospital Apoyo llave”, con quienes compartí tardes de trabajo en la revisión y recolección de datos, además participaron las señoras obstetras del servicio de Ginecología y Obstetricia del nosocomio, quienes nos ayudaron en la recolección de las historias perinatales, de los casos revisados.

Gracias también a mi familia por su apoyo incondicional moral y material.

LA AUTORA

INDICE

INDICE.....	Pág. 1
RESUMEN.....	Pág. 4
INTRODUCCIÓN.....	Pág. 6
CAPITULO I:	Pág. 8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	Pág. 8
1.1. Fundamentación del problema.....	Pág. 8
1.2. Formulación del problema.....	Pág. 13
1.2.1. General	
1.2.2. Especifico	
1.3. Objetivos de la investigación.....	Pág. 13
1.3.1. General	
1.3.2. Especifico	Pág. 14
1.4. Justificación e Importancia.....	Pág. 14
1.5. Limitaciones de la investigación.....	Pág. 15
CAPITULO II:	Pág. 16
2. MARCO TEORICO.....	Pág. 16
2.1 . Antecedentes de la investigación.....	Pág. 16
2.1.1 Internacionales	

2.1.2 Nacionales.....	Pág. 17
2.1.3 Locales	
2.2 Bases Teóricas de la investigación.....	Pág. 18
2.3 Definición de Términos.....	Pág. 36
<u>CAPITULO III:</u>	Pág. 37
ASPECTOS OPERACIONALES	
3. HIPOTESIS.....	Pág. 37
• Hipótesis General.....	Pág. 37
• Hipótesis Especificas.....	Pág. 38
3.2. Sistema de las variables (que viene hacer la matriz de la investigación).....	Pág. 38
<u>CAPITULO IV:</u>	Pág. 39
MARCO METODOLÓGICO	Pág. 39
4.1 Dimensión Espacial y Temporal.....	Pág. 39
4.2. Tipo de investigación.....	Pág. 39
4.3. Diseño de Investigación.....	Pág. 40
4.4. Determinación del Universo /Población.....	Pág. 40
4.5. Selección de muestra.....	Pág. 40
4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de recolección de Datos.....	Pág. 41
4.7. Técnicas de Procesamiento, Analisis de Datos y Presentación de Datos.....	Pág. 41

<u>CAPITULO V:</u>	Pág. 42
5. RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	Pág. 42
5.1. Resultados	Pág. 42
5.2. Discusiones.....	Pág. 52
5.3. Conclusiones.....	Pág. 54
5.4. Recomendaciones.....	Pág. 55
5.5. Referencias bibliográficas.....	Pág. 56
5.6. Anexos.....	Pág. 58

RESUMEN

Objetivo. Identificar las Características clínicas y epidemiológicas de las gestantes que presentan placenta previa (PP). Diseño, descriptivo, retrospectivo y transversal. Lugar, Hospital de Apoyo Ilave, Puno Departamento de Obstetricia. Materiales y métodos.

Se presentaron 18 casos de Placenta Previa Comprobados por ecografía.

RESULTADOS, Incidencia acumulada 0.65%, el grupo etáreo más afectado es el de 30-45 años 71% de casos, 55% (10) presentaron antecedente de Placenta Previa, 56% fueron gran multíparas las que presentaron Placenta previa y 50% de las pacientes que presentaron placenta previa tuvieron más de 2 legrados Uterinos.

SUMMARY

Objective. Identify the clinical and epidemiological of pregnant women who have placenta previa (PP) features . DESIGN, descriptive, retrospective and cross . PLACE wrench Support Hospital , Department of Obstetrics . Materials and Methods 18 cases of PP checked by ultrasound were presented.

RESULTS Cumulative incidence 0.65 % , the group most affected hectáreo 30-45 years 71 % of cases , 55 % (10) had a history of Placenta Previa, 56 % were those that showed great multiparous PP and 50 % of patients placenta previa had presented more than 2 Uterine curettage .

Introducción

La hemorragia ante parto es una grave complicación obstétrica que potencialmente amenaza la vida del binomio madre –niño, esta anormalidad puede causar hemorragia profusa, desprendimiento prematuro del placenta, parto pre término y cesárea de emergencia. Es más frecuente en multíparas, pacientes con cesárea previa o procedimientos quirúrgicos previos en el útero.

La hemorragia durante la gestación, es una de las tres principales causas de muerte materna, en Perú, definida en la línea basal de mortalidad materna, además de las enfermedades Hipertensivas del embarazo y la sepsis materna como complicación de las infecciones durante la gestación.

El diagnóstico se realiza en la historia clínica que revele factores predisponentes, el examen físico y la ecografía.

La hemorragia es una grave amenaza para la vida materna así como para el producto de la concepción. La incidencia de este problema es variable en distintos lugares.

Es de suma importancia conocer la incidencia de la placenta previa en este hospital puesto que no hubo estudios previos sobre el tema y porque este es posible evitar sus nefastas consecuencias para la salud materna si se realiza un diagnóstico precoz y no cuando ya es demasiado tarde.

**FACTORES QUE INFLUYEN LA PLACENTA PREVIA EN
GESTANTES DIAGNOSTICADAS MEDIANTE ECOGRAFIA, QUE
ACUDEN HOSPITAL APOYO ILAVE-PUNO ENERO- ABRIL -
2015**

I. CAPITULO

1.1.- DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En el Perú la inserción placentaria anormal constituye un grupo de entidades clínicas que en los últimos años han tomado gran relevancia puesto que son una de las principales causas de hemorragia obstétrica. Actualmente la hemorragia obstétrica supera los trastornos hipertensivos del embarazo y alcanza el primer lugar de mortalidad materna en nuestro país.

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

La inserción de la placenta en el segmento uterino, también llamado placenta previa, oscila entre el 0.33 y el 2.6%, sin embargo, su presentación real es difícil de establecer dado que se suelen utilizar una gran variedad de métodos en su evaluación y criterios diagnósticos diferentes. Su etiología es desconocida, hasta el momento se han identificado diversos factores de riesgo que determinan la posibilidad de su presentación y existe consenso para afirmar que las lesiones del endometrio y del miometrio crean las condiciones necesarias para una implantación anormal del huevo o cigoto, lugar donde se iniciara la formación de la placenta y vascularización correspondiente. Se ha observado que de acuerdo al número de cesáreas el riesgo aumenta, otros factores asociados son edad materna mayor de 35 años, multiparidad, raza negra y asiática, número de abortos, embarazo múltiple, tabaquismo y adicción a la cocaína desde de un punto de vista clínico en la placenta previa se puede distinguir tres grupos de pacientes. Forma clásica con hemorragia ante parto, asociado a una presentación del feto al final del embarazo diferente a la cefálica, o de forma asintomática aunque identificada mediante ecografías de rutina; también se puede clasificar en grados, siendo “mayor” cuando el borde inferior de la placenta se implanta parcial o totalmente sobre el orificio cervical interno del cérvix uterino, o “menor” cuando la implantación no se relaciona con el mismo; existen placentas que parecen ser previas, pero denominadas de “menor grado”, ya que “hacienden” o “migran” a medida que se desarrolla el segmento inferior y terminan localizándose hacia el final de la gestación en una posición normal. La clasificación más conocida de placenta previa se presenta en el apartado de clasificación de enfermedad. Como se mencionó anteriormente la placenta previa puede asociar hasta en el 60% de los casos

con placenta acreta por el clínico deberá estar familiarizado con la clasificación histo anatómica basada en la profundidad de penetración de las vellosidades trofoblasticas al miometrio.

La forma acreta (75% de los casos) se caracteriza por la penetración superficial de las vellosidades en el miometrio, mientras que en la forma increta (15%) existe una penetración de estos. por ultimo en la forma percreta (10%) las vellosidades atraviesan el miometrio y alcanzan la serosa e incluso los órganos pélvicos.

En la actualidad el diagnóstico de la mayoría de los casos con placenta previa es realizado mediante ecografía; con la utilización complementaria de la ecografía transvaginal es posible establecer subtipos bien definidos con valor pronóstico para ser aplicados en decisiones clínicas durante el segundo y tercer trimestre de la gestación, estos sub tipos se basan en la distancia entre el “orificio cervical interno” (OCI) y el “Borde placentario” (BP) , medido en milímetros. Recientemente se ha propuesto abandonar la nomenclatura clásica de placenta previa como: central total, parcial, marginal etc.; debido a que carece por completo de capacidad pronostica del padecimiento.

Las contracciones uterinas fisiológicas de Braxton-Hicks (más frecuentes e intensas a partir de la trigésima semana) pueden desprender una “lengüeta” de la placenta, esto ocasiona un estiramiento del borde inferior de las membranas y la apertura de los senos venosos uterinos que provocan la hemorragia. Sin embargo, este mecanismo no explica el sangrado que existe cuando el Borde placentario inferior rebasa en su totalidad al “orificio cervical interno” OCI, dado que la superficie membranosa suelen ser simétricas; en estos casos se sugiere

la existencia de una separación entre la placenta y el miometrio debido a un asincronismo entre el desarrollo del segmento inferior que prosigue su ampliación los últimos tres meses, y la superficie placentaria, crece mucho más despacio y alcanza su máximo desarrollo hacia la semana 36 cuando hay actividad uterina, el segmento inferior se desliza desde abajo hacia arriba sobre la superficie de las membranas, con la consecuente retracción de las fibras miometriales, desprendiendo en forma progresiva un fracción cada vez más grande de placenta.

El origen de la hemorragia en los casos de Placenta Previa esta tanto materna como fetal. Del lado materno, después del desprendimiento placentario marginal, los senos venosos de la decidua quedan temporalmente abiertos por que la retracción muscular que asegura normalmente la hemostasia no puede producirse antes de la expulsión fetal.

La participación fetal en las hemorragias de Placenta Previa ha sido estimada alrededor del 4 al 10%, es producido por desgarro de las vellosidades, lo que favorece el paso de eritrocitos fetales haciéndose presentes tanto en las perdidas transvaginal sanguíneas como en la circulación materna. Una hemorragia fetal aguda de más de 50 ml. amenaza la vida del feto porque su volumen sanguíneo no sobre pasa los 85 a 100ml /kg. Repetidas perdidas sanguíneas pueden conducirlo a una anemia crónica, con alteraciones en la perfusión de todos los órganos, y consecuencias a corto, mediano y largo plazo, pero particularmente con un gran riesgo de presentar un desarrollo neurológico sub óptimo.

A largo plazo la placenta desprendida muere lo que conlleva a un proceso de fibrosis, disminución de la superficie funcional, reducción en la capacidad de la membrana para el intercambio de gases y nutrientes, y repercusiones fetales: anemia fetal crónica, restricción del crecimiento intra uterino y muerte fetal.

Por ultimo entre las anomalías de los vasos fetales se encuentra condición denominada “vasa previa” se refiere al trayecto de vasos sanguíneos fetales sin la protección habitual de la placenta o del cordón umbilical, a través de las membranas fetales ya sea a nivel del Orificio cervical interno o por debajo de la parte fetal y manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales se avoca a la pelvis. Esta anomalía puede originarse de una inserción velamentosa de cordón en una placenta simple o bilobulada o también de un recorrido directo de vasos sanguíneos fetales entre los lóbulos de la placenta hacia uno más accesorios su incidencia es rara (por cada 2,000 a 6,000 embarazos), aunque su presencia constituye una condición de gravedad para el feto, puesto que de existir una hemorragia, será totalmente fetal. El sangrado en el Borde Placentario no amenaza seriamente la integridad de la madre. Al existir una amniorrexis(natural o artificial) los vasos sanguíneo se encuentran expuestos a la ruptura, con la hemorragia concomitante. Su presentación clínica clásica es la hemorragia aguda tras la ruptura de membranas, acompañada de trastornos en el registro cardiotocografico, en estas circunstancias se asocia a una mortalidad perinatal hasta del 60%; sin embargo de detectarse de forma prenatal, la sobrevivencia alcanza hasta el 97% de los casos.

1.2 FORMULACION DEL PLOBLEMA

PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores que influyen en la placenta previa en gestantes diagnosticadas mediante ecografía que acuden Hospital apoyo llave/ Puno enero - abril 2015?

PROBLEMAS ESPECIFICOS

1. ¿Cuál es la relación que existe entre los factores personales maternas en el diagnóstico de placenta previa en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital de llave.?
2. ¿Cuál es la relación que existe entre el número de gestaciones y placenta previa en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Apoyo llave?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar factores que influyen las anomalías de inserción placentaria en gestantes encontradas mediante ecografía que acuden hospital apoyo llave

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Establecer la relación que existe entre los factores personales maternas en el diagnóstico de placenta previa en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital de llave

- Determinar la relación que existe entre el número de gestaciones y placenta previa en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Apoyo llave.

1.4 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

Como todo estudio que trate de conseguir un mejor bienestar para el binomio madre-hijo hacen de la presente investigación un estudio de gran valía por los aportes importantes que se puedan obtener con esta investigación con el fin de dar en el futuro un niño, joven y adulto saludable. La ecografía ha sido una herramienta diagnóstica barata, inocua, rápida y fundamental para la detección de anomalías placentarias la cual nos llevara a tomar decisiones oportunas en el manejo de la sintomatología y tomar decisiones, derivar oportunamente a la gestante a establecimientos o centros de salud con mayor capacidad resolutive, y así evitar la morbi-mortalidad materna.

A ser más resolutivos y eficientes en el manejo de la sintomatología del paciente, no solo con el diagnóstico que nos pueda aportar el estudio ecográfico del paciente si no también con la patología descartar

LIMITACIONES

El estudio se encuentra limitado a partir de varias características propias de la Institución donde se realiza el estudio, como también del carácter del mismo.

De igual manera, los factores asociados que se identificarán para cada paciente se han tomado con base a las capacidades diagnósticas y de manejo de la institución hospitalaria en la que se realizará el estudio.

CAPITULO II

II.-MARCO TEORICO

2.1.1.- ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Prof. Dr. Roberto Cassis (Guayaquil – Ecuador) " Actualmente con el uso de la ecografía flujo a color y doppler podemos diagnosticar placenta previa con acretismo marcado de la misma (que es mayor el riesgo en mujeres con cesáreas previas) y en esta situación al realizar la cesárea podemos dejar la placenta en su sitio(como en el caso de un embarazo abdominal) ligando el cordón umbilical los más próximo a la base, este tratamiento ha tenido éxito cuando la hemorragia no ha obligado a tomar medidas quirúrgicas más agresivas."... ".Aunque no se conoce una causa específica existen factores que incrementan su frecuencia como son: avanzada edad materna, la multiparidad, cesárea anterior (mayor número de cesárea el riesgo es mayor), el hábito de fumar. La incidencia de placenta previa se incrementa marcadamente (60-65%) en gestantes con cesáreas previas y antecedente de placenta previa".

MD Wilmar García Sacipa (Bogotá-1996) Instituto Materno Infantil

Sangrado genital de aparición súbita, rutilante e indolora. Se presenta en 30 % antes de la semana 30, 30% entre 30.35 semanas, 30 % antes del trabajo de parto y 10 % aparecen durante el sin episodios previos de sangrado. El tacto vaginal en manos expertas identifica 60 % de las placentas previas, con shock hipovolémico.

La ecografía es un paso necesario para el diagnóstico de la placenta previa excepto en los casos de inestabilidad hemodinámica que requiera resolución quirúrgica inmediata del sangrado. La ecografía tras vaginal hace el diagnóstico más preciso de la entidad en los casos en los cuales no es posible definir con claridad el orificio cervical interno, evitando los falsos negativos y positivos

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Ginecoobstetra-asistente del servicio ARO del IEMP docente de la facultad de medicina San Fernando UNMSM departamento académico de ginecoobstetricia.

La hemorragia anteparto es una grave complicación obstétrica que potencialmente amenaza la vida del binomio madre niño y que pone a prueba las mejores unidades obstétricas para lograr su solución.

En el Perú hemorragia anteparto junto con la hemorragia posparto representa la primera causa de muerte materna a nivel nacional.

2.1.3.- ANTECEDENTES LOCALES

No se encontró estudios relacionados al tema.

2.2.- BASES TEORICAS

2.1.- ANTECEDENTES

Placenta previa

Ocurre cuando la placenta se implanta en un lugar anómalo en el segmento uterino inferior del útero, ya sea total o parcialmente, de modo tal que limita las

dimensiones de esta región, obstruyendo el orificio cervical interno y dificultando la salida, del feto.

De hecho, constituye una de las causas de las denominadas hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Aunque, alrededor del 25% de los casos no produce síntoma alguno.¹

FRECUENCIA E INCIDENCIA

Frecuencia

Su frecuencia es aproximadamente de 1/200 partos (0.5 por 100) habiendo sido descrita por Maillet del 0.33 al 2.6 por 100.

Sin embargo en los últimos 5 años una frecuencia de 1/158 partos.

Esta incidencia varía dependiendo del método de diagnóstico

La placenta previa ocurre más frecuentemente en multíparas, tanto más cuanto mayor sea el número de gestaciones de una misma paciente. La incidencia de la placenta previa aumenta con la edad materna, y las recidivas en embarazos ulteriores no sobrepasan 1-3 por 100.

Frecuencia de las diferentes clases de placenta previa

a. Placenta previa total: 23-31%

b. Placenta previa parcial: 21-33%.

¹<http://www.monografias.com/trabajos62/placenta-previa/placenta-previa.shtml#ixzz3kAnaW4BY>

c. Placenta previa marginal: 37-55%

Incidencia

Incidencia de la placenta previa.

a. 1/250 embarazos posteriores a la semana 24 de la gestación .

b .1/1500 nulíparas .

c. 1/20 multíparas.

La incidencia está influida por la edad gestacional en el momento del diagnóstico

a. el diagnóstico ecográfico de la placenta previa durante el segundo trimestre de la gestación es del 5%.

b. en el parto a término, el diagnóstico ecográfico de la placenta previa es de 0.5%.

c. si se demuestra una placenta previa en una ecografía efectuada a las 26-28 semanas de la gestación, lo más probable es que el trastorno persista hasta el parto, por lo que debe recomendarse a la paciente tome las oportunas medidas preventivas.

La frecuencia de recurrencias de la placenta previa es de 12 veces la incidencia teórica.

Morbilidad y mortalidad perinatales:

1. la morbilidad perinatal es menor de 10%.

2. la causa primaria de morbilidad y mortalidad prenatales es la prematuridad .Así mismo, el aumento de la mortalidad perinatal se asocia a hemorragia precoz, grandes pérdidas de sangre y antecedentes de placentas previas de tamaño mayor.

3. en las pacientes con placenta previa son 2-4 veces más frecuentes las malformaciones congénitas.

IV. CLASIFICACIÓN

Las diferentes variedades se definen según se sitúe el borde inferior de la placenta con respecto al orificio cervical interno .Son las siguientes :

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

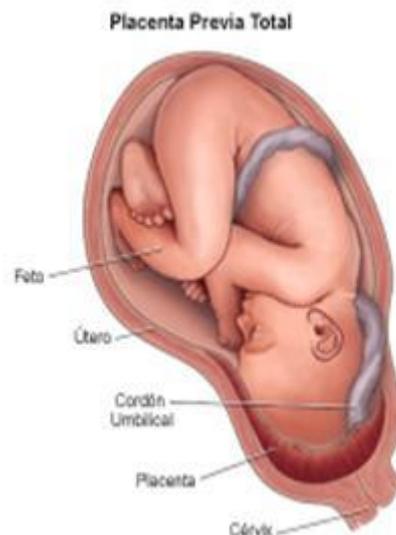


Figura nº 1

2. **Placenta previa parcial:** la placenta cubre solo una parte del orificio cervical interno.

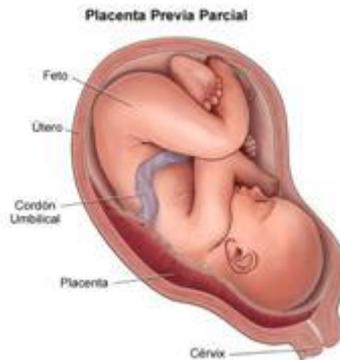


Figura nº 2

3. **Placenta previa marginal:** el borde de la placenta coincide con el orificio cervical interno pero sin asomar por el.
4. **Placenta previa lateral.** O de inserción baja cuando el borde de la placenta se halla a unos 5cm del OCI.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La placenta tiene bordes irregulares y es más grande y delgada que lo normal. Los cotiledones aberrantes son más frecuentes placenta succenturiata y las membranas son muy friables. El cordón umbilical suele ser excéntrico y adoptar la forma de inserción velamentosa, lo que va acompañado frecuentemente de vasa previa. Tras el parto, las membranas se encontraran desgarradas en el reborde placentario en las placentas marginales, y en las de inserción baja a una distancia menor de 10cm.

La placenta previa se asocia a acretismo placentario en un 5por de casos las vellosidades coriales se adhieren al miometrio placenta acreta, o la invaden placenta increta, o la penetran placenta percreta, alcanzando la serosa

peritoneal o, incluso, la cavidad abdominal. El segmento inferior, lugar de asentamiento de la placenta, presenta una fuerte vascularización .En virtud de la escasa reacción decidua a ese nivel, las vellosidades invaden en ocasiones su pared, que se hace menos elástica y más frágil.

La placenta con frecuencia esta adelgazada y más extendida en su superficie .En ocasiones pueden existir uno o más cotiledones aberrantes o presentarse en forma de placenta bilobular, siendo uno de esos cotiledones o lóbulos los de inserción anómala .Por este motivo es frecuente que se asocie a la placenta previa un grado mayor o menor de placenta acreta (5-10% de los casos).La cara materna de la placenta muestra los surcos intercotiledóneos muy poco acusados.

Microscópicamente, la placenta suele ser normal.

ETIOPATOGENIA

Causas

La etiopatogenia de la placenta previa no es del todo conocida .Generalmente se admiten dos posibilidades etiológicas; la primera estaría vinculada al propio huevo cigoto, la segunda, al terreno sobre el cual se realiza la implantación.

Causas ovulares:

Al exponer el embarazo tubárico, señalamos que una de las causas etiológicas posibles era el desarrollo precoz de la actividad histológica del trofoblasto. Un retardo en dicha función podría, por la misma razón , ser la causa de la anidación en el segmento inferior , e incluso , en muy raros casos , en el cérvix (embarazo ectópico cervical).

Una variedad de naturaleza ovular sería la placenta capsular. La zona del trofoblastos, que habitualmente se pone en contacto con la decidua capsular transformándose en corion liso, no realiza esta transformación, por lo que el corion frondoso se extiende recubriendo gran parte del saco amniótico. Para que aquella zona del corion se desarrolle, es necesaria una buena vascularización de la decidua capsular.

Como causas ovulares también podrían considerarse las derivadas de un desarrollo anormalmente grande de la placenta por aumento de las necesidades fetales (gemelos) o por procesos específicos que afectan a los vasos vellositarios, interfiriendo en la nutrición fetal(diabetes ,etc.).

Causas maternas

Son prácticamente causas uterinas y probablemente los más frecuentes factores etiológicos de la placenta previa. El huevo cigoto, al llegar a la cavidad uterina, no encuentra zona de implantación apropiada de la decidua y siguiendo su descenso, terminara por anidar en el segmento inferior (implantación primitiva); en otros casos, las dificultades de nutrición posteriores a la implantación ortotópica harían extenderse en su superficie a la placenta (implantación secundaria).

Entre otras posibles causas de la placenta previa se incluyen:

- ❖ Un endometrio cicatrizado (el forro del útero)
- ❖ placentas macrosómicas.
- ❖ Un útero anormal.

- ❖ Mujeres con cicatrización en la pared uterina producidas en embarazos anteriores.
- ❖ Mujeres con fibromas u otras anomalías del útero.
- ❖ Una formación anormal de la placenta.

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es aquello que aumenta la probabilidad de adquirir una enfermedad o afección. Los factores de riesgo incluyen:

- 1) Mujeres multíparas, en las que la zona de inserción placentaria de las sucesivas gestaciones va siendo substituida por tejido cicatricial, restando terreno apto para la implantación de la zona habitual.
- 2) Edad materna avanzada
- 3) Cicatrices uterinas, producidas por operaciones anteriores (miomectomía, cesáreas anteriores, operaciones plásticas por malformaciones uterinas).
- 4) Abortos de repetición o legrados uterinos enérgicos que impiden la regeneración del endometrio en zonas de cavidad uterina.
- 5) Gestación múltiple (dos o más fetos)
- 6) Miomas submucosos y pólipos endometriales .Alteraciones funcionales de la mucosa, sinequias intrauterinas o endometriales residuales localizadas.

Otros factores de riesgo

Tabaquismo, cocaína, raza negra y asiática, sexo masculino del feto e historia previa de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta.

- Al analizar los datos del Collaborative Perinatal Project of nacional Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke sobre más de 55 000 nacimientos, observó que la placenta de las fumadoras presentaba una mayor frecuencia de necrosis e inflamación así como el desprendimiento de placenta y la placenta previa figuran entre las complicaciones más frecuentes del embarazo relacionado con el consumo de tabaco.

Frecuencia de los trastornos placentarios por 1000 nacimientos entre fumadoras y no fumadoras y fumadoras que se abstuvieron de fumar durante el embarazo

	Nunca fumaron	Dejaron de fumar	Fumaron durante el embarazo
Desprendimiento de placenta	16.9	18.7	24.2
Placenta previa	5	5.5	8.2

Según los estudios realizados se ha señalado que la incidencia de la placenta previa, se incrementó en un 143 por 100, en las madres que fumaron.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS (SÍNTOMAS)

Metrorragia:

Es el síntoma fundamental; tan elevada es su frecuencia, que el clásico axioma clínico " toda metrorragia del tercer trimestre del embarazo es una placenta previa", mientras no se demuestre lo contrario sigue teniendo validez.

Características:

- Se inicia usualmente a partir de las 24-28 semanas de gestación .Sólo en el 30% de los casos ocurre antes del tercer trimestre.
- Su aparición es brusca, e inopinada, a veces en el más absoluto reposo e incluso durante el sueño. No va acompañada de dolor; la gestante se siente repentinamente " húmeda", piensa que ha tenido una rotura extemporánea de la bolsa de las aguas, y al tratar de comprobarlo se encuentra con que el líquido es sangre.
- La sangre expelida es roja líquida rutilante su cuantía es moderada, (excepcionalmente sobrepasa 500ml).
- Existe tendencia a la hemostasis espontánea, por lo que, con la ayuda del reposo, el cuadro hemorrágico cede a veces de forma tan brusca como apareció .Sin embargo, lo habitual es que la hemorragia se repita con pérdidas progresivamente crecientes e intervalos cada vez más cortos pero en mayor cuantía.

La placenta previa no supone por lo general riesgo para el bebé, pero sí para la madre, sobre todo si la hemorragia es intensa. Hay ocasiones en que es

necesario recurrir a transfusiones. En la inmensa mayoría de los casos la placenta previa implica la práctica de la cesárea para extraer al bebé.

DIAGNÓSTICO

Tipos de diagnostico

- ❖ **Diagnóstico Precoz o Asintomático:** cuando la madre controla su embarazo hacemos el diagnóstico antes de que se presenten los síntomas y podemos sugerir medidas preventivas para evitar que se produzcan sangrados en el futuro. En embarazos precoces diagnosticamos esta condición en 7% de las embarazadas pero manifestarán el problema solo 0.5%. Esto se debe a que a medida que el embarazo avanza y el útero crece, la placenta, que inicialmente estaba "baja" va ascendiendo y alejándose del orificio cervical interno. Esta es la razón por la cual no utilizamos el diagnóstico de Placenta Previa antes de la semana 20 del embarazo, usualmente reportamos la condición como placenta "baja" para que el obstetra esté al tanto de un problema potencial y le haga un seguimiento adecuado.
- ❖ **Diagnóstico Tardío o Sintomático:** típicamente la paciente consulta con un embarazo mayor de 20 semanas presentando sangrado vaginal indoloro que comenzó sin razón ni causa aparente. La hemorragia suele ser inesperada; aunque inicialmente se presenta como un manchado discreto existe una tendencia a la recurrencia días o semanas después y en cantidades cada vez mayores. Los movimientos del bebé son normales y la paciente se siente bien salvo por la

preocupación que le ocasiona el sangrado vaginal (si la hemorragia ha sido profusa puede manifestar debilidad, mareo, palpitaciones). Puede que se asocien contracciones uterinas dolorosas con el sangrado. **Bajo ningún respecto realizamos un tacto ginecológico** (esto podría ocasionar un sangrado de mayor magnitud) y en casos seleccionados colocamos un espéculo para determinar el origen intrauterino del sangrado. Inmediatamente la paciente es pasada a Sala de Ecografía para el diagnóstico definitivo.

Puede lograrse mediante:

Pruebas de Laboratorio:

Hemograma completo, grupo sanguíneo y pruebas cruzadas en caso de ser necesaria una transfusión.

Se harán exámenes de sangre para saber si hay anemia (conteo de sangre baja) y para saber su tipo de sangre. Tal vez una transfusión de sangre sea necesaria si usted ha sangrado y el conteo de sangre sea muy bajo. Es posible recibir una transfusión de su propia sangre. Si su hematocrito (cuenta de sangre) es de 34% o más mientras está embarazada, tal vez pueda dar sangre antes del parto.

Cuando hay un sangrado y tanto la sangre de la madre como del bebé, la madre produce anticuerpos los cuales dañan a las células rojas del bebé. La inmunoglobulina Rh evita que esto suceda. El sulfato de magnesio es una medicina que se aplica en la vena a través de una infusión intravenosa

.Cuando esta medicina se da por primera vez , la paciente talvez sienta nauseas , mareos , etc.

Técnicas de imagen

Ecografía (transabdominal) para determinar la localización y condición de la placenta y el estado fetal.

El diagnóstico se realiza fundamentalmente por ecografía. Pueden aparecer signos clínicos como metrorragias y complicaciones que pongan en riesgo al feto o a la madre, como una hemorragia masiva, tromboembolia y shock. Sin embargo, el pronóstico suele ser bueno si se maneja adecuadamente.

En la ecografía se puede ver la ubicación de la placenta y la porción que está sobre el cuello uterino. Una ecografía vaginal puede ser más precisa en el diagnóstico.

Aunque la ecografía evidencie una placenta baja durante los primeros meses del embarazo, sólo pocas mujeres desarrollarán una verdadera placenta previa. Es común que la placenta se desplace hacia arriba y descubra el cuello uterino a medida que el útero aumenta de tamaño, esto se llama migración de la placenta

Pruebas específicas

Prueba de Kleihauer -Betke para determinar transfusión feto materna.

Procedimientos diagnósticos:

Anamnesis, ecografía.

Historia de la ecografía

El llamado ultrasonido abarca el espectro de frecuencias sonoras que superan los 20.000 ciclos, el cual es el límite máximo de frecuencia percibida por el oído humano.

En la naturaleza encontramos desde tiempos inmemoriales animales que utilizan el ultrasonido como medio de orientación, comunicación, localización de alimentos, defensa, etc. Ejemplos de animales que utilizan el ultrasonido son: Polillas, marsopas, pájaros, perros, murciélagos y delfines.

A continuación haremos una breve reseña histórica de los principales acontecimientos que han marcado el progreso del ultrasonido en el campo médico.

En 1881, Jacques y Pierre Curie publicaron los resultados obtenidos al experimentar la aplicación de un campo eléctrico alternante sobre cristales de cuarzo y turmalina, los cuales produjeron ondas sonoras de muy altas frecuencias.

En 1883 apareció el llamado silbato de Galton, usado para controlar perros por medio de sonido inaudible a los humanos.

En 1912, abril, poco después del hundimiento del Titanic, L. F. Richardson, sugirió la utilización de ecos ultrasónicos para detectar objetos sumergidos.

Entre 1914 y 1918, durante la Primera Guerra Mundial, se trabajó intensamente en ésta idea, intentando detectar submarinos enemigos.

En 1917, Paul Langevin y Chilowsky produjeron el primer generador piezoeléctrico de ultrasonido, cuyo cristal servía también como receptor, y generaba cambios eléctricos al recibir vibraciones mecánicas. El aparato fue utilizado para estudiar el fondo marino, como una sonda ultrasónica para medir profundidad.

En 1929, Sergei Sokolov, científico ruso, propuso el uso del ultrasonido para detectar grietas en metal, y también para microscopía.

Entre 1939 y 1945, durante la Segunda Guerra Mundial, el sistema inicial desarrollado por Langevin, se convirtió en el equipo de norma para detectar submarinos, conocido como ASDIC (AlliedDetectionInvestigationCommittes). Además se colocaron sondas ultrasónicas en los torpedos, las cuales los guiaban hacia sus blancos. Más adelante, el sistema se convertiría en el SONAR (SoundNavegation and Ranging), cuya técnica muy mejorada es norma en la navegación.

En 1940, Firestone desarrolló un reflectoscopio que producía pulsos cortos de energía que se detectaba al ser reflejada en grietas y fracturas.

En 1942, Karl Dussik, psiquiatra trabajando en Austria, intentó detectar tumores cerebrales registrando el paso del haz sónico a través del cráneo. Trató de identificar los ventrículos midiendo la atenuación del ultrasonido a través del cráneo, lo que denominó "Hiperfonografía del cerebro".

En 1947, Dr Douglas Howry, detectó estructuras de tejidos suaves al examinar los reflejos producidos por el ultrasonido en diferentes interfaces.

En 1949 se publicó una técnica de eco pulsado para detectar cálculos y cuerpo extraños intracorpóreos.

En 1951 hizo su aparición el Ultrasonido Compuesto, en el cual un transductor móvil producía varios disparos de haces ultrasónicos desde diferentes posiciones, y hacia un área fija. Los ecos emitidos se registraban e integraban en una sola imagen. Se usaron técnicas de inmersión en agua con toda clase de recipientes: una tina de lavandería, un abrevadero para ganado y una torreta de ametralladora de un avión B-29.

En 1952, Howry y Bliss publicaron imágenes bidimensionales del antebrazo, en vivo.

En 1952, Wild y Reid publicaron imágenes bidimensionales de Carcinoma de seno, de un tumor muscular y del riñón normal. Posteriormente estudiaron las paredes del sigmoide mediante un transductor colocado a través de un rectosigmoideoscopio y también sugirieron la evaluación del carcinoma gástrico por medio de un transductor colocado en la cavidad gástrica.

En 1953, Leksell, usando un reflecto copio Siemens, detecta el desplazamiento del eco de la línea media del cráneo en un niño de 16 meses. La cirugía confirmó que este desplazamiento era causado por un tumor. El trabajo fue publicado sólo hasta 1956. Desde entonces se inició el uso de ecoencefalografía con M-MODE.

En 1954, Ian Donald hizo investigaciones con un detector de grietas, en aplicaciones ginecológicas.

En 1956, Wild y Reid publicaron 77 casos de anormalidades de seno palpables y estudiadas además por ultrasonido, y obtuvieron un 90% de certeza en la diferenciación entre lesiones quísticas y sólidas.

En 1957, Tom Brown, ingeniero, y el Dr. Donald, construyeron un scanner de contacto bidimensional, evitando así la técnica de inmersión. Tomaron fotos con película Polaroid y publicaron el estudio en 1958.

EN 1957, el Dr Donald inició los estudios obstétricos a partir de los ecos provenientes del cráneo fetal. En ese entonces se desarrollaron los cálipers (cursores electrónicos)

En 1959, Satomura reportó el uso, por primera vez, del Doppler ultrasónico en la evaluación del flujo de las arterias periféricas.

En 1960, Donald desarrolló el primer scanner automático, que resultó no ser práctico por lo costoso.

En 1960, Howry introdujo el uso del Transductor Sectorial Mecánico (handheld scanner).

En 1962, Homes produjo un scanner que oscilaba 5 veces por segundo sobre la piel del paciente, permitiendo una imagen rudimentaria en tiempo real.

En 1963, un grupo de urólogos japoneses reportó exámenes ultrasónicos de la próstata, en el A-MODE.

En 1964 apareció la técnica Doppler para estudiar las carótidas, con gran aplicación en Neurología.

En 1965 La firma austriaca Kretztechnik en asocio con el oftalmólogo Dr Werner Buschmann, fabricó un transductor de 10 elementos dispuestos en fase, para examinar el ojo, sus arterias, etc.

En 1966, Kichuchi introdujo la "Ultrasonocardiografía sincronizada", usada para obtener estudios en 9 diferentes fases del ciclo cardiaco, usando un transductor rotatorio y una almohada de agua.

En 1967, se inicia el desarrollo de transductores de A-MODE para detectar el corazón embrionario, factible en ese entonces a los 32 días de la fertilización.

En 1968, Sommer reportó el desarrollo de un scanner electrónico con 21 cristales de 1.2 MHz, que producía 30 imágenes por segundo y que fue realmente el primer aparato en reproducir imágenes de tiempo real, con resolución aceptable.

En 1969 se desarrollaron los primeros transductores transvaginales bidimensionales, que rotaban 360 grados y fueron usados por Kratochwil para evaluar la desproporción céfalopélvica. También se inició el uso de las sondas transrectales.

En 1970 Kratochwill comenzó la utilización del ultrasonido transrectal para valorar la próstata.

En 1971 la introducción de la escala de grises marcó el comienzo de la creciente aceptación mundial del ultrasonido en diagnóstico clínico.

1977 Kratochwil combinó el ultrasonido y laparoscopia, introduciendo un transductor de 4.0 MHz a través del laparoscopio, con el objeto de medir los folículos mediante el A-MODE. La técnica se extendió hasta examinar vesícula, hígado y páncreas.

En 1982 Aloka anunció el desarrollo del Doppler a Color en imagen bidimensional.

En 1983, Lutz usó la combinación de gastroscopio y ecografía, para detectar CA gástrico y para el examen de hígado y páncreas.

En 1983, Aloka introdujo al mercado el primer Equipo de Doppler a Color que permitió visualizar en tiempo real y a Color el flujo sanguíneo.

Desde entonces el progreso del ultrasonido ha sido muy lento, pese a estar ligado a los computadores, y lamentablemente aún no se ha generalizado su unión a las telecomunicaciones (telesonografía). Se han digitalizado los equipos pero se han desaprovechado los beneficios de la digitalización.

En 1994, febrero, el Dr. Gonzalo E. Díaz introdujo el pos proceso en Color para imágenes diagnósticas ecográficas y que puede extenderse a cualquier imagen. Además ha venido creando rutinas para análisis C.A.D. (ComputerAided Diagnosis o diagnóstico apoyado por computador) obteniendo así notorios beneficios en la precisión.

Aunque ya se obtienen imágenes tridimensionales, el empleo de tal tecnología ha sido desaprovechado pues se ha limitado a usos puramente "estéticos" para

estimular a las madres a ver sus hijos en tercera dimensión, pero no a mejorar el diagnóstico

2.3. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Ecografía obstétrica: aplicación de la ultrasonografía media a la Obstetricia, se utiliza para visualizar al embrión o al feto.

Ecografía transvaginal: se realiza por vía endovaginal, con un transductor intracavitario convexo o volumétrica multifrecuencia, no requiere de ventana sónica y ofrece imágenes con un mayor poder de resolución, particularmente las relacionadas con el cérvix o el segmento uterino.

Inserción baja de la placenta: placenta baja que se inserta en una parte del segmento uterino, pero no alcanza el orificio cervical interno. Algunos autores mencionan como límite los 20 mm de distancia entre el borde inferior de la placenta y el borde del orificio cervical interno.

Placenta: órgano multifuncional de alta eficiencia con funciones metabólicas, endocrinas y de intercambio gaseoso para satisfacer las demandas de nutrientes y gases del feto, garantizando a la vez que sus productos de deshecho sean eliminados.

Placenta bilobulada: Placenta separada en dos lóbulos. También llamada bipartita. Los vasos sanguíneos de origen fetal se extienden desde un lóbulo al otro y antes de formar el cordón umbilical.

Placenta previa: Término que se refiere a la placenta insertada sobre el segmento uterino en el tercer trimestre de la gestación, y que se superpone o esta próximo al orificio cervical interno.

Placenta previa parcial o marginal: placenta previa que se encuentra parcialmente en la parte inferior del segmento uterino al margen y cubriendo en forma incompleta el orificio cervical interno.

II.- ASPECTOS OPERACIONALES

3.1 HIPOTESIS

3.1.1. HIPOTESIS GENERAL (H_0)

La ecografía tiene relación para el buen diagnóstico de placenta previa en gestantes del tercer trimestre atendidas en el hospital de apoyo llave.

3.1.2. HIPOTESIS ESPECÍFICA

1. La ecografía no tiene relación en el diagnóstico de placenta previa en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital de llave Puno?

3.2 SISTEMA DE VARIABLES DIMENSIONES E INDICADORES

VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	INDICE
Variable Independiente: Placenta Previa	1.1. Factores personales	1.1.1 Edad	Años cumplidos
		1.1.2 Paridad	nulipara*primipara *multipara * gran multipara
		1.1.3 Antecedente de placenta previa	*Si *No
		1.1.4. Antecedente de legrados Uterinos	1 * 2 o > a 3
		1.1.5 Edad Gestacional	*20-28 *29- 36 * >37
Variable Dependiente: Diagnostico por Ecografía	Ecografía		

IV MARCO METODOLOGICO

4.1.1 DIMENSION ESPACIAL.-

El ámbito de investigación será la red de salud Collao, se ubica a 3850 m.s.n.m. en la parte sur del departamento de Puno en la provincia el Collao limita por el norte con el distrito de Acora, por sur con el distrito de Juli, y por el este con el lago Titicaca y distrito de pilcuyo.

Ilave es la capital del distrito de esta ciudad considerada como la tercera ciudad del departamento de Puno. Se caracteriza por ser una de las ciudades de gran movimiento económico del sur cuenta con un hospital de apoyo, centros y establecimientos de salud.

4.2.2 DIMENCION TEMPORAL.-

Enero Abril 2015

4.2 TIPO DE INVESTIGACION.

Es de tipo **DESCRIPTIVA** porque nos permite describir los factores que influyen en las anomalías de la placenta

CORRELACIONAL:

Porque nos permite determinar la variación en unos factores en relación con otros

TRANSVERSAL,-

El estudio se realizara en una sola etapa determinada, el cual se llevara a cabo en los meses de enero-abril 2015

4.3 DISEÑO DE INVESTIGACION

4.4 DETERMINACION DEL UNIVERSO POBLACION

POBLACION.-

Se ha considerado como grupo de estudio a gestantes que acuden a sus ecografías de control a partir del tercer trimestre las cuales son un total de 20 gestantes para los meses de estudio.

Se efectuara un muestreo probabilístico con las gestantes que acuden por consultorio externo. Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de muestras proporcionales, al 95 por ciento del nivel de confianza y un margen de error del 5 por ciento aplicando la siguiente formula.

$n =$	$4xNpxq$
	$e^2N-1+4xpxq$

Donde:

N: población de estudio

n: tamaño de la muestra

p: probabilidad favorable

q: probabilidad desfavorable

e^2 : margen de error

Reemplazando los valores tenemos

$$n = \frac{4 \times 20 \times 0.90 \times 0.10}{(0.05)^2 (19) + 4 \times 0.90 \times 0.10}$$

$$n = \frac{7.2}{0.4}$$

$n = 18$ gestantes

V RESULTADOS

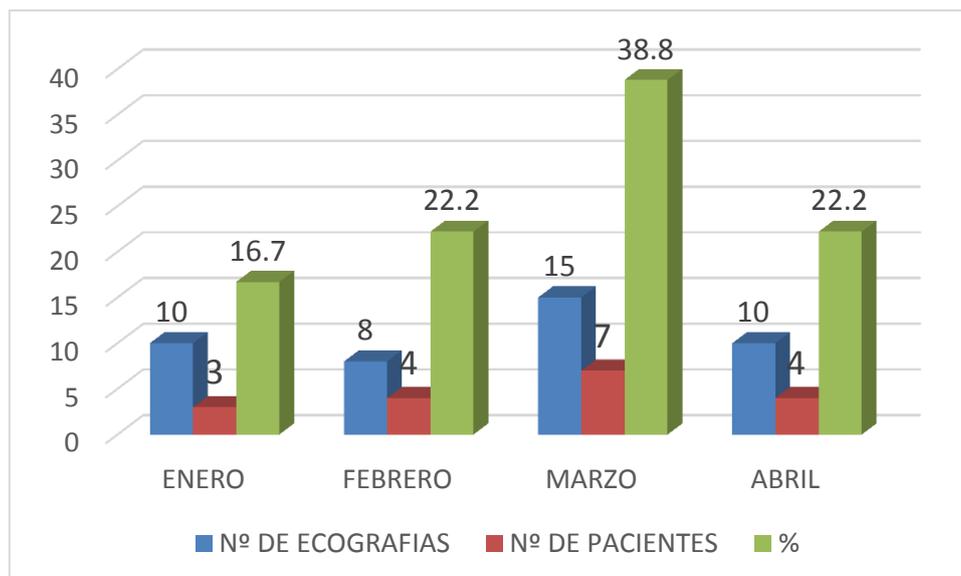
CUADRO Nº 1

INCIDENCIA ACUMULADA DE PLACENTA PREVIA SEGÚN ECOGRAFIA REALIZADA EN EL HOSPITAL DE APOYO DE ILAVE EN EL PERIODO ENERO ABRIL 2015

MES	Nº DE ECOGRAFIAS	Nº DE PACIENTES	%
ENERO	10	3	16.7
FEBRERO	8	4	22.2
MARZO	15	7	38.8
ABRIL	10	4	22.2
TOTAL	43	18	100

FUENTE INVESTIGADOR

GRAFICO Nº 1



CUADRONº 2

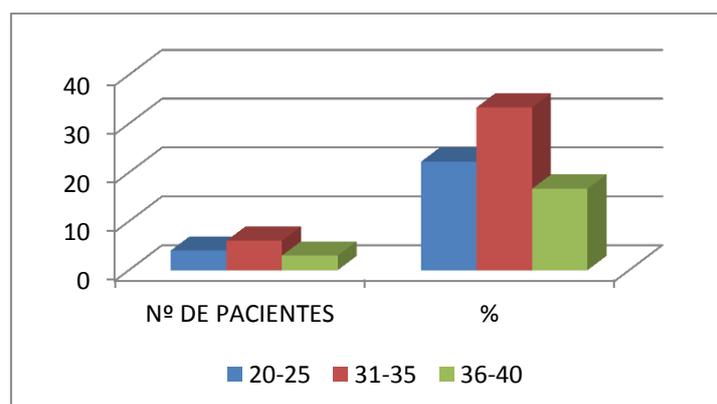
Rango de edades en que se encuentra la placenta previa

EDAD	Nº DE PACIENTES	%
20-25	4	22.2
31-35	9	50
36-40	5	27.7
TOTAL	18	100

FUENTE INVESTIGADOR

El cuadro Nº 02, nos señalan la influencia existente de la Edad Materna sobre la incidencia de placenta previa, tomando en cuenta la edad de “31-35 años”, ya que ella tiene un mayor predominio en comparación a las otras edades, de esta forma observamos que, las gestantes mayores de 31-35 años con un total de 9 casos, tienen mayor riesgo de presentar placenta previa, con un 50% en comparación a las gestantes que tienen edades comprendidas entre los 36 a 40 años en un 27.7%, así como aquellas que presentan edades entre los 20-25 años en un 22.2%.

GRAFICO Nº 2



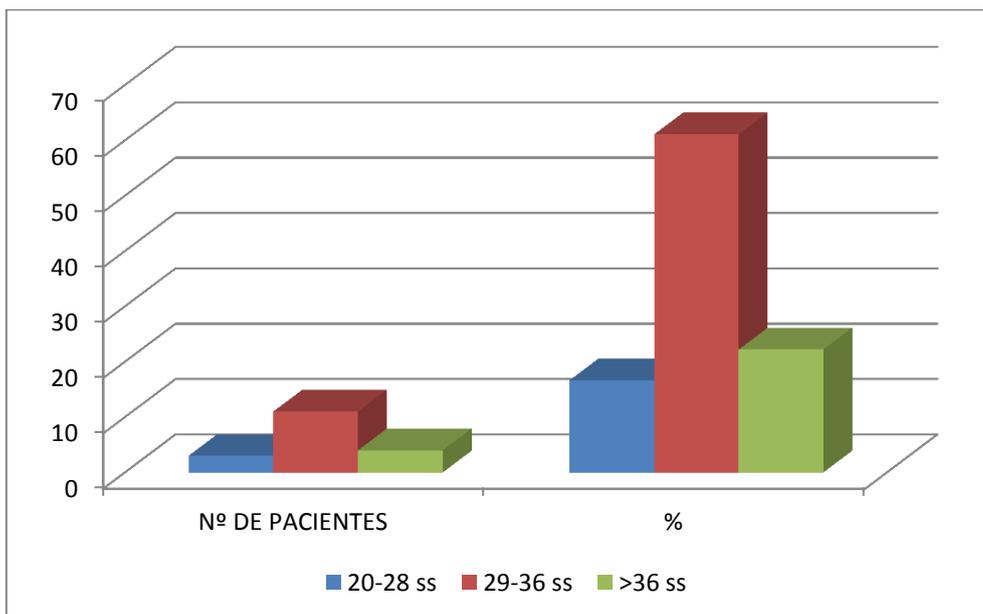
CUADRO Nº 3

Edad gestacional a la que se resuelve el embarazo por placenta previa

EDAD GESTACIONAL	Nº DE PACIENTES	%
20-28 ss	3	17
29-36 ss	11	61
>36 ss	4	22
TOTAL	18	100

FUENTE INVESTIGADOR

En el cuadro Nro. 03 observamos que el 61% de las pacientes entre las 29-36ss de gestación fueron diagnosticadas por ecografía con placenta previa, haciendo un total de 11 casos, mientras que 4 casos fueron diagnosticadas a las 36ss que hacen un 22% y por último entre las 20-28ss con 3 casos haciendo un total de 17%, todas ellas diagnosticadas por ecografía partir del tercer trimestre de gestación.

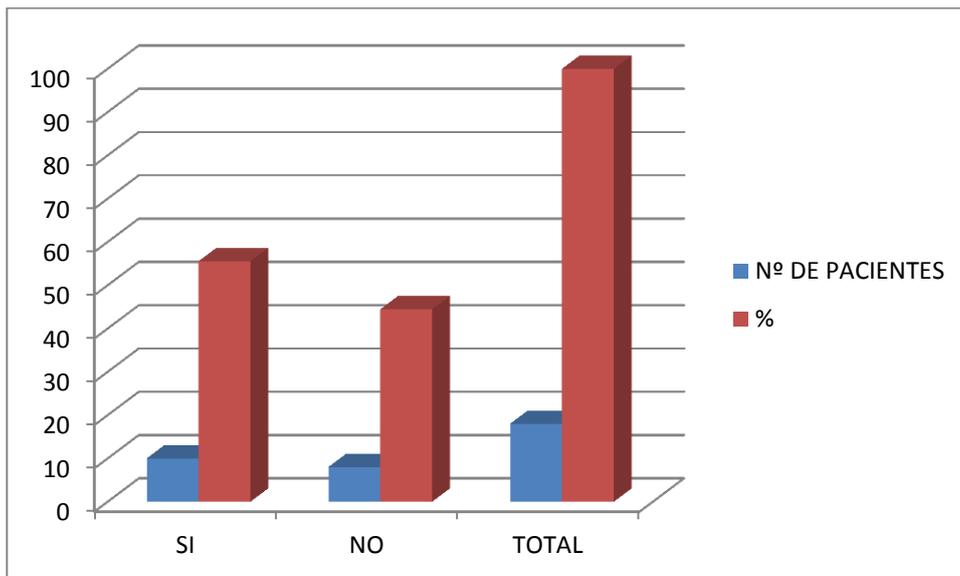
GRAFIO Nº 3

CUDRO N° 4**PLACENTA PREVIA EN LO EMBARAZOS PREVIOS**

ANTECEDENTE DE PLACENTA PREVIA	Nº DE PACIENTES	%
SI	10	56
NO	8	44
TOTAL	18	100

FUENTE INVESTIGADOR

En el cuadro Nro. 04 y Gráfico Nro. 04 podemos observar que el 56% de las pacientes que tuvieron antecedentes de placenta previa y fueron diagnosticadas por ecografía volvieron a presentar placenta previa en sus embarazos, y un total de 8 casos que fueron en su minoría no presentaron placenta previa haciendo un total de 44%

GRAFICO N° 4

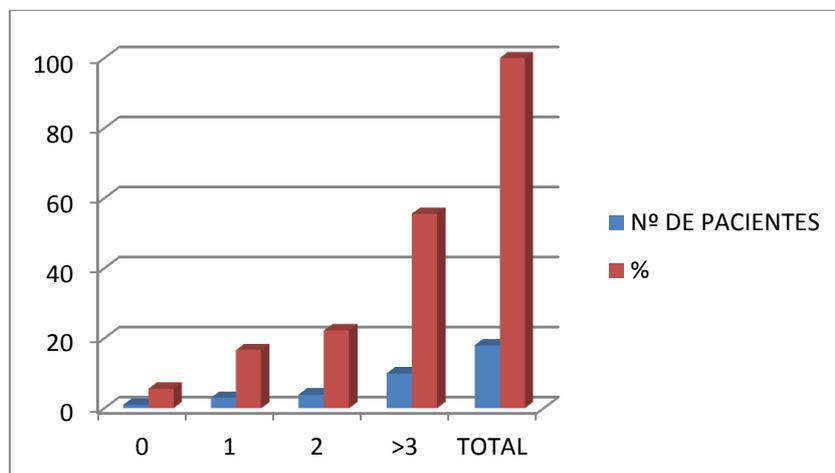
CUADRO Nº 5

Paridad de las pacientes con placenta previa

Nº DE EMBARAZOS PREVIOS	Nº DE PACIENTES	%
0	1	6
1	3	17
2	4	22
>3	10	56
TOTAL	18	100

FUENTE INVESTIGADOR

El cuadro Nº 5 nos muestra que hay una escasa relación entre el Número de Embarazos y la incidencia de Placenta Previa, mostrando un 56% para > de tres embarazos con 10 casos, más se observa que en un 22% para aquellas mujeres que tuvieron dos embarazos con un total de 4 casos, siendo mínima la relación para aquellas mujeres que fueron primigravidas con un 6% para 1 caso.

GRAFICO Nº 5

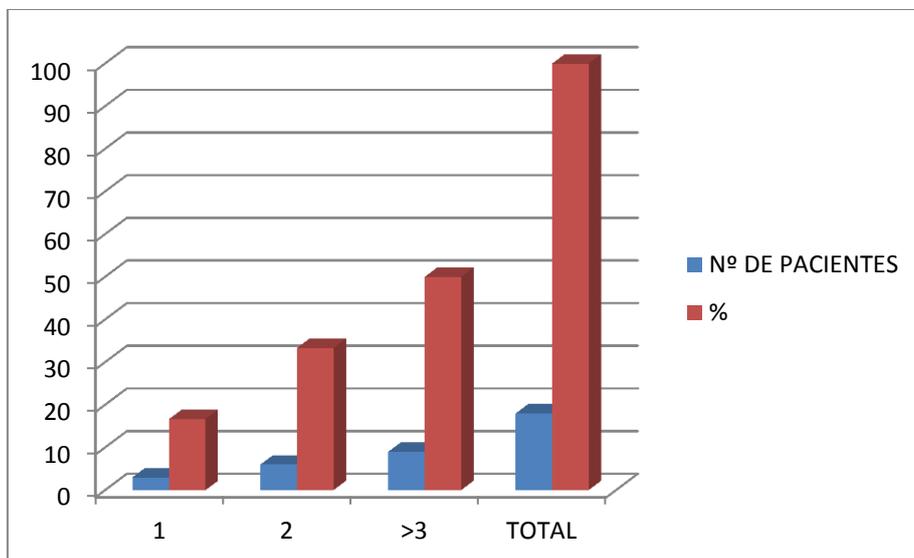
CUADRO Nº 6

Legrados realizados en pacientes con placenta previa

Nº DE LEGRADOS PREVIOS	Nº DE PACIENTES	%
1	3	17
2	6	33
>3	9	50
TOTAL	18	100

FUENTE INVESTIGADOR

En el cuadro Nro. 06 y Gráfico Nro. 06 podemos observar que el 50% de las pacientes que fueron diagnosticadas con placenta previa tuvieron más de tres legrados con 9 casos, seguida de un 33% de aquellas gestantes que tuvieron dos legrados con 6 casos, y por último y no menos importante aquellas gestantes que tuvieron un legrado con un 17% con un total de 3 casos.

GRAFICO Nº 6

Prueba de estadística de Proporciones

La comprobación de la hipótesis, fue mediante la prueba estadística t de Proporciones. La cual mide la probabilidad de que nuestro parámetro NO este dentro de nuestro intervalo de confianza (mide la probabilidad de que este fuera).

$$t = \frac{m - \mu}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

Donde:

m: media de la muestra

u: media de la población

S: Desviacion Estándar

n: muestra

Datos:

$$m = 7$$

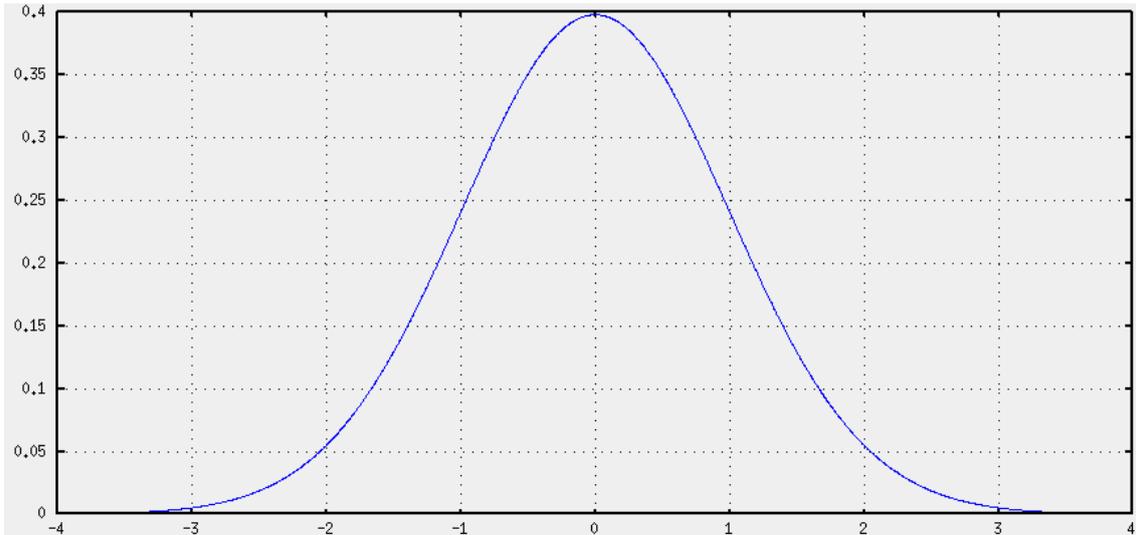
$$n = 18$$

$$S = 1.33$$

$$\mu = 10$$

se tomo 2 grados de libertad (n-1) α de 0.01 que es una prueba de dos

colas $t_c = - 0.3$

**Análisis:**

Como el valor calculado de $t = -0.3$ es menor que el valor de t tabulado $(0.025; 17); -2.11$

Entonces no se rechaza la Hipotesis nula en otras palabras se acepta la hipótesis de la investigación que La ecografía tiene relación en el diagnóstico de placenta previa en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital de Ilave Puno

VI. DISCUSIONES

En el consultorio de ecografías la incidencia acumulada de placenta previa de enero a abril es de 46% en comparación con otros datos obtenidos.

En cuanto a la edad de las pacientes que presentaron placenta previa se evidencia que el 33% tenía más de 30 años, seguido de un 28% entre las edades de 41 a 45 años, por lo que podemos deducir que la edad materna influye en la placenta previa.

De las 18 pacientes incluidas en el estudio el 61% de las pacientes presentaron placenta previa entre las 29 a 36 semanas de gestación, seguida de un 22% en la edad gestacional mayor de 36 semanas, por lo que podemos afirmar que a partir del tercer trimestre de gestación la placenta previa es diagnóstica por ecografía obstétrica.

Así mismo pudimos observar que aquellas pacientes que presentaron placenta previa en embarazos anteriores, tienen un 56% más probabilidad de presentar placenta previa que aquellas mujeres que no tuvieron antecedentes de placenta previa.

En cuanto al número de embarazos podemos ver que las mujeres que tuvieron más de 3 embarazos presentan 56% más riesgo de presentar placenta previa en comparación de aquellas mujeres que presentaron un embarazo previo.

Podemos ver que el número de legrados influye en la presencia de placenta previa, a mayor número de legrados mayor será la incidencia de placenta previa, como observamos en el cuadro n° 6

Así mismo en el Perú Pedro Mariano Arango Ochante, publicó los resultados de su estudio “Predicción por ultrasonografía transvaginal entre 20 - 26 semanas de la placenta previa al término. Instituto Nacional Materno Perinatal. Agosto - diciembre 2013” donde concluyen que la sobre posición del orificio cervical interno por el borde placentario inferior medida por ultrasonografía transvaginal predice en forma eficaz la presencia de placenta previa al término, esta investigación tiene resultados parecidos a nuestra investigación en la cual se diagnosticaron antes del parto 3 casos Placenta Previa Oclusiva Total y Placenta Previa Oclusiva Parcial 5 casos; confirmando la efectividad de la ultrasonografía.

VII. CONCLUSIONES

Dentro de los Factores de riesgo de la madre que tuvo una mala inserción de la placenta se encontró influencia altamente significativa en la edad de la madre, antecedentes de placenta previa en embarazos anteriores, legrados uterinos previos, todo ello fue comprobado con el estadístico CHI^2 para un 95% y 99% de confianza. Todo ello con diagnóstico oportuno por medio de la ecografía.

Es por ello que podemos decir que el uso de la ecografía es muy importante para diagnosticar una mala inserción placentaria y así poder derivar a tiempo a nuestras gestantes a un establecimiento de mayor complejidad para su atención.

VIII. RECOMENDACIONES

A toda paciente que presenta uno o más de los factores ya descritos, se debe realizar una recolección minuciosa y detallada de todos sus antecedentes de importancia y consignar en la historia clínica para los trabajos de investigación

Se debe realizar seguimiento continuo y minucioso a las gestantes, para prevenir las complicaciones, designando recursos humanos, financieros o para tal fin que pudieran presentarse y de esta forma poder disminuir la morbi mortalidad materno perinatal.

Los resultados que encontramos en este estudio son de mucha importancia ya que nos ayudara a diagnosticar y prevenir las complicaciones por una placenta previa, para ello tenemos que realizar una buena anamnesis a la paciente que acude por primera vez a un control prenatal.

En base a los estudios realizados y las conclusiones obtenidas, nos permitimos recomendar el desarrollo de programas de educación continua a través de medios de difusión masiva, a fin de concientizar a la población de riesgo, a los trabajadores de salud y a las autoridades gubernamentales sobre esta problemática que repercute en la calidad de vida de esta nueva generación.

BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.monografias.com/trabajos62/placenta-previa/placenta-previa.shtml#ixzz3kAnaW4BY>.
2. <http://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones/placenta-previa-1987>
3. Townsend RR. Evaluación ecográfica de la placenta y el cordón umbilical. Cap. 20, pag. 477, en: Callen P. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Editorial Médica
4. Hasbún J. Placenta previa y acretismo. Cap. 16, pág. 337, en: Guzmán E. Selección de temas en Ginecoobstetricia. 1ª Ed. Publimpacto 2005. ISBN 956-8457-00-3.
5. Becker RH, Vonk R, Mende BC, Ragosch V, Entezami M. The relevance of placental location at 20-23 gestational weeks for prediction of placenta previa at delivery: evaluation of 8650 cases. *UltrasoundObstetGynecol* 2001; 17: 496-501.
6. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *ObstetGynecol* 2006; 107(4): 927-41.
7. SOGC Clinical Practice Guideline: "Diagnosis and Management of Placenta Previa". Oppenheimer L, Armson A, Farine D, Keenan-Lindsay L, Morin V, Pressey T, Delisie M-F, Gagnon R, Mundle WR, Van Aerde J. *J ObstetGynaecol Can* 2007; 29 (3): 261-6.
8. Smith RS, Lauria MR, Comstock CH, Treadwell MC, Kirk JS, Lee W, et al. Transvaginal ultrasonography for all placentas that appear

- to be low-lying or over the internal cervical os. *Ultrasound ObstetGynecol* 1997; 9: 22-4.
9. McClure N, Dorman JC. Early identification of placenta previa. *Br J ObstetGynecol* 1990; 97: 959-61.
 10. Townsend RR, Laing FC, Nyberg DA, et al. Technical factors responsible for "placental migration": Sonographic assessment. *Radiology* 1986; 160: 105
 11. Leerentveld RA, Gilberts ECAM, Arnold MJCWJ, Wladimiroff JW. Accuracy and safety of transvaginalsonographic placental localization. *ObstetGynecol* 1990; 76(5,P1): 759-62.
 12. .Ghourab S. Third -trimester transvaginal ultrasonography in placenta previa: does the shape of the lower placental edge predict clinical outcome? *UltrasoundObstetGynecol* 2001; 2: 103-8.
 13. González R. Placenta previa: Clasificación ultrasonográfica. *RevChilUltrasonog.* 2007; 10: 84-91.
 14. Espinoza R, Donoso E, Wild R. Histerectomía Obstétrica. *RevChilObstetGinecol* 1988; 53(6): 329 –33
 15. O'Brien J, Barton J, Donaldson E. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. *Am J ObstetGynecol* 1996; 175 (6); 1632-8.
 16. Perucca E, Domínguez C, Yang Ch. L, García R. Placenta previa percreta con invasión vesical. *RevChilObstetGinecol* 1997; 62(3): 206-10.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

- a. FECHA _____
- b. NOMBRE DE LA PACIENTE _____
- c. EDAD DE LA PACIENTE _____

II. HISTORIA GINECO OBSTETRICA

- a. TIENE USTED LEGRADOS ANTERIORES

SI () NO ()

¿CUANTOS? _____

- b. FORMULA OBSTÉTRICA

G Ab P

OBSERVACIONES _____

- c. EDAD GESTACIONAL POR ECOGRAFÍA

- d. ANTECEDENTE DE PLACENTA

SI () NO ()

III. OBSERVACIONES

df	Nivel de Significación para la prueba de una cola						df	Nivel de Significación para la prueba de una cola					
	0,10	0,05	0,025	0,01	0,005	0,0005		0,10	0,05	0,025	0,01	0,005	0,0005
	Nivel de Significación para la prueba de dos colas							Nivel de Significación para la prueba de dos colas					
	0,20	0,10	0,05	0,02	0,01	0,001		0,20	0,10	0,05	0,02	0,01	0,001
1	3,078	6,314	12,706	31,821	63,657	636,619	18	1,330	1,734	2,101	2,552	2,878	3,922
2	1,886	2,920	4,303	6,965	9,925	31,599	19	1,328	1,729	2,093	2,539	2,861	3,883
3	1,638	2,353	3,182	4,541	5,841	12,924	20	1,325	1,725	2,086	2,528	2,845	3,850
4	1,533	2,132	2,776	3,747	4,604	8,610	21	1,323	1,721	2,080	2,518	2,831	3,819
5	1,476	2,015	2,571	3,365	4,032	6,869	22	1,321	1,717	2,074	2,508	2,819	3,792
6	1,440	1,943	2,447	3,143	3,707	5,959	23	1,319	1,714	2,069	2,500	2,807	3,768
7	1,415	1,895	2,365	2,998	3,499	5,408	24	1,318	1,711	2,064	2,492	2,797	3,745
8	1,397	1,860	2,306	2,896	3,355	5,041	25	1,316	1,708	2,060	2,485	2,787	3,725
9	1,383	1,833	2,262	2,821	3,250	4,781	26	1,315	1,706	2,056	2,479	2,779	3,707
10	1,372	1,812	2,228	2,764	3,169	4,587	27	1,314	1,703	2,052	2,473	2,771	3,690
11	1,363	1,796	2,201	2,718	3,106	4,437	28	1,313	1,701	2,048	2,467	2,763	3,674
12	1,356	1,782	2,179	2,681	3,055	4,318	29	1,311	1,699	2,045	2,462	2,756	3,659
13	1,350	1,771	2,160	2,650	3,012	4,221	30	1,310	1,697	2,042	2,457	2,750	3,646
14	1,345	1,761	2,145	2,624	2,977	4,140	40	1,303	1,684	2,021	2,423	2,704	3,551
15	1,341	1,753	2,131	2,602	2,947	4,073	60	1,296	1,671	2,000	2,390	2,660	3,460
16	1,337	1,746	2,120	2,583	2,921	4,015	120	1,289	1,658	1,980	2,358	2,617	3,373
17	1,333	1,740	2,110	2,567	2,898	3,965	∞	1,282	1,645	1,960	2,326	2,576	3,291