



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

ESCUELA DE POSGRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA

ESPECIALIDAD

**MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR
IMÁGENES EN OBSTETRICIA**

TESIS:

**“INSERCIÓN DE PLACENTA POR ECOGRAFÍA Y VÍA DE CULMINACIÓN
DEL PARTO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE HOSPITAL
REGIONAL 2-II TUMBES ENERO- AGOSTO 2015.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN :
ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO FETAL**

Obst. RAMOS RODRIGUEZ, Cirilo

TUMBES- PERU

2015

DEDICATORIA

A Dios,
por su infinita misericordia
por darme la existencia y
permitirme avanzar día a día
en el logro de mis objetivos.

A mi familia, por su amor
Por su apoyo Incondicional
En mi desarrollo personal
y profesional

AGRADECIMIENTO

A Dios,

Gracias por darme una vida llena de muchas enseñanzas y bendiciones, gracias por afinar mi vida y ser siempre arquitecto y constructor para realizar los deseos y sueños de mi vida.

A mis hermanos:

Por ser personas extraordinarias, nobles y llena de amor, gracias por su infinito amor y apoyo incondicional.

A mi asesora y amigos de especialidad.

Que con su tenacidad y esfuerzo contagiaban los deseos de logro y superación logrando el objetivo común de consolidar la presente investigación.

A todos las personas que de una u otra forma permitieron el desarrollo de la presente investigación, muchas gracias para ellos.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.1. Fundamentación del problema.
- 1.2. Formulación del problema: General y Específicos.
- 1.3. Objetivos: Generales y Específico
- 1.4. Justificación e importancia.
- 1.5. Limitaciones.

II. MARCO TEÓRICO

- 2.1. Antecedentes
- 2.2. Bases Teóricas
- 2.3. Definición de Términos Básicos

III. ASPECTOS OPERACIONALES

- I.1. Hipótesis: General y Específicas

I.2. Sistema de Variables

IV. MARCO METODOLÓGICO.

4.1. Dimensión Espacial y Temporal

4.2. Tipo de Investigación

4.3. Diseño de Investigación

4.4. Determinación del Universo/Población.

4.5. Selección de la Muestra.

4.6. Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos y presentación de datos

V. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y PRESUPUESTALES.

VI. BIBLIOGRAFIA O REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

ANEXOS

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación de la inserción placentaria diagnosticada por ecografía con la vía de culminación del parto en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes Enero- Agosto 2015; el estudio es de tipo observacional; la población estuvo conformado por 80 gestantes con resultado ecográfico del tercer trimestre y la muestra se determinó mediante el muestreo no probabilístico en la modalidad intencionado. Los resultados demostraron que el 62.5% de gestantes en estudio presentaron una implantación fúndica anterior, el 70.0% de gestantes cuya vía de culminación fue el parto vaginal, el 45% de ellas presentaron implantación fúndica anterior, el 35.0% de gestantes de edades menor o igual a 22 años, presentaron implantación fúndica anterior y el 52.5% de gestantes sin antecedentes de legrado uterino, presentaron implantación fúndica anterior, y el 60.0% de gestantes cesareadas también presentaron implantación fúndica anterior. Concluyendo que no se halló evidencia estadística que relacione el tipo de implantación placentaria con el tipo de parto, edad materna, paridad, antecedentes de legrado uterino y antecedentes de cesárea.

Palabras claves: Inserción placentaria, cesárea, parto vaginal

SUMARY

The objective of this research was to determine the relationship of placental insertion diagnosed via ultrasound with completion of delivery in pregnant women treated in the third quarter II-2 Regional Hospital Tumbes January-August 2015; The study is observational; The population consisted of 80 pregnant women with ultrasound income for the third quarter and the sample was determined by non-probability sampling in intensionada mode. The results showed that 62.5% of pregnant women in the study had previous fundic implantation, 70.0% of pregnant women whose completion was via vaginal delivery, 45% of them showed fundic previous implementation, 35.0% of pregnant women or younger ages equal to 22, presented earlier fundic implantation and 52.5% of pregnant women with no history of curettage, fundic implementation presented above, and 60.0% of pregnant women also showed fundic implementation previous cesarean. Concluding that no statistical evidence linking the type of placental implantation with the type of delivery, maternal age, parity, previous history of uterine curettage and cesarean section was found.

Keywords: placental insertion, cesarean section, vaginal give birth.

INTRODUCCIÓN

La implantación es el primer estadio en el desarrollo de la placenta a partir de la 12ava semana de gestación. En la mayoría de los casos ocurre una muy cercana relación entre el trofoblasto embrionario y las células del endometrio. El cigoto, en estado de blastocito, se adosa a la capa funcional del útero; el endometrio que para entonces ha sufrido modificaciones histológicas a causa de los cambios hormonales del embarazo.

Un diagnóstico precoz mediante exámenes auxiliares como la ecografía en el tercer trimestre contribuyen a disminuir sus complicaciones, incluso poder identificar si además existe acretismo placentario. Su presencia en nuestras salas hospitalarias ameritan un estudio, pues conociendo su incidencia se pueden analizar algunas variables obstétricas y ver su comportamiento en los indicadores de morbimortalidad perinatal y materna ¹.

La valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, lo cual permite el diagnóstico antenatal de localización anormal de la placenta; es aquí, que sobre todo frente a una localización anormal (Ej. Placenta previa) o frente a factores de riesgo, se debe dirigir los métodos diagnósticos disponibles (ecografía, RMN, o ambas) para confirmar o descartar un trastorno adherencial de la placenta y confirmar la situación próxima del parto.

Con este fin, la investigación asumió el nivel correlacional y el diseño

transversal, cuyo objetivo ha permitido evaluar la eficacia de la ecografía en el diagnóstico de la inserción placentaria para predecir la vías de culminación del parto en gestantes del tercer trimestre del Hospital Regional 2-II entre enero a agosto de 2015.

Por ello, se ha desarrollado la presente investigación y se ha estructurado en 9 capítulos:

En el capítulo I, se presenta el fundamento y la formulación del problema, los objetivos, la justificación y las limitaciones.

En el capítulo II, se hace una amplia exposición acerca de los antecedentes, bases teóricas y conceptuales, y la definición de términos.

En el capítulo III, se explica acerca de los aspectos operacionales como el planteamiento de las hipótesis, sistema de variables y la operacionalización de variables.

En el capítulo IV, se explica los aspectos del marco metodológico del estudio: tipo, diseño y esquema de investigación, población y muestra, instrumentos de recolección de datos, técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.

En el capítulo V, se exponen los resultados con aplicación estadística, mediante distribuciones de frecuencias, gráficos y la contrastación de las hipótesis.

En el capítulo VI, se presenta la discusión con los referentes bibliográficos de las bases teóricas que apoyan las hipótesis probadas.

En el capítulo VII, se sustentan las conclusiones a las que se arribó en el estudio

En el capítulo VIII, se exponen las recomendaciones extraídas a partir de los resultados de la presente investigación.

Finalmente, en el capítulo IX se presentan las Referencias bibliográficas en las que sustenta el trabajo de investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema.

La placenta del latín *torta plana* refiriéndose a su apariencia en humanos es un órgano efímero presente en los mamíferos placentarios y que relaciona estrechamente al feto con su madre, satisfaciendo las necesidades de respiración, nutrición y excreción durante su desarrollo. La placenta se desarrolla de las mismas células provenientes del espermatozoide y el óvulo que dieron desarrollo al feto y tiene dos componentes, una porción fetal, el corion frondoso y una porción materna o decidua basal.

La implantación es el primer estadio en el desarrollo de la placenta. En la mayoría de los casos ocurre una muy cercana relación entre el trofoblasto embrionario y las células del endometrio. El cigoto, en estado de blastocito, se adosa a la capa funcional del útero, el endometrio, que para entonces ha sufrido modificaciones histológicas a causa de los cambios hormonales del embarazo.

La placenta previa causante de hemorragia ante parto ocasiona, según ENDES 2000, el 3.3 % de todas las muertes maternas en el Perú y, aunque es difícil determinar las causas exactas, puede causar seria morbimortalidad tanto en la madre como en el feto. La mortalidad materna es aproximadamente 0,03%.⁽²⁾

En algunos casos las placentas descritas como de inserción baja, no llega a término como tales, pues como consecuencia del desarrollo del segmento uterino inferior, a partir de las 32 semanas, la placenta es desplazada en sentido cefálico, de la misma manera durante el trabajo de parto, una placenta parcialmente oclusiva al comenzar el trabajo de parto puede transformarse en una marginal.

Un diagnóstico precoz mediante exámenes auxiliares como la ecografía en el tercer trimestre contribuyen a disminuir sus complicaciones, incluso poder diagnosticar si además existe acretismo placentario. Su presencia en nuestras salas hospitalarias ameritan un estudio, pues conociendo su incidencia se pueden analizar algunas variables obstétricas y ver su comportamiento en los indicadores de morbilidad perinatal y materna²

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la relación de la inserción placentaria diagnosticada por ecografía con la vía de culminación del parto en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes Enero- Agosto 2015?

1.2.2 Problemas Específicos

¿Cuáles son los resultados de la inserción placentaria diagnosticada por ecografía en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes Enero- Agosto 2015?

¿Cuál es la vía de culminación del parto en gestantes con diagnóstico ecográfico del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes

Enero- Agosto 2015?

¿Cuáles son las características de las gestantes según edad materna, Paridad, antecedentes de legrado uterino y antecedentes de cesáreas en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes Enero- Agosto 2015?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de la inserción placentaria diagnosticada por ecografía con la vía de culminación del parto en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes Enero- Agosto 2015

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los resultados de la inserción placentaria diagnostica por ecografía en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes Enero- Agosto 2015
- Identificar la vía de culminación del parto en gestantes con diagnostico ecográfico del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes Enero- Agosto 2015
- Identificar las características de las gestantes según edad materna, Paridad, antecedentes de legrado uterino y antecedentes de cesáreas en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes Enero- Agosto 2015

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Desde el punto de vista práctico, los resultados de esta investigación permitirán que los resultados ecográficos de la Inserción de la placenta puedan ser utilizados como una prueba que permita pronosticar la culminación del embarazo de la mejor manera posible y aplicar medidas diagnósticas y terapéuticas destinadas a evitar posibles complicaciones del binomio. Madre y niño.

Desde el punto de vista metodológico; la presente investigación servirá como punto de comparación para investigaciones locales y regionales en las predicciones ecográficas de la implantación placentaria y el pronóstico del parto y abrirá las puertas a nuevas investigaciones

1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación no presenta limitaciones de estudio, debido a que el Hospital Regional II-2 Tumbes constituye un centro de atención Gineco - obstétrica, que cuenta con un consultorio de Ginecología y obstetricia a la cual asisten gestantes para su control y atención del parto. El personal obstetra está entrenado para prestar estas atenciones. Por otro lado se cuenta con el equipo y suministros necesarios para su atención como es un ecógrafo portátil de 2D, monitor blanco y negro y otro 4D de uso de los Ginecólogos.

Así mismo el investigador cuenta con la capacitación y la disposición para realizar la presente investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Se realizó una revisión bibliográfica de las variables en estudio y de trabajos similares o parecidos al de esta investigación.

2.1.1 Internacionales

Cunningham, G³. (Estados Unidos,2001.)Refirióque, actualmente el diagnóstico de la mayoría de las Placenta Previa es realizado mediante ultrasonografía rutinaria del segundo trimestre, por vía Transvaginal.En caso de metrorragia, el transductor se introduce gradualmente en el canal vaginal, bajo observación continua en tiempo real, y no es necesario llegar a contactar el cérvix para una adecuada exploración, reduciendo con ello la posibilidad de generar una hemorragia.La ecografía Transvaginal en cualquier edad gestacional debe considerarse el *Gold Standard* para diagnosticar Placenta Previa (Transvaginal), la vía transabdominal presenta inconvenientes en la correcta localización placentaria, describiéndose hasta 60% de relocalización por vía Transvaginal.En aquellas hemorragias vaginales del 2° trimestre debe descartarse la presencia de vasa previa. Su detección permite sobrevida del 97%, v/s mortalidad del 56% cuando no hay diagnóstico prenatal. Debe evaluarse la localización de la placenta mediante Ultrasonido en toda paciente, en el trimestre medio. Si hay sospecha, debe combinarse con vía transvaginal, e informar y reevaluar a las 34 a 35 semanas para definir la conducta terapéutica.

Dado que el desarrollo continuo y progresivo del segmento inferior del útero se hace más evidente desde las 30 semanas y puede hacer "migrar" la localización placentaria, lo que hace que la mayoría (93%) de las PPM encontradas en el trimestre medio no se encuentren al término.

Maita Quispe, Freddy⁴; et. al. (Bolivia, 2007) realizaron la investigación titulada Acretismo Placentario y su diagnóstico antenatal, con el objetivo de valorar la morfología y localización placentaria mediante la evaluación ultrasonográfica obstétrica. Mediante un estudio descriptivo y análisis bibliográfico concluyendo La placenta ácreta, es un trastorno adherencial de la placenta, generalmente diagnosticada durante el parto, reconociéndose por la firme adherencia de la placenta al útero. El diagnóstico anteparto mediante el uso de ecografía de escala de grises, Doppler color, el power Doppler y de Resonancia Magnética Nuclear es una oportunidad insuperable que nos permite una adecuada planificación quirúrgica del parto y la eventual necesidad de una histereclomía y/o transfusión de sangre. La valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, permitiendo el diagnóstico antenatal de la localización placentaria, permitiéndonos adicionalmente descartar una placentación anormal.

Finberg y Williams⁽⁴⁾ (México, 2013) realizaron la investigación titulada Diagnóstico antenatal de acretismo-percretismo placentario, los estudios de imagen se realizaron en el Hospital Ángeles Lomas (Clínica Materno-Fetal) fueron los primeros que evaluaron con ultrasonografía la inserción

placentaria de pacientes embarazadas con placenta previa e historia de una o mas cesáreas anteriores y determinaron que del 2009 al 2012 se han producido 35 muertes por cada 100,000 NV, solo el 2,012 se evidenció 19 muertes y en agosto del 2,013 fueron 23 muertes. Por lo que el diagnóstico antenatal de probable acretismo-percretismo permitió programar el procedimiento quirúrgico multidisciplinario, la disponibilidad de todos los recursos para mitigar el gasto hematológico y minimizar el riesgo de complicaciones graves. Los resultados maternos y perinatales fueron óptimos. El diagnóstico clínico transquirúrgico y el estudio de anatomía patológica no confirmaron el percetismo, este último estudio reportó una invasión miometrial (incretismo) hasta escasos milímetros de la serosa uterina. Debido a que los estudios relacionados con el diagnóstico antenatal de la diferenciación del grado de invasión trofoblástica provienen de ensayos clínicos con muestras pequeñas, existe el riesgo de resultados falsos positivos y negativos.

Neilson JP⁽⁵⁾ (México- 2013); realizo la investigación titulada Ecografía de rutina al final de embarazo con el objetivo de observar las anomalías de la inserción placentaria y su asociación con complicaciones maternas severas y resultados perinatales adversos. Los resultado demuestra que desde el punto de vista materno, se asocia con un riesgo significativo de hemorragias, transfusiones, alta frecuencia de cesárea, histerectomía postcesárea, septicemia, tromboflebitis, hospitalización y muerte; puede alcanzar una tasa de mortalidad cuando coexiste con placenta acreta hasta de un 7%. Desde el punto de vista del recién nacido, alrededor del 40% de los casos se complican con parto pretérmino y la mortalidad perinatal se

incrementa hasta cuatro veces. Concluyendo que existe una asociación significativa de los casos con Placenta Previa y hemorragia anteparto con: parálisis cerebral, que puede explicarse por su vínculo común con el parto prematuro

Oyelese Y. Jersey shore⁶. (New Jersey 2006) En un estudio realizado en los Estados Unidos sobre “Reducción de la Mortalidad Materna” se encontró una tasa media de incidencia anual de 4,8 casos x 1 000 NV. Resuelve que actualmente, las muertes maternas por hemorragia asociada a las anomalías de inserción placentaria son poco frecuentes en países desarrollados. En Estados Unidos de Norteamérica se calcula que existen 3 muertes por cada 1000 casos de PP; sin embargo, en países en vías de desarrollo: la anemia preexistente, limitaciones para el transporte de pacientes, reducidas instalaciones médicas y recursos insuficientes, determinan que la PP continúe siendo responsable de un gran número de muertes maternas. La mortalidad materna es motivo de preocupación de diversas autoridades e instituciones a nivel nacional y mundial, y su disminución representa uno de los grandes desafíos que enfrenta la humanidad. En la Declaración de las Metas del Milenio donde se determinan los Objetivos de Desarrollo del Milenio fijados en el año 2000 por los 192 países miembros de las Naciones Unidas se acordó lograr los para el año 2015:

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 Inserción placentaria

La placentación ocurre normalmente en las zonas altas de la cavidad endometrial, donde la irrigación vascular es ideal para el desarrollo ulterior

de la unidad feto-materna, que representa la placenta, encargada de múltiples funciones durante la vida fetal, relacionadas directamente con la respiración, el transporte de oxígeno y de nutrientes a los tejidos fetales, y la regulación del metabolismo fetal, así como con la excreción de los desechos de la función celular fetal, la implantación normal de la placenta es fúndica en el tercer trimestre, cuando la placenta se implanta en las porciones bajas del cuerpo uterino se considera como una inserción baja placentaria. ⁽⁸⁾.

2.2. Clasificación.

Tomando en cuenta la fisiopatología de la placenta previa se clasifica de:

Tipo I, lateral o Baja : 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 invade el segmento inferior del útero, pero a más de 7cm de distancia del orificio cervical. La placenta baja es la que se inserta en el segmento uterino cercana al orificio cervical interno en el tercer trimestre del embarazo.

Tipo II marginales o periféricas: La placenta con frecuencia esta adelgazada y más extendida en su superficie. En ocasiones puede existir una 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 intercotiledones muy poco acusados.

La placenta toca pero no rebasa, la parte superior del cuello del útero la placenta esta al lado del cuello uterino pero no cubre la abertura.

Tipo III o parcial: La placenta obstruye parcialmente la parte superior del cuello del útero, es decir la placenta cubre parte de la abertura cervical.

Por causas uterinas y probablemente los más frecuentes factores etiológicos de la placenta previa tipo III. El huevo cigoto al llegar a la cavidad uterina no encuentra zona de implantación apropiada de la decidua y siguiendo su descenso terminará 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), manteniendo su ubicación respecto del cuello uterino.

Tipo IV o completa : La placenta se inserta en el segmento mas bajo del útero (orificio uterino), es posible es posible que una porción de la placenta se desgarre causando sangrado por lo general abundante, causado por presión o gravedad. La inserción placentaria se ve interrumpida a medida que la porción inferior del útero se adelgaza en preparación para el inicio del trabajo de parto.

Cuando esto ocurre, el sangrado a nivel del sitio de implantación placentaria se incrementa y las posteriores contracciones uterinas no son suficientes para detener el sangrado por no comprimir los vasos rotos. La liberación de trombina desde el sitio del sangrado promueve mayores contracciones uterinas haciendo que se instale un ciclo vicioso de contracciones y

sangrado seguido de desprendimiento placentario, más contracciones y más sangrado.

La placenta cubre completamente la parte superior del cuello del útero de esta manera la placenta ocluye toda la abertura cervical.

La placenta previa es en si misma un factor de riesgo de la placenta acreta.

Clasificación Ultrasonografía transvaginal de la Inserción placentaria en el segundo y tercer trimestre.

Inserción placentaria	Distancia del orificio Al Borde placentario
PIN	➤ De 5cm
PIB	➤ De 2 a 5cm.
PPM	➤ De 0 a 2cm.
PPO	➤ 0 cm
PPO Sobrepuesta	OL > de 0cm
PPO total	OL > de 2cm.

2.3 PLACENTA PREVIA.

2.3.1. Fisiopatología

El endometrio, capa uterina de menor grosor determina una decidua más delgada y con menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques y cotiledones, existen menos fibras musculares en relación al segmento superior y con mayor cantidad de fibras colágenas, lo que lo hace distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos, las membranas en el borde placentario son más gruesas y menos elásticas y por la atrofia

de cotiledones secundario al desarrollo insuficiente de la decidua es frecuente la inserción ve lamentososa del cordón.

2.3.2. Etiología

No se ha encontrado aún una causa específica para la placenta previa, pero la principal hipótesis está relacionada con una vascularización anormal del endometrio, la capa interna del útero, por razón de una cicatrización o atrofia causada por traumatismos previos, cirugía o infección.

El trastorno puede deberse a razones multifactoriales, incluyendo una asociación con multiparidad, embarazos múltiples, edad materna avanzada, antecedentes de cesáreas o abortos y, posiblemente, el hábito tabáquico.

2.3.3 Patogenia

En el último trimestre del embarazo, el istmo del útero se despliega para constituir el segmento más bajo del útero. Esos cambios en el segmento inferior del útero parecen ser los iniciadores de la hemorragia clásica del tercer trimestre. En un embarazo normal la placenta no se sobrepone al istmo, por lo que no hay mayor sangrado durante el embarazo. Si la placenta se inserta en el segmento más bajo del útero, es posible que una porción de la placenta se desgarre causando sangrado, por lo general abundante. La inserción placentaria se ve interrumpida a medida que la porción inferior del útero se adelgaza en preparación para el inicio del trabajo de parto. Cuando esto ocurre, el sangrado a nivel del sitio de implantación placentaria se incrementa y las posteriores contracciones uterinas no son suficientes para detener el sangrado por no comprimir los vasos rotos. La liberación de trombina desde el sitio del sangrado promueve mayores contracciones

uterinas, haciendo que se instale un ciclo vicioso de contracciones y sangrado seguido de desprendimiento placentario, más contracciones y más sangrado.

2.2.4. Cuadro clínico

En la Placenta Previa, la hemorragia se caracteriza por ser indolora, con expulsión de sangre líquida, roja rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada, la mayoría de las veces en reposo e incluso durante el sueño. El 35% de las pacientes con placenta previa presentan el primer episodio de hemorragia antes de la semana 30, 33% entre las semanas 30 y 35, y 32% después de la semana 36. El promedio de edad estacional en el que aparece el primer episodio de hemorragia es de 29 semanas.

2.3.5. Diagnóstico por ecografía.

La obtención de la imagen correcta de medición de cumplirlos mismos requisitos técnicos establecidos para la medición de longitud cervical. Si en el plano sagital no se ve el borde placentario, el transductor es angulado en su eje mayor y/o rotando en 90° en cada dirección, evaluando los 4 cuadrantes en búsqueda de tejido placentario, en aquellas PIB de 2do trimestre debe descartarse la placenta de vasa previa. Su detección permite sobrevida del 97 % v/s mortalidad del 56% cuando no hay diagnóstico prenatal¹⁵

Para el diagnóstico de una placenta previa se establece la localización placentaria en relación con el cuello uterino, específicamente, con el orificio cervical interno. Con el avance del embarazo esta relación puede modificarse debido a la formación del segmento inferior. Se han identificado

en edades gestacionales tempranas, placentas previas completas, que en el segundo trimestre han "emigrado", y permitido posteriormente el parto transvaginal sin riesgo obstétrico alguno. Por esta razón, las placentas previas deben ser cuidadosamente exploradas durante la segunda mitad del embarazo, y, si mantienen definitivamente su localización en el segmento inferior, se debe hacer en esta etapa de la gestación el diagnóstico de certeza de esta anomalía placentaria, lo cual obliga al equipo de salud, fundamentalmente a perinatólogos y neonatólogos, a realizar una vigilancia obstétrica más estrecha de estos casos.⁸

La placenta implantada en la zona baja del útero puede cubrir totalmente el orificio cervical interno (placenta previa oclusiva total), puede cubrirlo parcialmente (placenta previa oclusiva parcial) o puede llegar solo al borde orificial (placenta previa marginal)⁹

La frecuencia de esta entidad oscila entre el 1/125 y 1/300 de los nacimientos, según si se consideran solo los casos en los que hay sangrado, o se incluyen todos los casos de inserción placentaria en el segmento inferior. En Cuba, se informa que su frecuencia oscila entre el 0,5 al 1 % del total de partos.

2.3.6 Factores de riesgo de la placenta previa: En relación con los factores de riesgo de placenta previa, se dice que los fundamentales son: historia anterior de placenta previa, edad avanzada de la madre, multiparidad, antecedentes de cesárea anterior y abortos inducidos, embarazo gemelar, y algunos autores incluyen también entre estos al sexo masculino del feto y al tabaquismo durante el embarazo (Anonymous). Se considera que existen 2 grandes grupos de causas responsables de una

inserción placentaria anormal (placenta previa), las trofoblásticas y las endometriales. El primero incluiría las alteraciones propias del huevo fecundado, que serían responsables del retraso de su implantación endometrial, lo que condicionaría su asiento en las zonas bajas del útero. Al segundo grupo pertenecerían algunos trastornos locales del endometrio que afectarían la zona uterina de la implantación ovular normal (fondo o porción superior del útero), haciéndola disfuncional, lo que impediría que el huevo pudiera adherirse a esta zona dañada del útero. Entre ellos se encuentran, las cicatrices uterinas pos legrado o pos cirugía, las endometritis focales y los miomas uterinos¹⁰

La manifestación clínica clásica de la placenta previa es la hemorragia indolora, de color rojo rutilante o "vivo", que aparece de modo súbito, es visible, y cuya cuantía puede ser escasa o profusa. Esta anomalía de la implantación placentaria conlleva a mecanismos de perfusión placentaria anómalos, y producen una reducción del flujo placentario por disminución de la extensión y espesor de las vellosidades coriónicas, lo que puede conllevar a alteraciones fetales y neonatales, así como a la aparición de una gestorragia. En dependencia de la cuantía del sangrado, puede adelantarse natural o artificialmente el momento de la culminación del embarazo, lo que conllevaría, por un lado, riesgo para el recién nacido, y por otro, también produciría un aumento de la morbimortalidad materna, relacionado con la cesárea, como vía necesaria de terminación de la gestación en la mayoría de los casos.¹¹

2.4. Cuadro clínico de la inserción placentaria.

Las mujeres con placenta previa a menudo se presentan sin dolor, sangrado vaginal súbito de color rojo rutilante. El sangrado a menudo se inicia levemente y puede aumentar progresivamente a medida que la zona de separación placentaria aumenta. Se debe sospechar una placenta previa si hay sangrado después de las 24 semanas de gestación. El examen abdominal por lo general se encuentra con un útero no doloroso y relajado. Las maniobras de Leopold pueden revelar al feto en una situación oblicua, transversa ó presentación de nalgas como consecuencia de la posición anormal de la placenta.

Se da una metrorragia que se caracteriza por:

- Sangrado brusco, intermitente, indoloro y sin contracciones.
- Tendencia a los coágulos, a la hemostasia espontánea.
- Es repetitiva, aumenta la intensidad y la frecuencia de los episodios dependiendo del tipo de inserción baja.
- En el tercer trimestre de embarazo toda metrorragia es una placenta previa mientras no se demuestre lo contrario por ecografía.

2.5. Tipos de placenta por ecografía.

Ecografía de la placenta normal.

- La placenta puede identificarse alrededor de la semana 8 mediante ecografía TV.

- Entre las 9 y las 20 semanas la placenta se muestra homogénea y no alcanza los 3cm. de grosor.
- A partir del 5to mes empezamos a apreciar sonolucencia intraplacentarias y pueden empezar a aparecer calcificaciones, la placenta alcanza los 5cm.

Morfología placentaria.

Grado 0 Placenta homogénea propia.

Grado

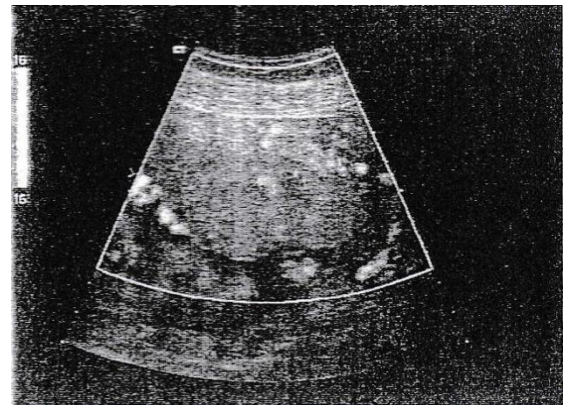
I

Pequeñas

calcificaciones difusas hasta

Del primer trimestre.

Las 30 semanas.

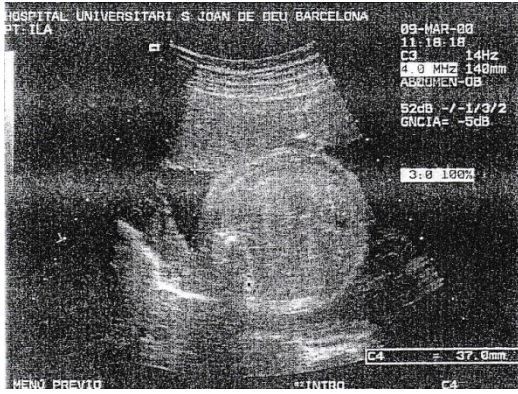


Grado II. Calcificaciones en la placa basilar.

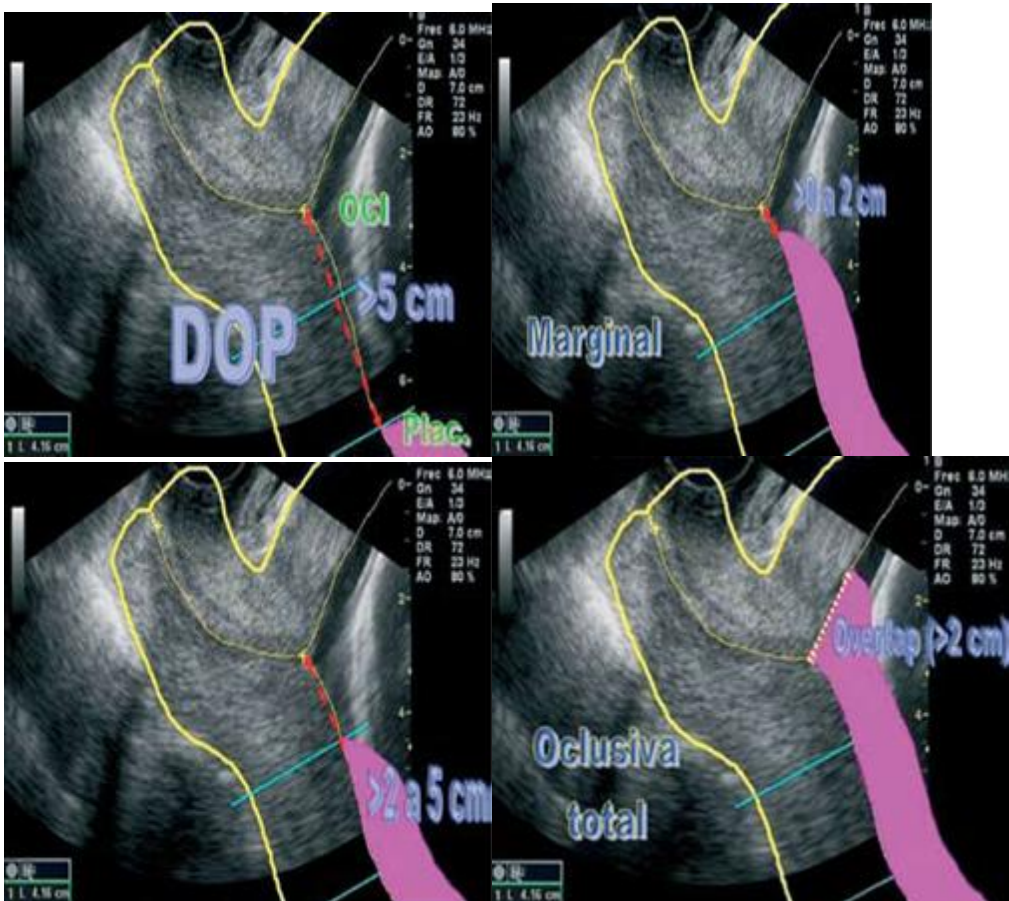
Grado III

Compartimentalización de la placenta

Entre las 30 y las 36 sem.



2.51 CLASIFICACIÓN POR ECOGRAFIA TRANSVAGINAL TOMANDO EN CUENTA LA DISTANCIA DEL ORIFICIO CERVICAL UTERINO.





2.6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS:

Inserción placentaria

Es la implantación que ocurre normalmente en la cavidad endometrial, donde la irrigación vascular es ideal para el desarrollo ulterior de la unidad feto-materna. Debe determinarse la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2º y 3º trimestre.

Placenta previa: La placenta previa es una complicación del embarazo en la que la placenta se implanta de manera total o parcial en la porción inferior del útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino. Por lo general suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre.

Vía de culminación del parto: Mecanismo por el cual se produce la expulsión del feto desde el útero al exterior, puede ser vaginal o normal y distócico o por Cesárea.

CAPITULO III

ASPECTOS OPERACIONALES

2.7. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Hipótesis de estudio

H0

La inserción placentaria diagnosticada por ecografía durante el tercer trimestre del embarazo no está relacionada a la vía de culminación del parto en el Hospital Regional II- 2 Tumbes Julio - Setiembre 2015.

H1

La inserción placentaria diagnosticada por ecografía durante el tercer trimestre del embarazo está relacionada a la vía de culminación del parto en el Hospital Regional II- 2 Tumbes Julio - Setiembre 2015.

2.8. VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES DE ESTUDIO

V 1 Inserción Placentaria en el tercer trimestre de gestación

Indicadores:

<PlacentaNormo inserta

Placenta inserción Baja

Placenta Marginal

Placenta Parcial

Placenta Oclusiva

V2

Vía de culminación del parto

Normal (Vaginal)

Distócico (Cesárea)

2.9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
V1: Inserción Placentaria en el tercer trimestre de gestación	Lugar de inserción placentaria en relación a la distancia con el cuello uterino	Placenta Normo inserta Placenta inserción Baja Placenta Marginal Placenta Parcial Placenta Total
V2 Culminación del parto	Vía de parto: normal Distócico	Vaginal Cesárea

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito Espacial y temporal

El ámbito espacial en que se desarrolló la investigación fue el Hospital Regional II-2. Tumbes, ubicado en prolongación de la avenida Fernando Belaunde Terry S/N Ciudadela de Noe 3era etapa – Tumbes. Durante los meses de enero a agosto del 2015.

3.2 Tipo de investigación

Según la intervención del Investigador fue observacional porque no hubo la intervención del investigador y los datos reflejan la evolución natural de la realidad.

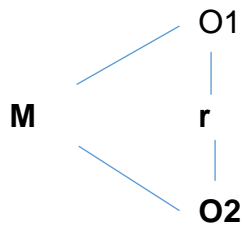
Según la planificación de la toma de datos fue retrospectivo, porque los datos se recogieron de la información existente a propósito de la investigación.

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, fue transversal porque todas las variables fueron medidas en una sola ocasión;

Según el número de variables analíticas fue analítico porque se desarrolló el análisis estadístico para comprobar la relación entre las dos variables de estudio

3.2. Diseño de la investigación

El diseño utilizado fue el descriptivo Correlacional, cuyo esquema es;



Dónde:

M = Población de estudio.

Ox = Diagnóstico por fecha de última regla.

Oy = Diagnóstico por ecografía.

r = Relación

3.3. Determinación del Universo / Población

3.3.1 Universo

El universo estuvo conformado por todas las gestantes que asistieron al Hospital Regional II-2 Tumbes de enero a agosto del 2015.

3.3.2 Población

La población estuvo conformada por las gestantes con resultados ecográfico y atendidas por parto en el Hospital Regional II-2 Tumbes de enero a agosto del 2015, siendo un total de 450 gestantes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes del tercer trimestre del embarazo

- Gestantes con fuentes de información completas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes del primer y segundo trimestre del embarazo.
- Gestantes con fuentes de información incompletas.

3.4. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 80 gestantes con resultados ecográficosy atendidas por parto en el Hospital Regional II-2 Tumbes de enero a agosto del 2015, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.5. TIPO DE MUESTREO:

La muestra fue probabilística en la modalidad intencionada.

3.8. Fuentes, Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.8.1 Fuente de recolección de datos

La fuentes de recolección fueron los reportes ecográficos, historias clínicas y reporte operatorio

3.8.2 TECNICA:

La técnica a utilizar fue el análisis documental

3.8.1 INSTRUMENTOS:

Reporte ecográfico

El instrumento utilizado fue la Ficha de recolección de datos estructurado a propósito de la investigación

3.9. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Mediante la autorización emitida por el Director de la Escuela de Post Grado de la UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN, se solicitó el permiso al Hospital Regional II-2 Tumbes para realizar la presente investigación en el servicio de Obstetricia.

Seguidamente se procedió a la identificación de las historias clínicas de las gestantes del tercer trimestre con resultados ecográficos obstétricos para determinar las características consideradas en el presente estudio, los cuales se obtuvieron del instrumento de recolección de datos.

3.10. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se elaboró una base de datos en la hoja de cálculo Excel, seguidamente serán exportados al software estadístico SPSS 20.0 con los cuales se construyeron los cuadros de contingencia, a los cuales se les aplicó la prueba estadística de independencia de Chi Cuadrado para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.

CAPITULO V

RESULTADOS

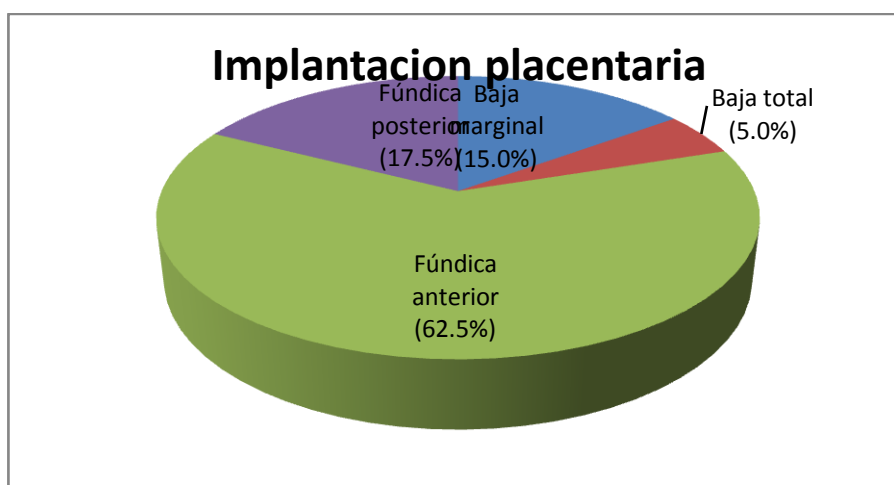
Del análisis del procesamiento de los datos se obtuvieron los siguientes resultados:

Características maternas

Tabla N° 1. TIPO DE IMPLANTACIÓN PLACENTARIA POR ECOGRAFÍA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES DE ENERO – AGOSTO 2015

Tipo de implantacion	F	%
Baja marginal	12	15%
Fundica posterior	50	62.5%
Fundica anterior	14	17.5%
Baja total	4	5%
total	80	100

Grafico N° 1

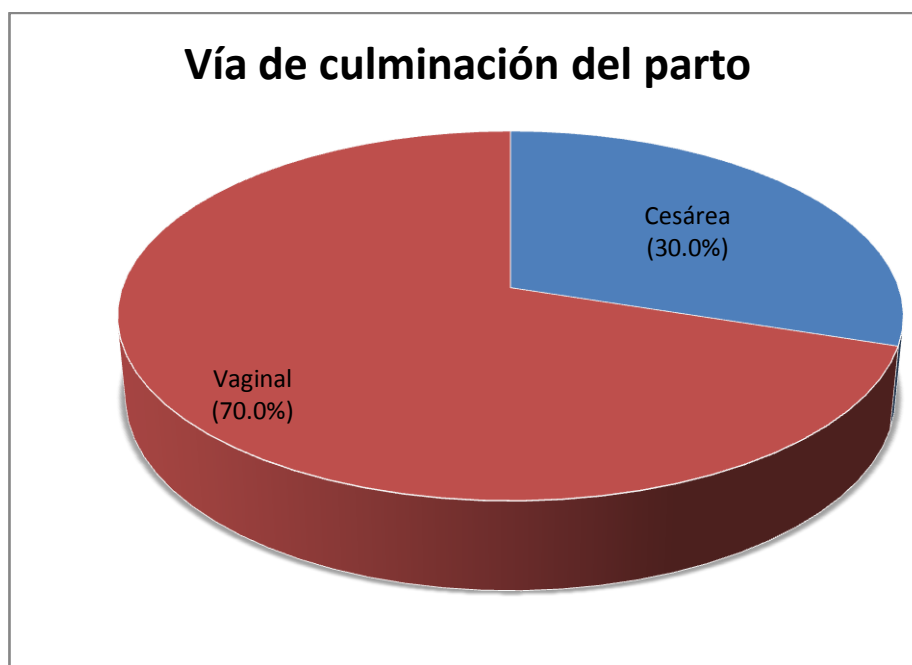


Fuente: base de datos.

En la tabla y grafico N° 01 se observó, quedel 100% (80) de gestantes del tercer trimestre , el 62.5% presento una implantación fúndica anterior, 17.5% fúndica posterior, 15.0% implantación baja marginal y el 5.0% una implantación baja total.Del análisis de la presente tabla se concluye que el mayor porcentaje de implantación placentaria fue la implantación fúndica anterior en 62.5%

GRAFICO 02

VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBESENERO – AGOSTO 2015

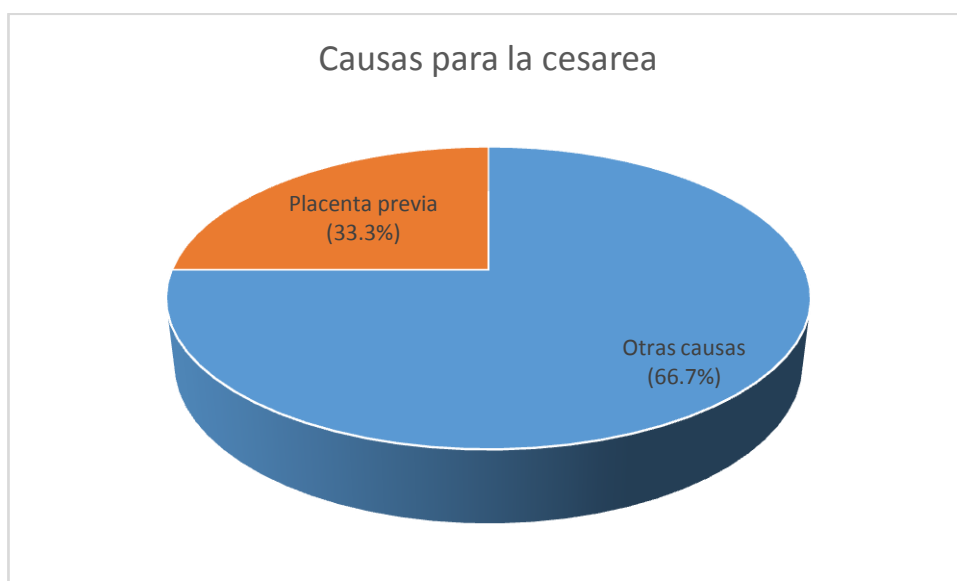


Fuente: base de datos.

El grafico N° 02 se observa que del 100%(80) de gestantes del tercer trimestre , el 70% corresponde a partos de vía vaginal y el 30.0% fue por vía cesárea. Del análisis de la presente tabla se concluye que el mayor porcentaje de la culminación del parto fue por vía vaginal en 70.0%

GRAFICO 03

CAUSAS PARA LA CESÁREA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES ENERO – AGOSTO 2015



Fuente: base de datos.

El grafico N° 03 se observa que el 100% (24) de gestantes cesareadas el 33.3 % fueron debido a las placentas previas diagnosticadas por ecografía , mientras que el 66.6% se debieron a otras causas asociadas. Del análisis de la presente tabla se concluye que el mayor porcentaje de las cesáreas responden a causas ajenas a las placentas previas como situación

transversa, presentación podálica, feto macrosómico, y distocia funicular 66.6%.

TABLA 01

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE IMPLANTACIÓN PLACENTARIA Y LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES ENTRE ENERO A AGOSTO 2015.

IMPLANTACIÓN PLACENTARIA	TIPO DE PARTO					
	Cesárea		vaginal		Total	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Baja marginal	4	5.0%	8	10.0%	12	15.0%
Baja total	4	5.0%	0	0.0%	4	5.0%
Fúndica anterior	14	17.5%	36	45.0%	50	62.5%
Fúndica posterior	2	2.5%	12	15.0%	14	17.5%
Total	24	30.0%	56	70.0%	80	100.0%

Fuente: base de datos.

$X^2 = 5,569$

$Xc^2 = 0,135$

gl = 3

$p > 0,05$

La tabla N° 01 se observa que del 100% de mujeres en estudio el 62.5% (50) presento una implantación fúndica anterior, de ellas el 45.0% (36) tuvo como vía de culminación del parto la vía vaginal, y el 17.5% (14) la vía cesárea. El 17.5% (14) presento una implantación fúndica posterior, de las cuales el 15.0% (12) tuvo como vía de culminación del parto la vía vaginal, y el 2.5% (2) la vía cesárea. El 15.0% (12) presento una implantación baja marginal, de ellas el 10.0% (8) tuvo como vía de culminación del parto la vía vaginal, y el 5.0% (4) la vía cesárea. El 5.0% (2) presento una implantación

baja total, las mimas que tuvieron como vía de culminación del parto la cesárea.

Sometidos los resultados a la prueba de significancia del Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística que demuestre la existencia de una relación entre el tipo de implantación placentaria y la vía de culminación del parto.

Del análisis de la presente tabla se concluye que el mayor tipo de implantación placentaria fue fúndica anterior en 62.5% así como la culminación del parto vaginal en 45%.

TABLA 02

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE IMPLANTACIÓN PLACENTARIA Y LA EDAD MATERNA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES ENTRE ENERO A AGOSTO 2015

EDAD	IMPLANTACIÓN PLACENTARIA									
	Baja marginal		Baja total		Fúndica anterior		Fúndica posterior		Total	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
≤ 22 años	2	2.5%	2	2.5%	18	22.5%	6	7.5%	28	35.0%
De 23 a 28 años	4	5.0%	0	0.0%	20	25.0%	2	2.5%	26	32.5%
De 29 a 34 años	4	5.0%	0	0.0%	4	5.0%	2	2.5%	10	12.5%
De 35 a 40 años	0	0.0%	2	2.5%	0	0.0%	2	2.5%	4	5.0%
≥ 41 años	2	2.5%	0	0.0%	8	10.0%	2	2.5%	12	15.0%
Total	12	15.0%	4	5.0%	50	62.5%	14	17.5%	80	100.0%

Fuente: base de datos.

$$Xt^2 = 16,577$$

$$Xc^2 = 0,166$$

$$gl = 12$$

$$p > 0,05$$

La tabla N° 02 se observa que del 100% (80) de mujeres en estudio el 35% (28) tienen edades menores o iguales a 22 años, de ellas el 22.5% (18) presento una implantación fúndica anterior, 7.5% (6) fúndica posterior, 2.5% (2) presentaron tanto inserción baja marginal como baja total respectivamente. El 32.5% (26) tuvieron edades comprendidas entre 23 a 28 años de edad de ellas el 25.0% (20) presento una implantación fúndica anterior, el 5.0% (4) baja marginal, y el 2.5% (2) fúndica posterior.

Sometidos los resultados a la prueba de significancia del Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística que demuestre la existencia de una relación entre el tipo de implantación placentaria y la edad materna.

Del análisis de la presente tabla se concluye que el 35.0% de las mujeres tuvieron edades menor o igual a 22 años, y presentaron implantación fúndica anterior.

TABLA 03

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE IMPLANTACIÓN PLACENTARIA Y LA PARIDAD DE LAS GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBESENTE ENERO A AGOSTO 2015

IMPLANTACIÓN PLACENTARIA

PARIDAD	Baja marginal		Baja total		Fúndica anterior		Fúndica posterior		Total	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Múltipara	8	10.0%	2	2.5%	24	30.0%	12	15.0%	46	57.5%
Primípara	4	5.0%	2	2.5%	26	32.5%	2	2.5%	34	42.5%
Total	12	15.0%	4	5.0%	50	62.5%	14	17.5%	80	100.0%

Fuente: base de datos.

$$Xt^2 = 3,456$$

$$Xc^2 = 0,327$$

$$gl = 3$$

$$p > 0,05$$

La tabla N° 03 se observa que del 100% (80) de mujeres en estudio, el 57.5% (46) fueron múltiparas, de las cuales el 30.0% (24) presento una implantación fúndica anterior, 15.0% (12) fúndica posterior, 10.0% (8) inserción baja marginal y el 2.5% (2) inserción baja total. El 42.5% (34) fueron primíparas de ellas el 32.5% (26) presento una implantación fúndica anterior, el 5.0% (4) baja marginal, y el 2.5% (2) implantación baja total.

Sometidos los resultados a la prueba de significancia del Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística que demuestre la existencia de una relación entre el tipo de implantación placentaria y la paridad de la gestante.

Del análisis de la presente tabla se concluye que, el 30.0% de las mujeres que presentaron implantación fúndica anterior fueron múltiparas.

TABLA 04
RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE IMPLANTACIÓN PLACENTARIA Y LOS ANTECEDENTES DE LEGRADO UTERINO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL HOSPIYAL REGIONAL 2-II TUMBES ENTRE ENERO A AGOSTO 2015

Antecedente de legrado uterino	IMPLANTACIÓN PLACENTARIA								Total	
	Baja marginal		Baja total		Fúndica anterior		Fúndica posterior			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
No	4	5.0%	0	0.0%	42	52.5%	14	17.5%	60	75.0%
Si	8	10.0%	4	5.0%	8	10.0%	0	0.0%	20	25.0%
Total	12	15.0%	4	5.0%	50	62.5%	14	17.5%	80	100.0%

Fuente: base de datos.

$$Xt^2 = 14,969$$

$$Xc^2 = 0,002$$

$$gl = 3$$

$$p > 0,05$$

La tabla N° 04 se observa que del 100% (80) de mujeres en estudio el 75%(60) no presentaron antecedentes de legrado uterino, de ellas el 52.5% (42) presento una implantación fúndica anterior, 17.5% (14) fúndica posterior y el 5.0% (4) inserción baja marginal.

El 25.0% (20) presentaron antecedente de legrado uterino, de ellas el 10.0% (8) presentaron tanto inserción baja marginal así como placenta fúndica anterior y el 5.0% (4) inserción baja total.

Sometidos los resultados a la prueba de significancia del Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística que demuestre la existencia de una relación entre el tipo de implantación placentaria y los antecedentes de legrado uterino.

Del análisis de la presente tabla se concluye que el 52.5% de las mujeres que no tuvieron antecedentes de legrado uterino, presentaron implantación fúndica anterior.

TABLA 05
RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE IMPLANTACIÓN PLACENTARIA Y LOS ANTECEDENTES DE CESÁREA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES ENTRE ENERO A AGOSTO 2015

Antecedente de cesárea	IMPLANTACIÓN PLACENTARIA								Total	
	Baja marginal		Baja total		Fúndica anterior		Fúndica posterior			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
No	15	12.5%	4	5.0%	48	60.0%	14	17.5%	76	95.0%
Si	2	2.5%	0	0.0%	2	2.5%	0	0.0%	4	5.0%
Total	12	15.0%	4	5.0%	50	62.5%	14	17.5%	80	100.0%

Fuente: base de datos.

$$Xt^2 = 2,246$$

$$Xc^2 = 0,523$$

$$gl = 3$$

$$p > 0,05$$

La tabla N° 04 se observa que del 100% (80) de mujeres en estudio, el 95% (76) no tienen antecedentes de cesárea, de ellas el 60.0% (48) presento una implantación fúndica anterior, 17.5% (14) fúndica posterior, el 12.5% (10) inserción baja marginal y el 5.0% (4) inserción baja total. El 5.0% (4)

presentaron antecedentes de cesárea, de ellas el 2.5% (2) presentaron tanto una implantación fúndica anterior como una inserción baja marginal respectivamente.

Sometidos los resultados a la prueba de significancia del Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística que demuestre la existencia de una relación entre el tipo de implantación placentaria y los antecedentes de cesárea.

Del análisis de la presente tabla se concluye que, El 60.0%de las mujeres quienes no tuvieron cesárea anterior, presentaron implantación fúndica anterior.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

En el presente estudio la incidencia del tipo de implantación de la placenta detectada por ecografía fue la fúndica anterior en 62.5%. al respecto Caldera R.J, menciona que la placentación ocurre normalmente en las zonas altas de la cavidad endometrial, donde la irrigación vascular es ideal para el desarrollo ulterior de la unidad feto-materna, que representa la placenta, encargada de múltiples funciones durante la vida fetal, relacionadas directamente con la respiración, el transporte de oxígeno y de nutrientes a los tejidos fetales, y la regulación del metabolismo fetal, así como con la excreción de los desechos de la función celular fetal, la implantación normal de la placenta es fúndica en el tercer trimestre, cuando la placenta se implanta en las porciones bajas del cuerpo uterino se considera como una inserción baja placentaria y es de menor incidencia. ⁽⁸⁾.

Los antecedentes de cesárea (5%), legrado uterino (25%) así como las mujeres multíparas (45.2%) hallados en este estudio son factores de riesgo para la implantación de la placenta en la cavidad uterina por cuanto quedan zonas de menor irrigación, tejido cicatricial y adherencias que impiden la regeneración del endometrio restando terreno apto para la implantación en la zona habitual. Neilson JP⁵, refiere que, las anomalías de la inserción placentaria se asocian con complicaciones maternas severas y resultados perinatales adversos. Desde el punto de vista materno, se asocia con un riesgo significativo de hemorragias, transfusiones, alta frecuencia de

cesárea, histerectomía postcesárea, septicemia, tromboflebitis, hospitalización y muerte.

El mejor entendimiento y conocimiento de los factores de riesgo y el mejoramiento tecnológico de las pruebas diagnósticas como la ecografía, nos permite en la mayoría de los casos obtener diagnósticos tempranos, que hacen posible la preparación adecuada y correcta para el momento y determinar la culminación del parto ya sea vaginal o por cesárea y evitar complicaciones. En el presente estudio se halló un 30% de gestantes del tercer trimestre con resultados ecográficos de implantación baja y marginal que fueron referidas al Hospital Regional y concluyeron el parto por vía abdominal o cesárea.

Se acepta en la mayoría de los estudios, que la edad materna avanzada representa un factor relevante en la génesis de la PP. En la presente serie, los hallazgos muestran que el grupo predominante fue entre aquellas menores o igual de 22 años hasta los 34 años, quienes presentaron implantación baja marginal y baja total, lo cual resulta similar a lo reportado por *Drs. Marianela Rivas G, y col.*¹⁶ no así con otros autores quienes coinciden que el mayor número de casos se presentó en mujeres mayores de 35 años. El grupo de menor edad es el reportado por Niswander y col¹⁹, entre 16 y 29 años.

La valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultra sonográfica obstétrica de rutina, lo cual permite el diagnóstico antenatal de localización anormal de la placenta; es aquí, que sobre todo frente a una localización anormal (Ej. Placenta previa) o frente a

factores de riesgo, se debe dirigir los métodos diagnósticos disponibles (ecografía, Resonancia Magnética computarizada o ambas) para confirmar o descartar un trastorno adherencial de la placenta y confirmar la situación próxima del parto.

CONCLUSIONES

- El 62.5% de gestantes en estudio presentaron una implantación fúndica anterior.
- El 70.0% de gestantes cuya vía de culminación fue el parto vaginal, el 45% de ellas presentaron implantación fúndica anterior,
- El 35.0% de gestantes de edades menor o igual a 22 años, presentaron implantación fúndica anterior.
- El 52.5% de gestantes sin antecedentes de legrado uterino, presentaron implantación fúndica anterior, y el 60.0% de gestantes cesareadas también presentaron implantación fúndica anterior,
- No se halló evidencia estadística que relacione el tipo de implantación placentaria con el tipo de parto, edad materna, paridad, antecedentes de legrado uterino y antecedentes de cesárea.

RECOMENDACIÓN

- A los establecimientos de salud de todos los niveles, la necesidad de contar con profesionales obstetras capacitados en ecografía obstétrica para realizar acciones que garanticen la conducta obstétrica más conveniente.
- Al personal responsable de realizar el control prenatal, hacer el diagnóstico oportuno, disminuir los riesgos del parto, poniendo en práctica la normatización, vigilancia, supervisión y evaluación de la atención institucional, proveer a los servicios de sala de partos de los recursos necesarios para la resolución conveniente de estos casos, con el fin de disminuir la morbilidad fetal y prevención de muertes maternas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lira Plascencia J.y col. Placenta previa, incidencia, consideraciones y repercusiones maternas. Rev. Cubana Obstet Ginecol; 24(2):92-7. 1998
2. Cunningham G, Gant NF, y colaboradores. Hemorragia obstétrica. Williams Obstetricia 21ª edición. 2001:543-4
3. Revista médica (Cochabamba) versión impresa ISSN 2074-4609 v.18 n.28 Cochabamba ago. 2007
4. Finberg y Williams. Tópicos Selectos en Emergencias Obstétricas Acretismo placentario y su diagnóstico antenatal. México 2012.
5. Neilson JP. Ecografía de Rutina al final de embarazo 2008. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796263.
6. Oyelese Y, Smulian JC. placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Ostet Gynecol Perinatal Instituto, Jersey Shore Univ Med Ctr 1944 State Route 33 Neptune, NJ 07753 2006.
7. Strasman P. Placenta previa. Rev Ginecol. 1992;67:68-76.
8. Caldera R. Placenta previa. J Obstet Gynecol. 1999;46:531-44
9. González-Bosquet E, Rabanal M, Villaseca S. Urgencias hemorrágicas en la segunda mitad de la gestación. JANO. 2000;59(1359):54-7.
10. Álvarez PL, Águila S, Acosta RB. Sangramiento en obstetricia. En: Rigol O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.137-63.

11. www.scielo.org.bo/pdf/rmcba/v18n28/v18n28a07.pdf
12. Caro J, Bustos L, Ríos Á, Bernales J, Pape N. Histerectomía obstétrica en el Hospital de Puerto Montt, 2000-2005. Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(5): 313-9.
13. Ananth CV. Relationship among placenta previa, fetal growth, restriction and preterm delivery: A population based study. Obstet Gynecol 2001; 98: 299 - 306.
14. Royal College Obstetricians and Gynaecologists. Placenta praevia accreta: Diagnosis and management. RCOG Guideline N° 27 2011; January: 1- 26.
15. Drs. M Eugenia Urrutia, Susana Aguilera Peña, Lorena Quiroz Villavicencio, Leonardo Zúñiga Ibaceta, Juan Guillermo Rodríguez Aris.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFIA OBSTETRICA Y
MONITOREO FETAL

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº de Historia Clínica:

I. DATOS GENERALES DE LA GESTANTE:

a. Edad

b. Paridad

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 a mas ()

c. Antecedentes de legrado uterino

1. Si () 2. No () 3. Hace cuanto tiempo.....

d. Antecedentes de cesárea

1. Si () 2. No () 3. Hace cuanto tiempo.....

II. INFORME PLACENTARIO POR ECOGRAFÍA

a. Localización: Fúndica () Anterior () Posterior ()

b. Inserción: Baja () Marginal () Parcial ()
Total ()

c. Espesor.....

Grado 0 () I () II () III ()

Reporte ecográfico:

III. ASPECTOS RELACIONADOS A LA CULMINACIÓN DEL PARTO

a. Tipo de parto:

1. Vaginal () 2. Cesárea ()

b. Tipo de alumbramiento:

1. Espontáneo () 2. Dirigido ()

c. Complicaciones durante el alumbramiento:

1. Si ()

2. No ()

* Si la respuesta es Sí, considerar la patología presentada:.....
