

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia**

**IMPORTANCIA DE LA ULTRASONOGRAFÍA OBSTÉTRICA  
EN PLACENTA PREVIA ATENDIDA EN CONSULTORIO  
ESPECIALIZADO, AREQUIPA-2024**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**Presentado por:**

**Lic. Obst. Roxana Inés Pacheco Carmona**

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

**Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica**

**TACNA - PERÚ**

**2025**

# UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

IMPORTANCIA DE LA ULTRASONOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN  
PLACENTA PREVIA ATENDIDA EN CONSULTORIO  
ESPECIALIZADO, AREQUIPA-2024

## TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

Lic. Obst. Roxana Inés Pacheco Carmona

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:  
Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica

Aprobada por **unanimidad** ante el siguiente jurado:



Dra. Karen Meddellit Mendoza Gutierrez  
Presidenta



Mg. Yolanda Ana Phocco Pari  
Secretaria



Dra. Soledad Carmen Sotelo Gonzales  
Vocal



Dra. Soledad Carmen Sotelo Gonzales  
Asesora



**CERTIFICADO DE SIMILITUD**

Yo, Dra. Soledad Carmen Sotelo Gonzales, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 119-2024-SEP/FACS-UNJBG del 05 de agosto de 2024, de la Trabajo Académico titulado: **IMPORTANCIA DE LA ULTRASONOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN PLACENTA PREVIA ATENDIDA EN CONSULTORIO ESPECIALIZADO, AREQUIPA-2024**, presentado por la Lic. Obst. Roxana Inés Pacheco Carmona. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 14 %. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Trabajo Académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 21 de julio de 2025.

FIRMA ASESORA  
Nombres y Apellidos: Soledad Carmen Sotelo Gonzales  
DNI: 22093767



Huella dactilar

FIRMA AUTORA  
Nombres y Apellidos: Roxana Inés Pacheco Carmona



Huella dactilar

## **DEDICATORIA:**

A Dios por darme la sabiduría y la fortaleza para seguir adelante y a mi hijo Victorjavier que es mi gran inspiración.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme la vida sabiduría y la fortaleza para seguir adelante.

A mi hijo Victorjavier que es mi gran inspiración.

A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann por incentivar la capacitación constante.

A la Obstetra Soledad Carmen Sotelo Gonzales, por su paciencia y dedicación en el proceso y desarrollo del trabajo académico.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b> .....	iv
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	v
<b>ÍNDICE</b> .....	vi
<b>RESUMEN</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>INTRODUCCION</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	3
1.1 Descripción del problema .....	3
1.2 Formulación del problema .....	6
1.3 Justificación e importancia.....	6
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1 Objetivo General.....	7
1.4.2 Objetivos Específicos.....	7
<b>CAPÍTULO II MARCO CONCEPTUAL</b> .....	8
2.1 Placenta Previa .....	8
2.2 Definición.....	8
2.3 Clasificación.....	8
2.4 Incidencia.....	11
2.5 Etiología .....	11
2.6 Factores de riesgo .....	12
2.7. Fisiopatología .....	15
2.8. Formas Clínicas.....	15
2.9. Exámenes auxiliares.....	17
2.10 Manejo.....	23
2.11 Complicaciones.....	26
<b>CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO</b> .....	28
Historia clínica .....	36
<b>CAPÍTULO IV DISCUSIÓN</b> .....	48
<b>CONCLUSIONES</b> .....	52
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	54
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	56
<b>ANEXOS</b> .....	61

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la Importancia de la ultrasonografía obstétrica en el diagnóstico y seguimiento ecográfico de placenta previa. **Metodología:** Análisis de un reporte de caso de una gestante de 20 semanas que acude al consultorio especializado Eco Obstetra para control prenatal y evaluación ecográfica. **Resultados:** El examen ecográfico revela una gestación de 20 semanas y 5 días por biometría fetal, feto en situación transversa, frecuencia cardíaca fetal de 143 latidos por minuto. Ponderado fetal (Hadlock): 376.5 gramos. no se observa alteraciones morfológicas. Placenta de Inserción baja (cubre orificio cervical interno), 25 milímetros. De grosor, Grado I/III acorde a edad gestacional. No se observa hematomas. Inserción central de cordón umbilical en placenta. Líquido amniótico normal. Sexo fetal masculino. Paciente no refiere sangrado vaginal. A las 28 semanas persiste inserción baja de placenta. A las 32 semanas se observa placenta previa, sin signos de acretismo placentario a la exploración ecográfica. Paciente es programada para cesárea a las 37 semanas. **Conclusiones:** La ultrasonografía obstétrica permite diagnosticar la placenta previa, realizar seguimiento, así como decidir la mejor la vía de parto, evitando complicaciones.

**Palabras clave:** Ultrasonografía obstétrica, placenta previa, seguimiento ecográfico.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the importance of obstetric ultrasound in the diagnosis and sonographic follow-up of placenta previa. **Methodology:** Analysis of a case report of a 20-week pregnant woman who attended the specialized Eco Obstetrician's office for prenatal care and ultrasound evaluation. **Results:** The ultrasound examination revealed a gestation of 20 weeks and 5 days by fetal biometry, fetus in transverse position, fetal heart rate of 143 beats per minute. Fetal weight (Hadlock): 376.5 grams. No morphological alterations were observed. Low-lying placenta (covering internal cervical os), 25 millimeters thick, Grade I / III according to gestational age. No hematomas were observed. Central insertion of umbilical cord in the placenta. Normal amniotic fluid. Fetal sex male. Patient does not report vaginal bleeding. At 28 weeks, low insertion of the placenta persists. At 32 weeks, placenta previa was observed, with no signs of placental accreta on ultrasound. The patient was scheduled for a cesarean section at 37 weeks. **Conclusions:** Obstetric ultrasound allows for the diagnosis of placenta previa, monitoring, and determining the optimal delivery route, avoiding complications.

**Keywords:** Obstetric ultrasonography, placenta previa, ultrasound follow-up.

## INTRODUCCIÓN

La placenta previa es una condición obstétrica caracterizada por la implantación total o parcial de la placenta sobre el orificio cervical interno, impidiendo un parto vaginal y suele requerir una cesárea. Puede detectarse precozmente por ecografía, aunque a veces se presenta con sangrado indoloro en el segundo o tercer trimestre. Su presencia también aumenta el riesgo de desarrollar el espectro de placenta acreta, complicando el manejo clínico y quirúrgico del embarazo (1).

Se estima una incidencia anual de placenta previa de 2.8 a 4.8 por cada 1000 partos en las gestaciones únicas, y en las gestaciones múltiples de 3.9 por cada 1000, en Estados Unidos. En el Instituto Nacional Materno Perinatal, se realizaron 80 cesáreas por placenta previa, lo que representa el 2.5 del total de las cesáreas; por ende, se observa, una frecuencia de 5.9 casos de placenta previa por cada 1000 partos (2).

En los últimos años, la implementación sistemática de la ecografía en consultorios especializados ha permitido no solo detectar tempranamente casos de placenta previa, sino también evaluar con mayor precisión la implantación placentaria, longitud cervical y otras condiciones obstétricas relevantes. Este enfoque ha mejorado de manera significativa el manejo clínico, contribuyendo a disminuir la morbilidad materno-fetal,

especialmente en contextos con infraestructura adecuada y personal capacitado.

La ciudad de Arequipa, reconocida como un centro de referencia en el sur del Perú, ha mostrado un creciente interés en fortalecer los servicios de salud materna mediante la incorporación de tecnologías diagnósticas modernas. En este marco, resulta pertinente evaluar el rol de la ecografía obstétrica en el diagnóstico y seguimiento de la placenta previa en consultorios especializados, considerando las particularidades de la población local y las necesidades específicas del sistema de salud regional.

La presente investigación tiene como objetivo principal analizar la importancia de la ultrasonografía obstétrica en el diagnóstico de placenta previa en un consultorio especializado de la ciudad de Arequipa durante el año 2024. Asimismo, busca evidenciar el impacto de esta herramienta en la planificación del manejo clínico y en los resultados perinatales, destacando la necesidad de fortalecer las capacidades diagnósticas en el primer nivel de atención especializada como una estrategia clave para optimizar la calidad de los servicios de salud materna, organizada en los siguientes capítulos: **Capítulo I:** Planteamiento del problema, justificación y objetivos. **Capítulo II:** Marco conceptual. **Capítulo III:** Marco metodológico. **Capítulo IV:** Discusión, conclusiones y recomendaciones

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción del problema**

El embarazo, aunque es un proceso fisiológico, puede presentar complicaciones que ponen en riesgo la salud tanto de la madre como del feto (3). Una de estas complicaciones es la hemorragia obstétrica, que continúa siendo una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2023 murieron 712 mujeres diariamente por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, el 94% de ellas en países en desarrollo. Estas muertes se deben, en gran parte, a hemorragias severas, hipertensión, infecciones y complicaciones relacionadas con el aborto, muchas de las cuales son evitables mediante una atención médica oportuna y de calidad. (4)

Dentro de las causas más relevantes de hemorragia obstétrica se encuentra la placenta previa, una condición caracterizada por la implantación anómala de la placenta en el segmento inferior del útero, cubriendo parcial o totalmente el orificio cervical interno. Esta patología puede provocar sangrado vaginal indoloro, especialmente en el segundo o tercer trimestre del embarazo, y generalmente impide un parto vaginal seguro, requiriendo cesárea. También puede asociarse a otras

complicaciones como el espectro de placenta acreta y la restricción del crecimiento fetal, especialmente en pacientes con antecedentes de cesáreas previas (1).

Gracias al acceso cada vez más extendido a equipos ecográficos, la placenta previa es actualmente una de las patologías obstétricas más diagnosticadas (5). Sin embargo, aunque la ecografía permite su detección temprana, no siempre predice el riesgo de hemorragias severas, lo que complica su manejo clínico y quirúrgico (6).

Los riesgos que comprenden las pacientes con placenta previa o placenta baja son: La restricción de crecimiento fetal temprana o tardía, la inserción velamentosa del cordón umbilical (factor de riesgo de vasa previa), acretismo placentario en mujeres que se han sometido a una cesaría previa y que han tenido placenta previa el riesgo es mayor, a medida que aumenta el número de cesáreas previas el riesgo de acretismo placentario se incrementa más (7).

Las estadísticas evidencian la relevancia del problema: en Estados Unidos, la incidencia de placenta previa varía entre 2.8 y 4.8 por cada 1000 partos únicos y 3.9 por cada 1000 en gestaciones múltiples (2). En Ecuador, se estima que el 1.6% de las 190 muertes maternas registradas en 2021 se debieron a placenta previa (8). En Perú, esta condición ha contribuido

significativamente a que la hemorragia obstétrica se mantenga como la principal causa de muerte materna en los últimos años, alcanzando el 23.1% en 2019 (9).

En el Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú, se reportaron 80 cesáreas por placenta previa, lo que representó el 2.5% del total, con una frecuencia de 5.9 casos por cada 1000 partos. Estos datos reflejan no solo la alta incidencia de esta patología, sino también sus implicancias clínicas y sociales (2).

La identificación temprana de placenta previa mediante ultrasonido, así como la planificación adecuada del parto por cesárea, son estrategias clave para reducir la morbilidad materna y neonatal. Aun así, la persistencia de casos graves demuestra la necesidad urgente de fortalecer la detección, prevención y manejo oportuno de esta condición (10).

Por ello, es fundamental profundizar en el estudio de la placenta previa, evaluando la utilidad del estudio ecográfico, en un contexto específico como es un consultorio especializado, con el objetivo de implementar estrategias efectivas que mejoren la salud materna y perinatal (11).

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la Importancia de la ultrasonografía obstétrica en el diagnóstico de placenta previa atendida en un consultorio especializado, Arequipa - 2024?

## **1.3 Justificación e importancia**

La placenta previa es una condición obstétrica seria que puede tener consecuencias significativas tanto para la madre como para el feto (6). Esta condición puede llevar a complicaciones graves como hemorragia prenatal, parto prematuro y la necesidad de una cesárea. La ecografía se ha convertido en una herramienta fundamental en la evaluación y manejo de esta condición (10).

La ecografía por vía de acceso transabdominal y transvaginal nos permite la definición clara de la relación entre la placenta y el orificio cervical interno demostrando ser métodos efectivos para el diagnóstico de la placenta previa. Sin embargo, la precisión y la utilidad de estos métodos pueden variar dependiendo de la habilidad del operador, la calidad del equipo y el momento en que se realiza la ecografía durante el embarazo (10). Por ello, evaluar la utilidad del estudio ecográfico en un caso de placenta previa, en un contexto específico como es un consultorio especializado, permitirá adaptar y optimizar los protocolos de atención, garantizando que las gestantes reciban la mejor atención posible (11).

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Analizar la Importancia de la ultrasonografía obstétrica en el diagnóstico de placenta previa atendida en un consultorio especializado, Arequipa – 2024

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar las características clínicas de la gestante diagnosticada con placenta previa mediante ecografía en el consultorio Eco Obstetra, Arequipa – 2024.
2. Describir los hallazgos ecográficos para determinar el diagnóstico de placenta previa en una gestante atendida en Consultorio Especializado Eco Obstetra Arequipa, 2024.
3. Conocer el seguimiento del control Ecográfico en una gestante con placenta previa atendida en Consultorio Especializado Eco Obstetra Arequipa, 2024.
4. Detallar los resultados maternos y perinatales en una gestante con diagnóstico ecográfico de placenta previa atendida en el consultorio especializado.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO CONCEPTUAL**

#### **2.1 Fundamentos Teóricos**

##### **2.1.1 Patología: Placenta Previa**

##### **2.1.2 Definición**

La placenta previa se refiere a una placenta que recubre o está cerca del cuello uterino, obstruyendo el parto. Sin embargo, estrictamente hablando, el término previa debe limitarse a los casos en los que la placenta cubre el cuello uterino, mientras que aquellos en los que la placenta se encuentra cerca deben denominarse placenta baja (10).

##### **2.1.3 Clasificación**

Clasificación de la ultrasonografía obstétrica de la localización placentaria (II y III trimestre) (10)

- Placenta baja: El borde inferior de la placenta está a menos 2 centímetros del orificio cervical interno.
- Placenta previa: Placenta que cubre cuello uterino a partir de las 32 semanas de gestación.

Las **formas clínicas** de la placenta previa se clasifican principalmente en cuatro categorías: placenta previa total, parcial, marginal y de inserción baja. Cada una de estas formas tiene implicaciones distintas para el manejo obstétrico y el pronóstico materno-fetal.

a) **Placenta previa total:** Se define como aquella en la que la placenta cubre completamente el orificio cervical interno (OCI). Esta es la forma más grave y, generalmente, requiere una cesárea para evitar complicaciones, como hemorragias severas durante el parto (12). En un estudio reciente, se observó que el 93% de los casos de placenta previa total resultaron en cesáreas, lo que subraya la necesidad de un manejo cuidadoso en estos casos (13). Además, la placenta previa total está asociada con un mayor riesgo de complicaciones, como la placenta acreta, que puede complicar aún más el manejo quirúrgico (14).

b) **Placenta previa parcial:** Implica que la placenta cubre parcialmente el orificio cervical interno. Dependiendo del grado de cobertura y de la evolución del embarazo, también puede requerir una cesárea. La evaluación ecográfica es crucial para determinar el manejo adecuado, ya que algunas placentas que se encuentran a menos de 1 centímetro del orificio cervical interno no presentan

migración, lo que puede influir en la decisión sobre el tipo de parto (15).

c) **Placenta previa marginal:** Se caracteriza por la placenta que se encuentra cerca del orificio cervical interno, tocando su borde, pero sin cubrirlo. En estos casos, es posible intentar un parto vaginal, aunque requiera un monitoreo cercano (15). La literatura sugiere que las mujeres con placenta previa marginal pueden tener un mejor pronóstico en comparación con aquellas con placenta previa total o parcial, pero aun así deben ser vigiladas de cerca (16).

d) **Placenta de inserción baja:** Se refiere a una placenta que se implanta en la parte inferior del útero, pero no alcanza a tocar el orificio cervical interno. Aunque esta condición es menos grave, sigue siendo un riesgo que debe ser monitoreado, ya que puede evolucionar hacia una placenta previa (17).

La identificación temprana de estas condiciones a través de ultrasonido es esencial para el manejo adecuado y la planificación del parto (18). Estas clasificaciones son fundamentales para determinar el manejo obstétrico adecuado y minimizar los riesgos para la madre y el feto.

La identificación de factores de riesgo, como antecedentes de cesáreas previas o abortos, también juega un papel crucial en la evaluación y el tratamiento de la placenta previa (19). En resumen, el conocimiento de las diferentes formas clínicas de la placenta previa y su manejo adecuado es vital para mejorar los resultados maternos y perinatales. La atención obstétrica debe ser individualizada, considerando las características específicas de cada paciente y la evolución del embarazo.

#### **2.1.4 Incidencia**

La incidencia a nivel mundial es de 5 de cada 1.000 partos y recientemente ha aumentado debido al aumento de los partos por cesárea. En embarazos únicos la prevalencia de placenta previa es de 2.8 por 1000 embarazos y de 3.9 en embarazos dobles a nivel nacional (2).

#### **2.1.5 Etiología**

La causa subyacente de la placenta previa no ha sido completamente esclarecida. No obstante, se ha identificado una asociación significativa entre el daño previo a la pared uterina — particularmente en mujeres con antecedentes de cesárea— y el desarrollo posterior de esta condición. La presencia de una cicatriz uterina podría interferir con el proceso de trofotropismo, mediante el cual

la placenta tiende a implantarse y crecer en dirección hacia el fondo uterino en lugar del segmento inferior. Esta alteración podría favorecer la implantación anómala cerca o sobre el orificio cervical. Asimismo, se han propuesto otras teorías etiológicas, como la implantación placentaria anormal secundaria a una superficie endometrial insuficiente o inadecuada en el fondo uterino, lo cual estaría relacionado con diversos factores de riesgo maternos (9).

#### **2.1.6 Factores de riesgo**

Características biológicas o conductas que incrementa la probabilidad de padecer o morir de alguna enfermedad en las personas que la presentan. (20)

- **Antecedentes de cesárea**, el daño previo de la pared uterina la presencia de una cicatriz de cesárea podría alterar el trofotropismo y evitar la migración de la placenta (10).
- **Edad mayor de 35 años**. Las mujeres con edad materna avanzada tienen un mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales. Los riesgos relacionados con la edad aumentan con los años por las patologías que se pueden presentar (21).

- **Paridad:** Se describe que tener varios partos afecta en la capacidad fisiológica del útero a nivel de sus fibras musculares alterando su elasticidad y contractibilidad. La multiparidad y el número de cesáreas previas crean el efecto sinergista que incrementa el riesgo de presentar placenta previa (22).
- **Antecedentes de legrado uterino:** El legrado uterino puede causar lesiones en el revestimiento uterino, esta cicatriz después del legrado uterino puede alterar la vascularización y función del útero. Al parecer las alteraciones endometriales debidas a cicatrices, embarazos previos o legrados vigorosos, reducen el área adecuada para la implantación de la placenta.
- **Antecedentes de endometritis:** Puede causar cambios en el útero las cicatrices, adherencias en el útero, inflamación crónica, alteraciones hormonales puede afectar la implantación de la placenta, así como incrementar el riesgo de placenta acreta. las mujeres embarazadas con endometriosis a menudo presentan adherencias posteriores extrauterinas, lo que dificulta la exteriorización del útero. Por lo tanto, las pacientes con placenta previa y endometriosis que tuvieron un parto por cesárea pueden tener una mayor tasa de complicaciones quirúrgicas en comparación con las pacientes con placenta previa sin endometriosis (23).

- **Antecedentes miomectomía:** Puede dejar cicatrices en el útero, altera la vascularización sanguínea uterina, cambia la forma del útero, la inflamación y adherencias en el útero puede aumentar el riesgo de placenta previa. Las incisiones dentro del útero para extirpar los fibromas pueden conducir a adherencias—bandas de tejido cicatricial que podrían desarrollarse después de la cirugía (7)
- **Periodo Intergenésico corto:** El periodo intergenésico corto puede no permitir que el útero se recupere adecuadamente así mismo altera los niveles hormonales que puede aumentar el riesgo de placenta previa. la OMS ha recomendado un intervalo mayor de 2 años y menor de 5, intervalos bajo 18 meses se asocian a aumento del riesgo materno y perinatal. Los 2 años mínimos sugeridos serían consistentes con la recomendación de la UNICEF de 2 años de lactancia materna (24).
- **Tumores uterinos:** Los tumores uterinos, en especial los leiomiomas (miomas), se consideran factores de riesgo para la placenta previa debido a su capacidad para alterar la anatomía y fisiología del útero, lo que puede interferir con la implantación normal del embrión y el desarrollo de la placenta. Cuando hay tumores que alteran la irrigación en el fondo uterino, la placenta puede desarrollarse hacia regiones inferiores, incluyendo el segmento uterino inferior y el cuello (7).

### **2.1.7. Fisiopatología**

No se sabe porque una placenta se implanta en el segmento uterino inferior y no en el fondo, parece que la cicatriz uterina ocasiona disrupción de la cavidad uterina causando daño en el miometrio y endometrio lo que altera la superficie y la circulación. La relación entre el borde placentario y el orificio cervical interno cambia conforme avanza el embarazo, con el progreso del embarazo más del 90% de las placentas con inserción baja tienden a moverse del segmento uterino inferior denominado migración placentaria, observándose que crece a un territorio mejor irrigado al fondo fenómeno denominado trofotropismo. Se ha descrito otro fenómeno donde la placenta menos vascularizada implantada en territorio del cérvix tiende a la atrofia y esto puede causar patologías como la formación de vasa previa (6).

### **2.1.8. Formas Clínicas**

Las formas clínicas de la placenta previa se clasifican principalmente según el grado de cobertura del orificio cervical interno por la placenta. Es fundamental para el diagnóstico, el manejo obstétrico y la toma de decisiones sobre la vía del parto. Las principales formas clínicas son: Placenta previa total, parcial, marginal y placenta de inserción baja; estas formas clínicas dan lugar a la clasificación y han sido abordadas líneas arriba.

Independientemente del tipo anatómico, la manifestación clínica más frecuente de la placenta previa es el sangrado vaginal rojo brillante (metrorragia), que aparece típicamente sin dolor y con tono uterino conservado. Esta hemorragia es de origen materno, de inicio súbito y sin causa aparente, aunque en algunos casos puede asociarse a contracciones uterinas clínicas o subclínicas. (12)

Aproximadamente 30% de los casos presentan sangrado antes de las 30 semanas, 30% entre las 30 y 36 semanas, 30% después de las 36 semanas y 10% permanecen asintomáticas. (12)

Otros hallazgos clínicos incluyen:

- Tono uterino: Conservado (útero blando).
- Dolor: Generalmente ausente, lo que ayuda a diferenciarlo de otras causas de sangrado como el desprendimiento prematuro de placenta.
- Latidos cardíacos fetales: Pueden ser normales, variables o incluso ausentes en casos graves.
- Cambios hemodinámicos maternos: Dependen del volumen de la pérdida sanguínea, pudiendo presentarse taquicardia, hipotensión y signos de hipovolemia en hemorragias severas.

### 2.1.9. Exámenes auxiliares

#### Exámenes de laboratorio

Las pruebas de laboratorio examinan muestras de sangre, orina o tejidos corporales. Un técnico o el médico analizan las muestras para determinar si los resultados están dentro de los límites normales. Los análisis usan un rango de valores porque lo que se considera normal varía de una persona a otra. (25)

Los exámenes de laboratorio más relevantes en el contexto de una placenta previa son:

- **Hemograma completo:** Evalúa el nivel de hemoglobina, el hematocrito y el conteo de glóbulos rojos, blancos y plaquetas, lo cual es crucial para detectar la anemia, que puede resultar de hemorragias asociadas con la placenta previa. También ayuda a identificar cualquier signo de infección o trastornos de la coagulación (26).
- **Grupo sanguíneo y factor Rh:** La determinación del grupo sanguíneo se realiza para donar sangre o recibir una transfusión de sangre de manera segura. También se realiza observar la sustancia llamada factor Rh en la superficie de los glóbulos rojos (27).
- **Pruebas de coagulación** Los factores de la coagulación son proteínas en sangre, ayudan a formar coágulos de sangre para detener el sangrado (27).

- **Pruebas de función renal** (Niveles de creatinina y urea): Evalúa la función renal, lo cual es indispensable porque la función renal puede verse afectada en situaciones de pérdida significativa de sangre o en caso de choque hemorrágico. Estos exámenes ayudan a monitorear el estado general de salud de la madre (27).
- **Pruebas de función hepática** (Alanina aminotransferasa, Aspartato aminotransferasa, bilirrubina): Evalúa la función del hígado especialmente porque en algunos casos de complicaciones obstétricas, como el síndrome HELLP (H: Hemólisis, EL: Enzimas hepáticas elevadas, LP: Conteo de plaquetas bajo) siendo una forma grave de preeclampsia, la función hepática puede verse comprometida. Estas pruebas ayudan a identificar si hay daño hepático (28).
- **Niveles de fibrinógeno:** Evalúa la concentración de fibrinógeno, El fibrinógeno desempeña un papel fundamental en el proceso de coagulación, sirve como predictor de la progresión y la gravedad de la hemorragia pos parto (29).
- **Pruebas cruzadas de sangre:** La prueba cruzada (PC), forma parte de las pruebas pretransfusionales, se definen como un procedimiento utilizado para excluir la incompatibilidad sanguínea entre donante y receptor. Este procedimiento garantiza que haya sangre compatible disponible rápidamente si la madre experimenta una hemorragia severa (30).

- **Electrolitos séricos** Los electrolitos son minerales que tienen carga eléctrica cuando se disuelven en agua o fluidos corporales, incluida la sangre. La carga eléctrica puede ser positiva o negativa (27).

Estos exámenes permiten una evaluación integral del estado de salud de la madre y el feto y ayudan a planificar y preparar un manejo adecuado para minimizar los riesgos asociados a la placenta previa. En caso de no contar con laboratorio implementado, realizar tiempo de coagulación, tiempo de sangría, o realizar test de Wiener (prueba de retracción del coágulo). Pruebas cruzadas. Prueba de Reagina Plasmática Rápida (RPR). Prueba de Elisa VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) o prueba rápida. Urea, creatina (31).

### **Ultrasonografía Obstétrica**

Uno de los procedimientos de diagnóstico por imagen que contribuye a un buen control prenatal es la ultrasonografía obstétrica. Ha demostrado ser el método más preciso, sensible y confiable para el diagnóstico de placenta previa. Su incorporación rutinaria en los controles prenatales ha permitido identificar la placenta previa incluso en embarazos asintomáticos, lo que mejora significativamente la planificación del seguimiento y el manejo clínico (32).

### **Vías de acceso**

Se utilizan dos vías de acceso para la evaluación de la localización placentaria:

- **Vía de acceso transabdominal:** Es el método inicial más utilizado. Permite evaluar la ubicación general de la placenta, pero puede verse limitada por factores como la vejiga llena, obesidad materna, cicatrices uterinas o contracciones.
- **Vía de acceso transvaginal:** Es el método de elección para confirmar el diagnóstico de placenta previa, ya que ofrece una mejor resolución y visualización directa del orificio cervical interno. Permite medir con precisión la distancia entre el borde placentario y el orificio cervical, fundamental para clasificar el tipo de placenta previa (10).

Por ende, si el borde inferior de la placenta alcanza o se superpone al orificio cervical interno, se recomienda una evaluación por vía de acceso transvaginal y seguimiento. Numerosos estudios han demostrado que la ecografía transvaginal es segura en el embarazo, incluso en presencia de hemorragia, siempre que se utilice con técnica adecuada. Durante la exploración ecográfica, se debe describir la ubicación de la placenta su relación con el orificio cervical interno y su apariencia.

## **Momentos clave para la evaluación ecográfica**

- **Segundo trimestre (18–24 semanas):** Es cuando se suele realizar la ecografía morfológica, que puede identificar una placenta de inserción baja o previa. Sin embargo, muchas placentas diagnosticadas como “bajas” en esta etapa migran hacia el fondo uterino conforme avanza la gestación (22).
- **Tercer trimestre (después de las 28 semanas):** Se recomienda realizar una nueva evaluación ecográfica si se detectó inserción baja en el segundo trimestre. Solo los casos persistentes al final del embarazo se consideran clínicamente significativos (22).

Las mujeres con antecedentes de cirugía uterina y placenta baja o placenta previa tienen el riesgo de trastornos en la adhesión placentaria. En estos casos, se debe examinar la placenta buscando hallazgos de acretismo placentario, que se observa la presencia de múltiples lagunas placentarias irregulares que muestran el flujo arterial al doppler color (10).

Las gestantes tienen que realizarse 3 ecografías en el transcurso de su embarazo en el primer trimestre a las 12 semanas de gestación, en el segundo trimestre entre las 20 a 22 semanas de gestación y en el tercer trimestre entre la semana 35 a 37 semanas (6).

El objetivo principal de la exploración ecográfica obstétrica es proporcionar información de diagnóstico precisa para la prestación de una atención prenatal optimizada con los mejores resultados posibles para la madre y el feto. Este procedimiento proporciona resultados diagnósticos que a menudo facilitan el manejo de las complicaciones que surgen durante el proceso del embarazo o al final del embarazo.

### **Limitaciones diagnósticas**

Aunque la ecografía es altamente efectiva, existen limitaciones:

- Placenta posterior o lateral: Puede dificultar la visualización clara del orificio cervical con la técnica transabdominal.
- Contracciones uterinas o vejiga distendida: Pueden simular una placenta previa.
- Presencia de sangrado activo: Puede interferir con la calidad de la imagen.

Por estas razones, la ecografía debe ser interpretada por profesionales capacitados y, de ser necesario, complementada con evaluación clínica y otras herramientas diagnósticas (como Doppler color, en casos de sospecha de acretismo).

Para lograr óptimos resultados de las evaluaciones, se sugiere que las exploraciones deben ser realizadas por profesionales de la salud encargados de la salud materna que cumplan los siguientes criterios: a)

Entrenamiento en el uso de la ecografía obstétrica b) Participar en actividades de educación ecográfica continua. Antes de comenzar el examen ecográfico, el profesional especialista en ultrasonografía debe aconsejar a la mujer/pareja sobre los beneficios potenciales y las limitaciones de la exploración ecográfica fetal (6).

### **Relevancia clínica**

El diagnóstico ecográfico de placenta previa permite:

- Evitar maniobras vaginales que podrían desencadenar hemorragias graves.
- Planificar una cesárea electiva en un entorno seguro y con equipo multidisciplinario preparado.
- Identificar signos indirectos de acretismo placentario, especialmente si hay antecedentes de cesárea y placenta previa anterior.

#### **2.1.10 Manejo**

El manejo de la placenta previa es crucial para garantizar los mejores resultados tanto para la madre como para el bebé. Investigaciones recientes han arrojado luz sobre varios aspectos de la placenta previa, incluida su asociación con otras afecciones, factores de riesgo, métodos de diagnóstico y estrategias de manejo (13).

Actualmente, el manejo de la placenta previa se realiza principalmente a través de un enfoque de manejo expectante (16). Este enfoque implica un monitoreo cercano de la madre y el feto para detectar cualquier signo de complicaciones y decidir el momento óptimo para el parto.

Sin embargo, con la creciente incidencia de los trastornos del espectro de la placenta acreta a nivel mundial y la morbilidad y mortalidad maternas asociadas, existe un llamado a la implementación de protocolos de detección internacionales estandarizados tanto para la placenta previa/placenta baja (17).

Ante el diagnóstico ecográfico de una placenta previa o de inserción baja a menos de 2 cm, programar el control ecográfico de 3er trimestre alrededor de la semana 28 para confirmar o descartar el diagnóstico. Si se confirma diagnóstico ajustar las recomendaciones (reposo relativo, evitar relaciones sexuales, prevención de anemia materna, informar de la posible aparición de sangrado) (18).

Si a las 28 semanas se confirma el diagnóstico, se reforzarán las recomendaciones, se programará seguimiento ecográfico mensual aproximadamente, o con mayor frecuencia en función de la clínica y la Cervicometría. En placenta previa asintomática: Control ecográfico

mensual desde las 28 hasta las 36 semanas, descartando complicaciones asociadas. A las 36 semanas se realizará la valoración de la vía del parto y del momento de finalización. Una vez realizada la valoración inicial de la paciente (descartando el compromiso materno fetal y orientándose como una placenta previa con sangrado y estabilidad hemodinámica) se decidirá dejar a la paciente en observación o ingreso teniendo en cuenta el grado de metrorragia y los antecedentes de la paciente (18).

Para mejorar la detección y el manejo de la placenta previa, se han propuesto diversas técnicas y tecnologías. Los estudios han explorado el uso de sistemas de estadificación por ecografía prenatal para mejorar la detección de los trastornos del espectro de la placenta acreta, que pueden presentar desafíos en el diagnóstico y el tratamiento (19). Además, las pautas ahora recomiendan incluir la localización de la placenta en las exploraciones de anomalías fetales de rutina a mitad del embarazo para identificar a las mujeres en riesgo de persistir con placenta previa o placenta baja (17). Estos avances subrayan la importancia de un diagnóstico temprano y preciso para orientar las estrategias de tratamiento adecuadas para la placenta previa. Además, se ha investigado el uso de la embolización profiláctica de la arteria uterina durante el parto por cesárea como estrategia para reducir la pérdida de sangre intraoperatoria y el volumen de transfusión en pacientes con placenta previa completa (33).

En general, el manejo de la placenta previa se centra en la prevención de complicaciones graves como la hemorragia posparto, la morbilidad materna y neonatal, y la necesidad de intervenciones quirúrgicas como la histerectomía. Los proveedores de atención médica pueden adaptar sus planes de manejo para abordar las necesidades específicas de las personas con placenta previa y minimizar los riesgos asociados. Se recomienda un enfoque multidisciplinario que involucre a obstetras, radiólogos y otros especialistas para garantizar un manejo óptimo de la placenta previa y reducir los riesgos asociados con esta condición.

### **2.1.11 Complicaciones**

Las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la placenta previa representan un desafío significativo en la atención obstétrica. Estudios recientes han identificado diversas complicaciones maternas, siendo el sangrado moderado a severo una de las más comunes, con la necesidad de transfusiones sanguíneas en un alto porcentaje de casos. Además, la morbilidad materna puede incluir la necesidad de transfusiones de hemoderivados y, en casos extremos, la realización de histerectomía subtotal (21). Entre las principales complicaciones maternas tenemos:

- Hemorragia grave, necesidad de drogas vasoactivas y transfusión, shock hipovolémico

- Presencia de acretismo placentario, vasa previa o inserción velamentosa de cordón
- Hemorragia posparto: Debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, las pacientes con placenta previa tienen un mayor riesgo de hemorragia posparto.
- Histerectomía urgente.
- Embolia de líquido amniótico (18).

En cuanto a las complicaciones perinatales, se han reportado síndrome de distrés respiratorio, taquipnea transitoria del recién nacido, mala posición fetal, parto prematuro y muerte neonatal como las más frecuentes.

Es esencial considerar las complicaciones potenciales tanto para la madre como para el feto. La identificación temprana de factores de riesgo y la implementación de estrategias de manejo adecuadas son fundamentales para minimizar el impacto de estas complicaciones en la salud materno-fetal. (18)

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 Anamnesis:

##### 3.1.1 Filiación:

Edad	: 33 años
Sexo	: Femenino
Raza	: Mestiza
Estado civil	: Conviviente
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Ocupación actual	: Docente de primaria
Grado de instrucción	: Superior universitaria
Religión	: Católica
Idioma	: Castellano
Fecha de ingreso	: 15 de marzo del 2024

**3.1.2 Enfermedad actual:** Paciente de 20 semanas por fecha de última menstruación ingresa el 15 de marzo del 2024 a las 15:00 horas al

consultorio especializado Eco Obstetra para control prenatal y atención en tamizaje de ecografía morfológica.

### 3.1.3 Antecedentes:

- a. **Personales:** Paciente nacida de parto eutócico hospitalario, crecimiento y desarrollo psicomotor dentro de parámetros normales, recibió lactancia materna hasta los 8 meses, refiere vacunas de la infancia completas. Menarquia a los 12 años, régimen catameneal 3/30 días, cantidad aproximada de 03 apósitos/día, dismenorrea no, inicio de relaciones sexuales a los 22 años, 2 parejas sexuales, anticoncepción con inyectable mensual, se realizó Papanicolaou en el 2020, resultado negativo; examen de mamas normal, primer embarazo a los 22 años.
- b. **Patológicos:** Enfermedades en la infancia: Bronquitis, en la adolescencia: Gastritis, en la adultez: Gastritis e infección del tracto urinario. Niega intervenciones quirúrgicas, accidentes o traumatismos, hospitalizaciones, transfusiones sanguíneas, alergia a medicamentos y alergias alimenticias.
- c. **Gineco obstétrico:** Gestaciones: 1; abortos: 1; partos: 0; hijos vivos: 0; hijos muertos. 0.
- d. **Embarazo actual:**

Fecha de última menstruación : 21/10/2023

Fecha probable de parto : 28/07/2024

Peso antes del embarazo : 56 kilogramos

Talla : 1.60 centímetros

- e. **Familiares:** Madre diagnosticada con hipertensión arterial; cónyuge, padre y hermanos aparentemente sanos.
- f. **Socioeconómicos:** Vivienda propia, de material noble, con tres habitaciones, habitada por 02 personas, cuenta con recojo de basura, luz, agua, desagüe; con crianza de animales, Ingreso mensual de aproximadamente S/. 6,500; cuenta con seguro en ESSALUD.
- g. **Alimentación:** Alimentación variada, 03 veces al día, no consume bebidas gaseosas, si consumo de te y/o café.
- h. **Hábitos nocivos:** No fuma, no ingiere bebidas alcohólicas, no drogas.

#### 3.1.4 Examen físico

- ❖ **General:** Se encuentra en posición sentada, activa, facies compuesta, regular estado general, estado de nutrición, estado de hidratación normal, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, colabora con el examen e interrogatorio de la historia clínica.

- **Funciones vitales:** Presión arterial: 110/70 milímetros de mercurio (mmHg), pulso: 70 por minuto, temperatura: 36.5 °C, frecuencia respiratoria: 18 por minuto.
- **Evaluación nutricional:** Peso: 60 kilogramos, talla: 1.60 centímetros.

❖ **Regional.**

- **Piel y faneras:** Piel trigueña, seca, elasticidad y turgencia conservados. Uñas pálidas, tejido celular subcutáneo en cantidad adecuada. No cicatrices antiguas.
- **Cabeza:** Normocéfala, Cabello negro, largo, adecuada implantación, en regular estado de higiene y conservación.
- **Ojos:** Párpados móviles, simétricos, conjuntivas pálidas, pupilas isocóricas normo reactivas, escleróticas limpias, tono ocular conservado.
- **Oídos:** Pabellones auriculares bien implantados, conducto auditivo externo permeable, sin secreciones, audición conservada.
- **Nariz:** Normorrínea, central, simétrica, fosas nasales permeables con secreción, senos frontales y nasales no dolorosos, olfato conservado.
- **Boca:** Labios simétricos, mucosa oral húmeda, piezas dentarias en regular estado de higiene, no prótesis dental.

- **Cuello:** Cilíndrico, móvil, no doloroso, no adenopatías, no se palpa tiroides.
- **Tórax:** Tórax simétrico, móvil, amplexación y elasticidad conservados, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos sobre agregados.
- **Mama:** Mamas poco péndulas, de regular tamaño, simétricas de superficie lisa, pezones formados de color homogéneo hiperpigmentado similar a las areolas, se evidencia tubérculos de montgomery dispersos a la palpación no se palpan nódulos, presencia de secreción calostrual en escasa cantidad.
- **Aparato cardiovascular:** Ruídos cardíacos rítmicos, regulares, normo fonéticos.
- **Abdomen:** Con útero gestante, abdomen globoso, simétrico, sin estrías recientes en región periumbilical. Se observan movimientos fetales activos.
- **Génito-urinario:** Genitales externos de nulípara y periné sin particularidades, puño percusión renal negativa.
- **Columna vertebral y extremidades:** Columna vertebral de forma y curvaturas normales. En extremidades inferiores no se observa edema.
- **Neurológico:** Paciente despierta, con apertura ocular espontánea, respuesta motora conservada.

### **3.1.5 Impresión diagnóstica**

- Gestación única activa de 20 semanas y 5 días por biometría fetal
- A considerar placenta de inserción baja

### **3.1.6 Tratamiento y evolución**

#### **15/03/2024: Control prenatal 01**

Peso: 60 kilogramos. Presión arterial: 110/70 milímetros de mercurio (mmHg). Altura uterina: 19 centímetros.

Feto en situación transversa. Frecuencia cardiaca fetal: 143 latidos por minuto.

Exámenes de laboratorio dentro de los parámetros normales.

#### **Impresión diagnóstica:**

- Gestación: de 20 semanas y 5 días.

**Indicaciones:** Ecografía obstétrica de control del II trimestre o Tamizaje de Ecografía morfológica.

#### **03/05/2024: Control prenatal 02**

Peso: 62 kilogramos. Presión arterial: 120/70 milímetros de mercurio (mmHg). Altura uterina: 27 centímetros.

Feto en presentación cefálica, situación longitudinal, posición izquierda. Frecuencia cardiaca fetal: 141 latidos por minuto.

Ecografía morfológica sin alteraciones anatómicas con inserción baja de placenta (Placenta cubre orificio cervical interno).

**Impresión diagnóstica:**

- Gestación de 28 semanas.
- A considerar inserción baja de placenta.

**Indicaciones:**

- Ecografía obstétrica de control del III trimestre 28 semanas
- Interconsulta por médico especialista ginecólogo obstetra

**02/06/2024: Control prenatal 03**

Peso: 64 kilogramos. Presión arterial: 110/70 milímetros de mercurio (mmHg). Altura: 31 centímetros.

Feto en cefálica longitudinal izquierda. Frecuencia cardiaca fetal: 135 latidos por minuto.

Ecografía obstétrica de control, con inserción baja de placenta (Placenta cubre orificio cervical interno)

**Impresión diagnóstica:**

- Gestación de 32 semanas.

**Indicaciones:**

- Ecografía obstétrica de control del III trimestre 32 semanas
- Interconsulta por médico especialista ginecólogo obstetra
- Perfil biofísico fetal y ecografía obstétrica de control 36 semanas.

**Controles ecográficos:**

Ante el diagnóstico ecográfico de inserción baja de placenta o placenta baja se solicitó control ecográfico del III trimestre a la semana 28 en esta semana de gestación se observó que placenta sigue cubriendo orificio cervical interno, se programó seguimiento ecográfico mensual.

Mediante el seguimiento ecográfico a las 32 semanas se confirmó el diagnóstico de placenta previa y se reforzaron las recomendaciones (reposo relativo, evitar relaciones sexuales, prevención de anemia materna, informar de la posible aparición de sangrado) e interconsulta por médico especialista ginecólogo obstetra.

El control ecográfico mensual se realizó desde las 28 semanas hasta las 36 semanas, descartando complicaciones asociadas.

A las 36 semanas el médico especialista realizó la valoración de la vía del parto y de su momento de finalización, a las 37 semanas se finalizó el embarazo mediante la cesárea, la paciente no presentó complicaciones durante la cesárea; según la evaluación del neonatólogo, se obtuvo un recién nacido de sexo masculino sano.

### 3.1.7 Exámenes auxiliares

- Exámenes de laboratorio

Fecha:	2/03/2024	
Bioquímico	Glucosa basal	92.80
	Creatinina	0.81
Inmunológico	RPR	No reactivo
	Tés para VIH	No reactivo
Hematológico	Hemoglobina	13.9 gr
Hemograma de Schilling	Leucocitos	7.300 x mm <sup>3</sup>
	Abastionados	01%
	Segmentados	67%
	Eosinófilos	00%
	Basófilos	00%
	Linfocitos	30%
	Monocitos	2%
Examen completo de orina	Densidad	1020
	Color	Amarillo
	Aspecto	Ligeramente turbio
	PH	6
	Olor	Sugeneris
Elementos anormales	Proteínas	Negativo
	Glucosa	Negativo

	C cetónicos	Negativo
	Ascórbico	Negativo
	Bilirrubina	Negativo
	Urubilinogeno	Negativo
	Sangre	Negativo
	Nitritos	Negativo
Sedimento microscópico (400x)	Leucocitos	00-02 xc
	Piocytes	00-00 xc
	Hematíes	00-01 xc
	Cel epiteliales	Regular
	Cel del tracto alto	00-01 xc
	Bacterias	08-10 xc
	Cristales	Uratos amorfos (+)
	C granuloso	Negativo
	C hialinos	Negativo
	C céreos	Negativo
	C Hemáticos	Negativo

Fuente: Historia clínica.

- **Exámenes ecográficos**

La paciente se realizó 03 ecografías.

### **Tamizaje ecografía obstétrica morfológica**

El día 15 de marzo del 2024, se realizó el estudio ultrasonográfico con

ecógrafo marca vinno 6 de gama media alta con transductor volumetrico. Paciente en decúbito dorsal muestra: Feto en situación transversa, con movimientos corporales presentes y actitud variable. Actividad cardiaca presente de 143 latidos por minuto, rítmica y regular. Ponderación fetal: 376.5 gramos. (+/- 100 gramos.)

<b><u>BIOMETRÍA FETAL</u></b>	<b>MEDIDAS</b>	<b>EDAD GESTACIONAL PROMEDIO</b>
Diámetro biparietal (DBP)	46.9 mm	20 sem. 1 dia
Circunferencia cefálica (CC)	185 mm.	20 sem. 6 dias
Circunferencia abdominal (CA)	158.3 mm.	20 sem. 0 dias
Longitud del fémur (LF)	33.7 mm.	20 sem. 4 dias

Fuente: Historia clínica.

### **Morfología fetal (planos 20 + 2)**

- Columna vertebral: Conservada a nivel de la región cervical, dorso – lumbar y sacro coccígeo, sin formaciones quísticas ni trazos de discontinuidad en su trayecto.
- Vértebras: Completas, se evidencia tres cuerpos vertebrales en cada corte transversal.
- Columna vertebral de curvatura normal, piel suprayacente integra en sus cuatro regiones, al corte coronal costillas presentes, centros de osificación conservados.

**Cabeza:**

- Calotas craneales: Completas, sin evidencia de trazos de discontinuidad.
- Plano transventricular (cavum septum pellucidi, línea interhemisférica, cisura de Silvio, cisura parietooccipital, plexo coroideo, atrio ventricular dentro de la normalidad).
- Plano transtamíco (cavum septum pellucidi, línea interhemisférica, cisura de Silvio, Tálamos, signo de la flecha dentro de la normalidad)
- Plano transcerebral (cavum septum pellucidi, línea interhemisférica, cisura de Silvio, cerebelo, cisterna magna, pliegue nuchal, dentro de la normalidad)
- Línea interhemisférica: Presente y conservada.
- Tálamos: Presentes, simétricos, conservados y en posición adecuada.
- Cavum septi pellucidi: Presente, conservado y en posición adecuada.
- Cerebelo: 20 milímetros (Diámetro transversal), adecuado desarrollo en relación a edad gestacional con lóbulos y vermis presentes.
- Ventrículos laterales: Conservados. Atrio ventricular derecho mide 5.8 milímetros (Valor normal < 10 milímetros)
- Plexo coroideo: Presentes, sin evidencia de alteraciones, ni imágenes quísticas.

- Cisterna magna: De adecuada conformación mide 5.4 milímetros (Valor normal 2 - 10 milímetros)
- Pliegue nuchal: Conservado en su espesor, mide 2.6 milímetros (Valor normal < 6 milímetros)

#### **Tórax:**

- Corazón: 4 Cámaras cardíacas simétricas, sin signos de defecto en tabiques auriculares y ventriculares, no se observan calcificaciones ni masas anómalas.
- Se observa dos aurículas, dos ventrículos, línea interventricular, banda moderadora, foramen oval, arteria aorta, arterias pulmonares.
- Tractos de Salida grandes vasos: Sin alteraciones o dilataciones patológicas.
- Pulmones: Tamaño y ecogenicidad conservada, no se observan imágenes quísticas.

#### **Abdomen:**

- Pared abdominal: Conservada sin trazos de discontinuidad en su distribución.
- Estómago: Presente en posición adecuada.
- Asas Intestinales: Conservadas, en posición adecuada, sin signos de dilatación.
- Inserción del cordón umbilical: Conservada, inserción central

- Diafragma: Impresiona estructura íntegra, sin evidencia de trazos de discontinuidad.
- Riñones: Normales. Derecho pelvis renal mide: 2.5 milímetros. Izquierdo pelvis renal mide 2.5 milímetros. No se observa dilatación en ambos sistemas pielocaliciales
- Vejiga: Presente y conservada. Mide 6 milímetros.

### **Extremidades**

- Miembros superiores: Ambos presentes, las manos presentan 5 dedos
- Miembros inferiores: Ambos presentes, los pies presentan adecuada angulación en relación a eje principal de la pierna, presentan 5 dedos.

### **Cara:**

- Perfil facial: Normal, no se evidencian signos de macroglosia.
- Orbitas oculares: Ambas presentes con evidencia de formación de ambos cristalinos, sin evidenciar imágenes quísticas en ambos conductos lacrimales. Diámetro interorbitario: 12 milímetros (Valor Normal > 10 milímetros)
- Labios: Presentes, sin evidencia de trazos de discontinuidad en labio mayor.
- Nariz: Presente y conservada. Hueso nasal mide 7 milímetros.
- En plano de corte coronal se observa labio superior e inferior, nariz, fosas nasales, ambas orbitas simétricas con presencia de cristalino,

perfil medio facial dentro de la normalidad.

**Placenta:** Localización: **inserción baja**

Grosor: 22 milímetros; Maduración: Grado I/III acorde a edad gestacional. No se observa hematomas. Inserción de cordón umbilical: central

**Líquido amniótico:** Volumen normal. Pozo Mayor: 35 milímetros.

(Valor Normal de 20 a 80 milímetros) ILA 11 centímetros

**Cordón umbilical:** Trayecto tortuoso, aspecto espiralado, vasos de calibre conservado, dos arterias y una vena.

**Sexo fetal:** Masculino

**Fecha probable de parto:** 28/07/2024.

**Observaciones:** Placenta cubre el orificio cervical interno.

**Impresión diagnóstica:**

- Gestación única activa de 20 semanas y 5 días por biometría fetal
- No se ha delimitado alteraciones morfológicas dentro de las limitaciones de esta modalidad exploratoria.
- A considerar placenta de inserción baja

Se sugiere interconsulta por médico especialista ginecólogo obstetra y control ecográfico posterior.

### **Ecografía obstétrica III trimestre**

El día 03 de mayo del 2024, se realizó el estudio ultrasonográfico con ecógrafo VINNO 6 de gama media alta con transductor volumétrico y endocavitario.

Paciente en decúbito dorsal muestra: Feto en presentación cefálica, situación longitudinal, posición izquierda al momento del examen, movimientos corporales presentes. Frecuencia cardiaca fetal: 138 latidos por minuto.

#### **Biometría fetal**

<b>• Parámetro</b>	<b>Mensuración</b>
• Diámetro biparietal (DBP)	72 mm
• Circunferencia cefálica (HC)	265 mm
• Circunferencia abdominal (AC)	240 mm
• Longitud fémur (LF)	54 mm

#### **Reevaluación anatomía fetal**

- **Columna:** Columna vertebral de curvatura normal, piel suprayacente integra en sus cuatro regiones, al corte coronal costillas presentes, centros de osificación conservados.
- **Cabeza fetal:** Plano transtamico (cavum septum pellucidi, línea interhemisférica, cisura de Silvio, Tálamos, signo de la flecha dentro de la normalidad)
- **Tórax:** Caja torácica de estructuras conservadas, campos pulmonares simétricos, diafragma sin defecto de continuidad, no se

evidencias hallazgos ecográficos anormales a la evaluación.

**Corazón:** Corte de 4 cámaras (se observa dos aurículas, dos ventrículos, línea interventricular, banda moderadora, foramen oval, arteria aorta, arterias pulmonares). Actividad cardiaca: Presente, rítmica, regular. Frecuencia cardiaca fetal: 141 latidos por minuto.

- **Abdomen:** En plano de corte transverso se observa estomago fetal, seno portal, riñones con pelvis renal en ambos flancos. Pared abdominal: Inserción normal de cordón umbilical.
- **Pelvis:** En plano de corte transverso se observa vejiga de 6 milímetros y ambas arterias umbilicales.
- **Extremidades:** Presencia de tres segmentos en extremidades superiores e inferiores con orientación normal de manos y pies, con presencia de 5 falanges respectivamente.
- **Cara:** Plano de corte coronal se observa lábio superior e inferior, nariz, fosas nasales.

**Ponderación fetal:** 1100 gramos (hadlock)

**Líquido amniótico:** Volumen 39 milímetros de pozo mayor. Índice del líquido amniótico 10 centímetros.

**Placenta:** Localización inserción baja, grosor: 30 milímetros, grado: I/III (clasificación de grannum). Inserción de cordón umbilical en placenta: central.

**Cordón umbilical:** Presenta dos arterias, una vena.

**Sexo:** Masculino

**Observaciones:** placenta cubre orificio cervical interno.

**Impresión diagnóstica:**

- Gestación de 28 semanas y 2 días por biometría fetal.
- Crecimiento fetal adecuado para la edad gestacional (p 48 %)
- A considerar inserción baja de placenta

Se sugiere interconsulta médico especialista ginecólogo obstetra y control ecográfico posterior 32 semanas

**Ecografía obstétrica III trimestre**

El día 02 de junio del 2024, se realizó el estudio ultrasonográfico con ecógrafo VINNO 6 de gama media alta con transductor volumétrico y endocavitario.

Paciente en decúbito dorsal muestra: Feto en cefálica longitudinal izquierda al momento del examen, movimientos corporales presentes.

Frecuencia cardíaca fetal: 141 latidos por minuto.

- **Biometría fetal**

<b>Parámetro</b>	<b>Mensuración</b>
Diámetro biparietal (DBP)	81 mm
Circunferencia cefálica (HC)	302 mm
Circunferencia abdominal (AC)	280 mm
Longitud fémur (LF)	61 mm

### **Reevaluación anatomía fetal**

- **Columna:** Columna vertebral de curvatura normal, piel suprayacente integra en sus cuatro regiones, al corte coronal costillas presentes, centros de osificación conservados.
- **Cabeza fetal:** Plano transtalámico (cavum septum pellucidum, línea interhemisférica, cisura de Silvio, tálamos, signo de la flecha dentro de la normalidad)
- **Tórax:** Caja torácica de estructuras conservadas, campos pulmonares simétricos, diafragma sin defecto de continuidad, no se evidencian hallazgos ecográficos anormales a la evaluación.  
**Corazón:** Corte de 4 cámaras (se observa dos aurículas, dos ventrículos, línea interventricular, banda moderadora, foramen oval, arteria aorta, arterias pulmonares). Actividad cardíaca: presente, rítmica, regular. Frecuencia cardíaca fetal: 135 latidos por minuto.
- **Abdomen:** En plano de corte transversal se observa estómago fetal, seno portal, riñones con pelvis renal en ambos flancos. Pared abdominal: inserción normal de cordón umbilical.
- **Pelvis:** En plano de corte transversal se observa vejiga de 6 milímetros y ambas arterias umbilicales.
- **Extremidades:** Presencia de tres segmentos en extremidades superiores e inferiores con orientación normal de manos y pies, con presencia de 5 falanges respectivamente.
- **Cara:** Plano de corte coronal se observa labio superior e inferior,

nariz, fosas nasales.

**Ponderación fetal:** 1,756 gramos (hadlock).

**Líquido amniótico:** Volumen 28 milímetros de pozo mayor. Índice de líquido amniótico 7 centímetros.

**Placenta:** Localización placenta previa grosor: 35 milímetros. Grado: II/III (clasificación de grannum). Inserción de cordón umbilical en placenta: central.

**Cordón umbilical:** Dos arterias, una vena.

**Observaciones:** Placenta cubre orificio cervical interno

**Impresión diagnóstica:**

- Gestación de 32 semanas y 3 días por biometría fetal.
- Crecimiento fetal adecuado para la edad gestacional (p 45 %)
- A considerar placenta previa

Se sugiere interconsulta médico especialista ginecólogo obstetra y control ecográfico posterior 36 semanas.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN

El presente caso clínico corresponde a una gestante de 33 años que acude al consultorio especializado “Eco Obstetra” a las 20 semanas y 5 días de gestación para control prenatal y tamizaje mediante ecografía morfológica. Durante la evaluación ecográfica se evidenció que la placenta cubría completamente el orificio cervical interno, hallazgo compatible con placenta previa total. Este diagnóstico temprano cobra gran relevancia, ya que permite una adecuada planificación del manejo obstétrico para reducir riesgos tanto maternos como fetales.

Según **Elias et al.** (34) la forma más frecuente de presentación de la placenta previa es la total, representando aproximadamente el 73% de los casos. En este estudio, además, se identificó que el perfil de las gestantes con esta condición suele corresponder a mujeres alrededor de los 30 años de edad, hallazgo que coincide con el caso presentado.

Entre los factores de riesgo que presentó la paciente tenemos la edad y antecedente de aborto. Respecto a los factores de riesgo, en la literatura se han identificado múltiples elementos asociados al desarrollo de placenta previa. **Orihuela** (35) menciona como principales factores predisponentes el antecedente de cesárea, abortos previos, tabaquismo, embarazo múltiple y multiparidad. De igual manera, **Zavaleta et al.** (36)

destacan que el antecedente de aborto incrementa significativamente el riesgo de placenta previa, siendo 2,7 veces mayor en mujeres con al menos un aborto, y hasta 4,2 veces mayor en aquellas con más de dos. En este sentido, la edad materna avanzada y la historia obstétrica previa constituyen elementos cruciales para la estratificación del riesgo.

Una de las complicaciones más temidas asociadas a la placenta previa es la hemorragia obstétrica, que puede presentarse durante el embarazo, el trabajo de parto o el puerperio. **Rosales** (37) señala que la hemorragia es la principal causa de mortalidad materna en el Perú, siendo la placenta previa una de las etiologías más importantes. Por ello, el diagnóstico precoz y el seguimiento continuo siguen siendo esenciales para prevenir desenlaces fatales.

Otro aspecto clínico importante es la asociación entre placenta previa y acretismo placentario, complicación en la cual la placenta se adhiere anormalmente al miometrio, dificultando su desprendimiento tras el parto. **Puma** (38) identificó que la edad materna mayor de 30 años, la cesárea previa, los legrados uterinos y la presencia de placenta previa son factores de riesgo relevantes para esta grave condición.

Asimismo, la placenta previa se asocia frecuentemente con parto pretérmino y morbimortalidad perinatal. **Bedregal** (39) indica que esta entidad tiene una incidencia de aproximadamente 1 en cada 200 embarazos, y es una causa importante de nacimiento prematuro, bajo peso

al nacer y complicaciones neonatales. Esto subraya la necesidad de un enfoque de atención multidisciplinario y basado en evidencia, especialmente en embarazos de alto riesgo.

En este caso, la ecografía obstétrica fue realizada a las 20 semanas y 5 días, momento oportuno para la detección de anomalías placentarias. Según **Rosales** (37), la placenta previa suele diagnosticarse después de las 20 semanas, etapa en la que puede observarse con mayor precisión su relación con el orificio cervical interno. Esta evaluación permite planificar intervenciones que reduzcan la morbilidad tanto de la madre como del feto.

El uso de la ecografía obstétrica como herramienta diagnóstica demuestra su valor clínico al permitir la detección temprana de placenta previa, facilitando el seguimiento estrecho y la derivación oportuna al especialista. Tal como lo sostiene **Torres** (40) una adecuada anamnesis, la identificación de factores de riesgo y el uso sistemático de la ecografía abdominal son fundamentales para confirmar el diagnóstico y prevenir complicaciones severas, como hemorragias masivas o pérdida fetal.

En cuanto al manejo clínico de este caso, la paciente fue referida a las 32 semanas de gestación al médico gineco-obstetra. El embarazo culminó por cesárea en un hospital de ESSALUD, sin reportarse complicaciones maternas ni neonatales. La decisión de cesárea programada, así como el seguimiento ecográfico rutinario, fueron determinantes para evitar eventos adversos. Este abordaje es respaldado

por **Rosales** (37) quien subraya que la identificación oportuna de placenta previa permite implementar medidas preventivas efectivas para disminuir el riesgo de hemorragia durante el parto y optimizar los resultados neonatales.

En resumen, este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano mediante ecografía obstétrica, el seguimiento continuo y la derivación especializada en el manejo de placenta previa. La incorporación sistemática de la ultrasonografía en protocolos de tamizaje y control prenatal es crucial, especialmente en contextos con alta incidencia de cesáreas previas o acceso limitado a servicios de emergencia. Un enfoque multidisciplinario y centrado en la prevención puede reducir significativamente la morbimortalidad materno-fetal asociada a esta patología.

## **CONCLUSIONES**

### **Primera:**

La ultrasonografía obstétrica demostró ser una herramienta fundamental en el diagnóstico preciso de la placenta previa, permitiendo su identificación temprana y confirmación en el momento del parto. El uso adecuado de la tecnología ecográfica, en conjunto con una evaluación clínica integral por parte del profesional obstetra, facilitó la detección oportuna de esta patología, reafirmando su valor en el tamizaje y control prenatal especializado.

### **Segunda:**

Los factores de riesgo identificados en la gestante, como la edad materna y el antecedente de aborto, estuvieron directamente relacionados con la presencia de placenta previa, corroborando la importancia de su consideración durante la anamnesis y el control prenatal. Estos antecedentes contribuyeron a orientar la sospecha diagnóstica desde etapas tempranas del embarazo.

### **Tercera:**

El diagnóstico ecográfico de placenta previa se logró inicialmente mediante vía transabdominal, observándose la placenta cubriendo el orificio cervical

interno. Posteriormente, fue confirmado por vía transvaginal, evidenciándose una inserción placentaria baja persistente hasta las 32 semanas de gestación, descartándose patologías asociadas como el acretismo placentario. Este abordaje diagnóstico combinado permitió una evaluación más precisa y segura.

**Cuarta:**

El seguimiento clínico-ecográfico mensual en el consultorio especializado, acompañado de una adecuada historia clínica, interconsultas con el especialista y recomendaciones obstétricas específicas, fue clave para el monitoreo de la evolución de la placenta previa. Este manejo integral permitió anticipar complicaciones, optimizar decisiones clínicas y planificar el momento oportuno del parto, garantizando la seguridad materno-fetal.

**Quinta:**

El embarazo culminó exitosamente mediante cesárea segmentaria en una institución de salud de referencia (ESSALUD Arequipa), sin complicaciones maternas ni neonatales. Este desenlace favorable resalta la efectividad del manejo diagnóstico y terapéutico coordinado desde el nivel ambulatorio especializado, reforzando la importancia del control prenatal basado en evidencia.

## **RECOMENDACIONES**

### **Primera:**

A los establecimientos de salud públicos y privados a establecer protocolos estandarizados para el seguimiento ecográfico en gestantes con diagnóstico de placenta baja y placenta previa. Esto debe incluir un esquema obligatorio de controles ecográficos mensuales, con el objetivo de detectar oportunamente posibles complicaciones y facilitar una adecuada planificación del parto, garantizando la seguridad materno-fetal.

### **Segunda:**

A los obstetras del primer nivel de atención, solicitar la evaluación ecográfica de la localización placentaria en cada trimestre del embarazo. Se debe prestar especial atención al segundo trimestre, etapa en la que es posible identificar con mayor precisión anomalías placentarias como la placenta previa o la inserción baja.

### **Tercera:**

A los obstetras especialistas en ecografía, integrar los hallazgos ecográficos con los antecedentes obstétricos y el cuadro clínico actual de la paciente, con el objetivo de mejorar la calidad del diagnóstico, reducir errores y contribuir a un manejo clínico más seguro y personalizado para la madre y el bebé.

**Cuarta:**

A los obstetras especialistas en ecografía, se sugiere utilizar de manera sistemática la vía transvaginal en los casos con sospecha de inserción placentaria baja o placenta previa. Esta vía de acceso ofrece mayor resolución y precisión diagnóstica, y resulta clave para descartar complicaciones asociadas, como el acretismo placentario.

**Quinta:**

A los gerentes de los establecimientos de salud, gestionar la implementación y fortalecimiento de servicios especializados en ecografía obstétrica mediante la adquisición de equipos de alta gama. Asimismo, se debe promover la capacitación continua del personal en técnicas de ultrasonografía obstétrica y en el manejo clínico de la placenta previa. Estas acciones contribuirán significativamente a prevenir la morbi-mortalidad materna y perinatal, abordando así un problema de salud pública prioritario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson-Bagga FM, Sze. A. National Lybrary of Medicine. [Online].; 2023. Acceso 24 de Mayo de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539818/>
2. Instituto Nacional Materno Perinatala Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica y procedimientos en Obstetricia y Perinatología. En Meza L, Guevara E, Alvarado C, Perez C, García de los Rios R, editores. Placenta Previa. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatala Ministerio de Salud; 2023. p. 382. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5116461/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatolog%C3%ADa%202023.pdf>
3. Artal Mittelmark R. Fisiología del embarazo - Ginecología y obstetricia. Manual MSD versión para profesionales. 2021. Disponible en: <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-de-guayaquil/ginecologia/fisiologia-del-embarazo-ginecologia-y-obstetricia-manual-msd-version-para-profesionales/56615927>
4. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Online]; 2023. Acceso 22 de Juniode 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
5. Salud OPdl. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR. [Online].; 2020.. Disponible en: <http://perinatal.bvsalud.org/>
6. L. J. Salomon ZAVBCBEHASLJKKKYLGMHMFPAWl. Guías prácticas para la realización de la exploración ecográfica fetal de rutina en el segundo trimestre. Ultrasound in Obstretics and Gynecology. 2017. Disponible en: <https://www.isuog.org/static/uploaded/87c804a5-87af-4af8-96a700eb4061fb09.pdf>
7. Antonette D. Placenta previa. Manual MSD. 2024; 14. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/placenta-previa>
8. Rodriguez KD. Clasificación y tratamiento de la placenta previa. Universidad técnica de Machala. 2023. Disponible en: [https://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/21884/1/E-13475\\_RODRIGUEZ%20PAZ%20KAREN%20DENISSE.pdf#:~:text=Introducci%C3%B3n:%20La%20placenta%20previa%20es%20pr](https://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/21884/1/E-13475_RODRIGUEZ%20PAZ%20KAREN%20DENISSE.pdf#:~:text=Introducci%C3%B3n:%20La%20placenta%20previa%20es%20pr)

oducto%20de,patolog%C3%ADa%20se%20asocia%20con%20riesgos%20obst%C3%A9tricos%20desfavorables

9. Guevara Ríos E. Manejo activo de la tercera etapa del parto salva vidas. *Revista Peruana de investigación Materno Perinatal*. 2022; 11(2). Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/282?articlesBySameAuthorPage=2>
10. ginecología Sidueoy. Sociedad internacional de ultrasonografía en obstetricia y ginecología. [Online]; 2023. Acceso 24 de Mayo de 2025. Disponible en: <https://www.isuog.org/clinical-resources/patient-information-series/patient-information-pregnancy-conditions/placental-anomalies/placenta-previa.html>
11. Martine N. Repositorio Universidad Nacional de Huancavelica. [Online].; 2018-2021. Acceso 04 de junio de 2024. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/5195>
12. Centro de medicina fetal. Anomalías placentares: Placenta previa, placenta accreta y vasa previa Barcelona: Universidad de Barcelona; 2024. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/03/Placenta-previa-placenta-accreta-vasa-previa.pdf>
13. Lewis P, Bijapur T, Gurnani D. The bleeding mother and her baby: a study to determine the fetomaternal outcome in cases of placenta previa. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2020; 9(9). Disponible en: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/8782/5846>
14. Argote D, Zapata L, Martínez D, Sinisterra S, Nieto A. Desenlaces maternos según el tipo de placenta previa en un hospital de alta complejidad en Cali, Colombia. Estudio de cohorte retrospectivo. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*. 2023; 74(1). Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3852/3872>
15. Torres-Berra kc UCMRFSDIHVJRIX. Placenta previa: factores de riesgo e impacto en la morbimortalidad materno-perinatal en Bogotá, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Colombia*. 2022; 70(3). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8816421>
16. Manognya A. Maternal and perinatal outcome in placenta previa: a prospective observational study at a tertiary care hospital in Hanmakonda, Telangana, India. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2022;


- 11(7). Disponible en:  
<https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/11784/7413>
17. Manosalvas L, Hernandez V, Peña P, Tapia L, Camilo A, Rodriguez A. Factores de riesgo de placenta previa en mujeres embarazadas en un hospital de República Dominicana. *Revistas Academicas*. 2020; 4(3). Disponible en:  
<https://doi.org/10.22206/cysa.2020.v4i3.pp105-113>
18. Goyal S, SsAsaAk. A Combined Ultrasound And Clinical Scoring Model For The Prediction of peripartun Complications in pregnancies complicate by placenta previa. *Departamento de Obstetricia y Ginecología*. 2021; 14(12). Disponible en:  
<https://journals.innovareacademics.in/index.php/ajpcr/article/view/43115>
19. Rathore M GAKN. Efficacy of prophylactic tranexamic acid administration in prevention of postpartum hemorrhage in placenta previa cesarean section: an interventional study. *Int J Reprod Contracept Obstet*. 2022; 11(1). Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/357401827\\_Efficacy\\_of\\_prophylactic\\_tranexamic\\_acid\\_administration\\_in\\_prevention\\_of\\_postpartum\\_hemorrhage\\_in\\_placenta\\_previa\\_cesarean\\_section\\_an\\_interventional\\_study](https://www.researchgate.net/publication/357401827_Efficacy_of_prophylactic_tranexamic_acid_administration_in_prevention_of_postpartum_hemorrhage_in_placenta_previa_cesarean_section_an_interventional_study)
20. Clínica Universidad de Navarra. Factor de riesgo. *Diccionario Médico*. 2025. Disponible en:  
<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/factor-riesgo>
21. Cabrera S. Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2023; 69(3). Disponible en:  
<http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2553>
22. Bermúdez A, Zarate K, Zambrano H. Causas y factores de riesgo en gestantes con placenta previa. *Ciencias de la Salud*. 2021; 7(4). Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4>
23. Matsuzaki S, Nagase Y, Ueda Y, Kakuda M, Maeda M, Matsuzaki S, et al. Placenta previa complicada con endometriosis: tratamiento clínico contemporáneo, mecanismos moleculares y oportunidades futuras de investigación. *Biomedicines*. 2021; 9(11). Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/355731326\\_Placenta\\_Previa\\_Complicated\\_with\\_Endometriosis\\_Contemporary\\_Clinical\\_Management\\_Molecular\\_Mechanisms\\_and\\_Future\\_Research\\_Opportunities/link/65733262fc4b416622aa003b/download](https://www.researchgate.net/publication/355731326_Placenta_Previa_Complicated_with_Endometriosis_Contemporary_Clinical_Management_Molecular_Mechanisms_and_Future_Research_Opportunities/link/65733262fc4b416622aa003b/download)

24. Oyarzun E. A proposito de intervalo intergenesico. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018; 83(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-752620180001000004>
25. MedlinePlus. MedlinePlus. [Online]; 2021. Acceso 24 de Mayo de 2025. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/laboratorytests.html>.
26. clinic M. Mayo Clinic. [Online]; 2023. Acceso 24 de Mayo de 2025. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/complete-blood-count/about/pac-20384919>
27. MedlinePlus. MedlinePlus. [Online]; 2023. Acceso 24 de Mayo de 2025. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003345.htm>.
28. Medicine, National Library of Medicine. Medicine, National Library of Medicine. [Online]; 2022. Acceso 24 de Mayo de 2025. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10532949/>.
29. T. V, Van de Velde M. The role of fibrinogen in postpartum hemorrhage. Sciencedirect. 2022; 36(3-4). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521689622000519>
30. Aburto Almonacid.. Recomendaciones para la realizacion de a prueba cruzada en medicina transfuncional: Instituto de Salud Publica; 2023. Disponible en: <https://www.ispch.gob.cl/wp-content/uploads/2023/12/Recomendaciones-Pruebas-cruzadas-v1.pdf>
31. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. [Online].; 2007. Acceso 06 de julio de 2024. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/imp/852\\_imp198.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/imp/852_imp198.pdf)
32. Sociedad Internacional de ultrasonografía Obstetricia y Ginecología. ISUOG Practice Guidelines (updated): performance of the. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.isuog.org/static/4e2ed89e-fa8a-42c2-9c0929cd89cb58ff/ISUOG-Practice-Guidelines-routine-mid-trimester-fetal-ultrasound.pdf>
33. Yun É, Min L, Ya Y, Qing H, Liu L. National Library of Medicine. [Online].; 2023. Acceso 6 de agosto de 2024. Disponible en: [10.1097/MD.00000000000034052](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34052/)
34. Elias N, Arce MR. Perfil epidemiológico de gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, 2019 a 2021. ALICIA. 2021. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNH\\_1b51accd4c739a7fb411ba52ec866464](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNH_1b51accd4c739a7fb411ba52ec866464)
35. Orihuela MdP. Repercusión materna por alteraciones de inserción placentaria en puérperas atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, 2022. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. 2024. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/4006>


36. Zavaleta Astete ZI. El Aborto Como Factor De Riesgo Para Placenta Previa En Pacientes Atendidas En El Servicio De Gineco-Obstetricia Del Hospital María Auxiliadora En El Año 2018. Universidad Privada San Juan Bautista. 2021. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/dd93fa56-078f-4b13-a658-b36545fdb94a>
37. Rosales KS. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2021. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. 2023. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3145>
38. Puma JP. Factores de riesgo asociados a acretismo placentario en gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital III Goyeneche 2018 - 2021 Arequipa Perú. ALICIA. 2022. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSA\\_de4a65f08737b08eca40bb6486edc329/Details](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSA_de4a65f08737b08eca40bb6486edc329/Details)
39. Bedregal YA. Caso Clínico: Placenta Previa. Universidad Católica de Santa María. 2019. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/0b8984f9-d786-4127-87c5-44a5e9e54054>
40. Torres M. M. Conducta obstétrica en múltipara de 40 años de edad y 35 semanas de gestación con placenta previa. Universidad Técnica de Babahoyo. 2021. Disponible en: <https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/9410/E-UTB-FCS-OBST-000268.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## ANEXOS

### ANEXO 1: ECOGRAFIA 20 SEMANAS



**ECO OBSTETRA**  
Consultorio Especializado



**ECO OBSTETRA**  
Consultorio Especializado

---

**TAMIZAJE ECOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA**

**PACIENTE** : Y.M.T.G  
**EDAD** : 33 años  
**FECHA** : 15 de marzo 2024

El estudio ultrasonográfico realizado con ecógrafo marca vinno 6 de gama media alta con transductor volumétrico.

Paciente en decúbito dorsal muestra:

**FETO:** SITUACION TRANSVERSA con movimientos corporales Presentes y actitud Variable.

BIOMETRIA FETAL	MEDIDAS	EDAD GESTACIONAL PROMEDIO
DBP (HADLOCK)	46.9 mm	20 sem. 1 día
CC (HADLOCK)	185.1 mm	20 sem. 6 días
CA (HADLOCK)	158.3 mm	21 sem. 0 días
LF (HADLOCK)	33.7 mm	20 sem. 4 días

**ACTIVIDAD CARDIACA** v: PRESENTE de 143 latidos por minuto. RÍTMICA y REGULAR  
**PONDERACION FETAL:** (Hadlock Método, BDP, CC, AC, LF): ⇒ 376.5 gr. (+/- 100 gr.)  
**MORFOLOGIA FETAL (Planos 20 + 2)**

**COLUMNA VERTEBRAL:**

- Conservada a nivel de la región cervical, dorso – lumbar y sacro coccigeo, sin formaciones quísticas ni trazos de discontinuidad en su trayecto.
- Vértebras: Completas, se evidencia tres cuerpos vertebrales en cada corte transversal.
- Columna vertebral de curvatura normal, piel suprayacente íntegra en sus cuatro regiones, al corte coronal costillas presentes, centros de osificación conservados.

**CABEZA:**

- Calotas craneales: Completas, sin evidencia de trazos de discontinuidad.
- Plano transeventricular (cavum septum pellucidum, línea interhemisférica, cizura de Silvio, cizura parieto occipital, plexo coroideo, atrio ventricular dentro de la normalidad).
- Plano transtalámico (cavum septum pellucidum, línea interhemisférica, cizura de Silvio, Tálamos, signo de la fecha dentro de la normalidad).
- Plano transcerebral (cavum septum pellucidum, línea interhemisférica, cizura de Silvio, cerebelo, sistema magna, pliegue nucal, dentro de la normalidad).
- Línea interhemisférica: Presente y conservada.
- Tálamos: Presentes, simétricos, conservados y en posición adecuada.
- Cavum septi pellucidum: Presente, conservado y en posición adecuada.
- Cerebelo: 20 mm (Diámetro transversal), adecuado desarrollo en relación a edad gestacional con lóbulos y vermis presentes.
- Ventriculos laterales: Conservados. Atrio ventricular derecho mide 5.8 mm (Valor Normal < 10 mm.)
- Plexo coroideo: Presentes, sin evidencia de alteraciones, ni imágenes quísticas.
- Cisterna magna: De adecuada conformación mide 5.4 mm (Valor Normal 2 - 10 mm.)
- Pliegue nucal: Conservado en su espesor, mide 2.6 mm (Valor Normal < 6 mm.)

**TÓRAX:**

- Corazón: 4 Cámaras cardíacas simétricas, sin signos de defecto en tabiques auriculares y ventriculares, no se observan calcificaciones ni masas anómalas.
- Se observa dos aurículas, dos ventrículos, línea interventricular, banda moderadora, foramen oval, arteria aorta, arterias pulmonares.
- Tractos de Salida grandes vasos: Sin alteraciones o dilataciones patológicas.
- Pulmones: Tamaño y ecogenidad conservada, no se observan imágenes quísticas.


**ABDOMEN:**


- Pared abdominal: Conservada sin trazos de discontinuidad en su distribución.
- Estómago: Presente en posición adecuada.
- Asas Intestinales: Conservadas, en posición adecuada, sin signos de dilatación.
- Inserción del cordón umbilical: Conservada, inserción central.
- Diafragma: Impresiona estructura íntegra, sin evidencia de trazos de discontinuidad.
- Riñones: Normales. Derecho pelvis renal mide 2 mm. Izquierdo pelvis renal mide 2 mm. No se observa dilatación en ambos sistemas pielocolicales.
- Vejiga: Presente y conservada. Mide 6 mm

**EXTREMIDADES:**


- Miembros superiores: Ambos presentes, las manos presentan 5 dedos
- Miembros inferiores: Ambos presentes, los pies presentan adecuada angulación en relación a eje principal de la pierna, presentan 5 dedos.

---


Ecografía Obstétrica de control, Ecografía Especializada (Tamizaje) y Ecografía Transvaginal  
 Siguenos en:  Eco Obstetra Consultorio Especializado  
 Contáctanos: ☎ 959 204 215 ☎ 906 448 276 ☎ 954 327 445

Ecografía Obstétrica de control, Ecografía Especializada (Tamizaje) y Ecografía Transvaginal  
 Siguenos en:  Eco Obstetra Consultorio Especializado  
 Contáctanos: ☎ 959 204 215 ☎ 906 448 276 ☎ 954 327 445

---



**ECO OBSTETRA**  
Consultorio Especializado



**ECO OBSTETRA**  
Consultorios Especializados

---

**CABEZA:**

- Calotas craneales: Completas, sin evidencia de trazos de discontinuidad.
- Plano transeventricular (cavum septum pellucidum, línea interhemisférica, cizura de Silvio, cizura parieto occipital, plexo coroideo, atrio ventricular dentro de la normalidad).
- Plano transtalámico (cavum septum pellucidum, línea interhemisférica, cizura de Silvio, Tálamos, signo de la fecha dentro de la normalidad).
- Plano transcerebral (cavum septum pellucidum, línea interhemisférica, cizura de Silvio, cerebelo, sistema magna, pliegue nucal, dentro de la normalidad).
- Línea interhemisférica: Presente y conservada.
- Tálamos: Presentes, simétricos, conservados y en posición adecuada.
- Cavum septi pellucidum: Presente, conservado y en posición adecuada.
- Cerebelo: 20 mm (Diámetro transversal), adecuado desarrollo en relación a edad gestacional con lóbulos y vermis presentes.
- Ventriculos laterales: Conservados. Atrio ventricular derecho mide 5.8 mm (Valor Normal < 10 mm.)
- Plexo coroideo: Presentes, sin evidencia de alteraciones, ni imágenes quísticas.
- Cisterna magna: De adecuada conformación mide 5.4 mm (Valor Normal 2 - 10 mm.)
- Pliegue nucal: Conservado en su espesor, mide 2.6 mm (Valor Normal < 6 mm.)

**TÓRAX:**

- Corazón: 4 Cámaras cardíacas simétricas, sin signos de defecto en tabiques auriculares y ventriculares, no se observan calcificaciones ni masas anómalas.
- Se observa dos aurículas, dos ventrículos, línea interventricular, banda moderadora, foramen oval, arteria aorta, arterias pulmonares.
- Tractos de Salida grandes vasos: Sin alteraciones o dilataciones patológicas.
- Pulmones: Tamaño y ecogenidad conservada, no se observan imágenes quísticas.

**ABDOMEN:**

- Pared abdominal: Conservada sin trazos de discontinuidad en su distribución.
- Estómago: Presente en posición adecuada.
- Asas Intestinales: Conservadas, en posición adecuada, sin signos de dilatación.
- Inserción del cordón umbilical: Conservada, inserción central.
- Diafragma: Impresiona estructura íntegra, sin evidencia de trazos de discontinuidad.
- Riñones: Normales. Derecho pelvis renal mide 2 mm. Izquierdo pelvis renal mide 2 mm. No se observa dilatación en ambos sistemas pielocolicales.
- Vejiga: Presente y conservada. Mide 6 mm

**EXTREMIDADES:**

- Miembros superiores: Ambos presentes, las manos presentan 5 dedos
- Miembros inferiores: Ambos presentes, los pies presentan adecuada angulación en relación a eje principal de la pierna, presentan 5 dedos.

**CARA:**

- Perfil facial Normal, no se evidencian signos de macrocefalia.
- Orbitas: oculares: Ambas presentes con evidencia de formación de ambos cristallinos, sin evidenciar imágenes quísticas en ambos conductos lacrimales. Diámetro interorbitario: 12 mm (Valor Normal > 10 mm)
- Labios: Presentes, sin evidencia de trazos de discontinuidad en labio mayor.
- Nariz: Presente y conservada. Hueso nasal mide 7 mm.
- En plano de corte coronal se observa labio superior e inferior, nariz, fosas nasales, ambas orbitas simétricas con presencia de cristallinos, perfil medio facial dentro de la normalidad.

**PLACENTA:** Localización: INSERCIÓN BAJA  
 Grasa: 22 mm. Maduración: Grado III acorde a edad gestacional. No se ven hematomas. Inserción de cordón umbilical en placenta: Central

**LIQUIDO AMNÍOTICO:** Volumen NORMAL. Pozo Mayor: 35 mm. (Valor Normal de 20 a 80 mm.) (LA 11 CM y más)

**CORDÓN UMBILICAL:** Trayecto tortuoso, aspecto espiralado, vasos de calibre conservado, dos arterias y una vena.

**SEXO FETAL:** MASCULINO

PPP: 29/07/2024

OBSERVACIONES: Placenta cubre OC


---

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

- GESTACIÓN ÚNICA ACTIVA DE 20 SEMANAS 05 DÍAS POR BIOMETRÍA FETAL
- NO SE HA DELIMITADO ALTERACIONES MORFOLÓGICAS DENTRO DE LAS LIMITACIONES DE ESTA MODALIDAD EXPLORATORIA
- A CONSIDERAR PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA


SE SUGIERE INTERCONSULTA POR MEDICO GINECÓLOGO OBSTETRA Y CONTROL ECOGRÁFICO POSTERIOR

ATTENTAMENTE:



ECOGRAFIA ESPECIALIZADA

---

Ecografía Obstétrica de control, Ecografía Especializada (Tamizaje) y Ecografía Transvaginal  
 Siguenos en:  Eco Obstetra Consultorio Especializado  
 Contáctanos: ☎ 959 204 215 ☎ 906 448 276 ☎ 954 327 445


Ecografía Obstétrica de control, Ecografía Especializada (Tamizaje) y Ecografía Transvaginal  
 Siguenos en:  Consultorios Especializados  
 Contáctanos: ☎ 959 204 215



Figura 1: Placenta cubre orificio cervical interno (Inserción baja de placenta)

## ANEXO 2: ECOGRAFIA 28 SEMANAS

**Eco Obstetra**  
CONSULTORIOS ESPECIALIZADOS

### ECO OBSTETRA

Consultorio Especializado

NOMBRE : Y.M.T.G  
 EDAD : 33 AÑOS  
 FECHA : 03 DE MAYO DEL 2024

#### ECOGRAFÍA OBSTETRICA III TRIMESTRE

Estudio ultrasonográfico realizado con Ecógrafo VINNO 6 gama media alta con transductor volumétrico y endocavitario.  
 Paciente en decúbito dorsal muestra:

FETO: en CEFALICA LONGITUDINAL IZQUIERDA al momento del examen, movimientos corporales presentes.

**BIOMETRIA FETAL**

PARAMETRO	MESURACION
DBP (HADLOCK)	72 mm
HC (HADLOCK)	265 mm
AC (HADLOCK)	240 mm
LF (HADLOCK)	54 mm

**REEVALUACION ANATOMIA FETAL**

**Columna:** Columna vertebral de curvatura normal, piel suprayacente íntegra en sus cuatro regiones, al corte coronal costillas presentes, centros de osificación conservados.  
**Cabeza fetal:** plano transtalámico (cavum septum pellucidum, línea interhemisférica, cisura de Silvio, Tálamo, signo de la flecha dentro de la normalidad)  
**Tórax:** Caja torácica de estructuras conservadas, campos pulmonares simétricos, diafragma sin defecto de continuidad, no se evidencian hallazgos ecográficos anormales a la evaluación.  
**Corazón:** Corte de 4 cámaras (se observa dos aurículas, dos ventrículos, línea interventricular, banda moderadora, foramen oval, arteria aorta, arterias pulmonares), Actividad cardíaca: Presente, rítmica, regular. **Frecuencia Cardíaca fetal:** 141 latidos por minuto. **v**  
**Abdomen:** En plano de corte transverso se observa Estómago fetal, seno portal, riñones con pelvis renal en ambos flancos. **Pared abdominal:** inserción normal de cordón umbilical.  
**Pelvis:** En plano de corte transverso se observa vejiga de 6 mm y ambas arterias umbilicales.  
**Extremidades:** Presencia de tres segmentos en extremidades superiores e inferiores con orientación normal de manos y pies, con presencia de 5 falanges respectivamente.  
**Cara:** Plano de corte coronal se observa labio superior e inferior, nariz, fosas nasales.

**PONDERACION FETAL:** → 1100 gr (Hadlock)

Ecografía Obstétrica de control, Ecografía Especializada (Tamizaje) y Ecografía Transvaginal  
 Síguenos en: **Eco Obstetra Consultorio Especializado**  
 Contáctanos: ☎ 959 204 215 ☎ 906 448 276 ☎ 954 327 445

**Eco Obstetra**  
CONSULTORIOS ESPECIALIZADOS

### ECO OBSTETRA

Consultorios Especializados

LÍQUIDO AMNÍOTICO: Volumen 39 mm de pozo mayor. ILA 10 CM.  
 PLACENTA: Localización: INSERCIÓN BAJA  
 GROSOR: 30 mm. GRADO: I / III (Clasificación de Grannum). Inserción de cordón umbilical en placenta: Central  
 CORDON UMBILICAL: dos arterias, una vena.

**OBSERVACIÓN:** Placenta cubre OCI

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**  
 - GESTACIÓN ÚNICA ACTIVA DE 28 SEMANAS Y 2 DÍAS POR BIOMETRIA FETAL.  
 - CRECIMIENTO FETAL AEG (P 48%)  
 - A CONSIDERAR INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA

SE SUGIERE INTERCONSULTA POR MEDICO ESPECIALISTA GINECOLOGO OBSTETRA Y CONTROL ECOGRAFICO POSTERIOR 32 SEMANAS.

ATENAMENTE.

Ecografía Obstétrica de control, Ecografía Especializada (Tamizaje) y Ecografía Transvaginal  
 Síguenos en: **Consultorios Especializados**  
 Contáctanos: ☎ 959 204 215



Figura 2: Placenta cubre orificio cervical interno (Inserción baja de placenta)



Figura 3: Placenta cubre orificio cervical interno (Inserción baja de placenta)

### ANEXO 3: ECOGRAFIA 32 SEMANAS

**Eco Obstetra**  
CONSULTORIO ESPECIALIZADO

**ECO OBSTETRA**  
Consultorio Especializado

NOMBRE : YM.T.G  
 EDAD : 33 AÑOS  
 FECHA : 02 DE JUNIO DEL 2024

**ECOGRAFÍA OBSTETRICA III TRIMESTRE**

Estudio ultrasonográfico realizado con Ecógrafo VINNO 6 gama media alta con transductor volumétrico y endocavitario.

Paciente en decúbito dorsal muestra:

FETO: en CEFALICA LONGITUDINAL IZQUIERDA al momento del examen, movimientos corporales presentes.

PARAMETRO	MESURACION
DBP (HADLOCK)	81 mm
HC (HADLOCK)	302 mm
AC (HADLOCK)	280 mm
LF (HADLOCK)	81 mm

**REVALUACION ANATOMIA FETAL**  
 Columna: Columna vertebral de curvatura normal, piel suprayacente íntegra en sus cuatro regiones, al corte coronal costillas presentes, centros de osificación conservados.  
 Cabeza fetal: plano transtalarico (cavum septum pellucidum, línea interhemisférica, cizura de Silvio, Tálamo, signo de la flecha dentro de la normalidad)  
 Tórax: Caja torácica de estructuras conservadas, campos pulmonares simétricos, diafragma sin defecto de continuidad, no se evidencian hallazgos ecográficos anormales a la evaluación.  
 Corazón: Corte de 4 cámaras (se observa dos aurículas, dos ventrículos, línea interventricular, banda moderadora, foramen oval, arteria aorta, arterias pulmonares). Actividad cardíaca: Presente, rítmica, regular. **Frecuencia Cardíaca fetal:** 135 latidos por minuto.  
 Abdomen: En plano de corte transverso se observa Estomago fetal, seno portal, riñones con pelvis renal en ambos flancos. **Pared abdominal:** Inserción normal de cordón umbilical.  
 Pelvis: En plano de corte transverso se observa vejiga de 8 mm y ambas arterias umbilicales.  
 Extremidades: Presencia de tres segmentos en extremidades superiores e inferiores con orientación normal de manos y pies, con presencia de 5 falanges respectivamente.  
 Cara: Plano de corte coronal se observa labio superior e inferior, nariz, fosas nasales.

PONERACION FETAL: ⇒ 1756 gr (Hadlock)  
 LÍQUIDO AMNIÓTICO: Volumen 28 mm de pozo mayor. ILA 7 CM.

Ecografía Obstétrica de control, Ecografía Especializada (Tamizaje) y Ecografía Transvaginal  
 Siguenos en: **Eco Obstetra Consultorio Especializado**  
 Contáctanos: ☎ 959 204 215 ☎ 906 448 276 ☎ 954 327 445

**Eco Obstetra**  
CONSULTORIO ESPECIALIZADO

**ECO OBSTETRA**  
Consultorio Especializado

PLACENTA: Localización **PLACENTA PREVIA GROSOR:** 35 mm.  
 GRADO: III (Clasificación de Grannum). Inserción de cordón umbilical en placenta: Central.  
 CORDON UMBILICAL: dos arterias, una vena

**OBSERVACIONES:**

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**  
 - GESTACION DE 32 SEMANAS Y 3 DIAS POR BIOMETRIA FETAL.  
 - CRECIMIENTO FETAL AEG (P 45 %)  
 - A CONSIDERAR PLACENTA PREVIA  
 SE SUGIERE INTERCONSULTA MEDICO ESPECIALISTA GINECOLOGO OBSTETRA  
 CONTROL ECOGRAFICO POSTERIOR 36 SEMANAS  
 ATENTAMENTE.

Ecografía Obstétrica de control, Ecografía Especializada (Tamizaje) y Ecografía Transvaginal  
 Siguenos en: **Eco Obstetra Consultorio Especializado**  
 Contáctanos: ☎ 959 204 215 ☎ 906 448 276 ☎ 954 327 445



Figura 4: Placenta previa total

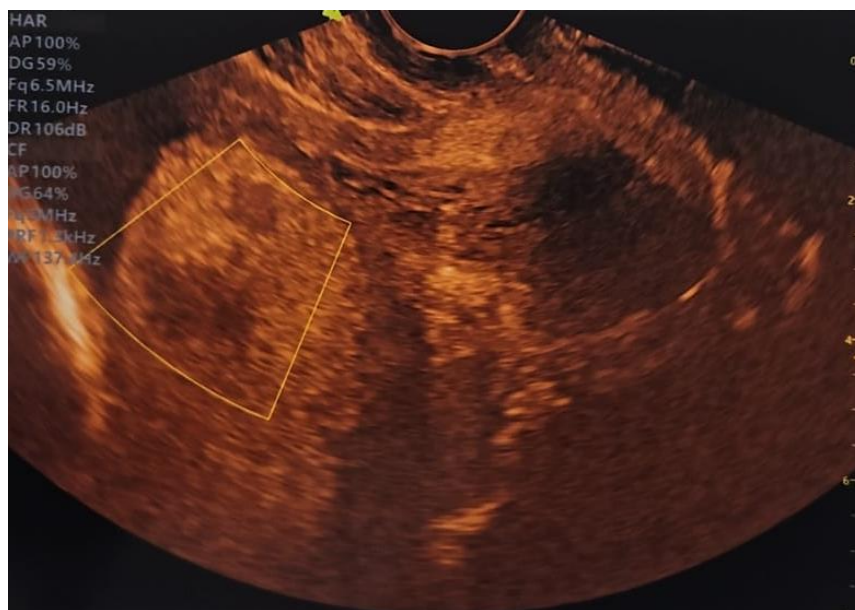


Figura 5: Placenta previa total, no se observa acretismo placentario