Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad en Ecografía Obstétrica y Monitoreo Electrónico Materno Fetal

Caso clínico: Diagnóstico por ultrasonido de la placenta previa y potenciales complicaciones. Hospital Nivel III Arequipa - 2025

Trabajo Académico presentado por:

Barriga Reynoso de Vega, Faridee Katty

ORCID: 0009-0007-5150-1605

para optar el Título de Segunda Especialidad en Ecografía Obstétrica y Monitoreo Electrónico Materno Fetal

Asesora:

Mg. Sotomayor Martinez, Victoria Aurora

ORCID: 0000-0001-8033-8834

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO ELECTRÓNICO MATERNO FETAL

SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 24 de Junio del 2026

Dictamen: 018375-C-EPOYP-2026

Visto el borrador del expediente 018375, presentado por:

2023977852 - BARRIGA REYNOSO DE VEGA FARIDEE KATTY

Titulado:

CASO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO POR ULTRASONIDO DE LA PLACENTA PREVIA Y POTENCIALES COMPLICACIONES. HOSPITAL NIVEL III AREQUIPA - 2025

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO ELECTRÓNICO MATERNO FETAL

29528535 - ARENCIO HEREDIA MARCELINA LOURDES
DICTAMINADOR

29374447 - FERNANDEZ VASQUEZ ARMIDA ANGELITA
DICTAMINADOR

29218350 - MEDINA LUQUE MARIA ROSARIO
DICTAMINADOR

CASO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO POR ULTRASONIDO DE LA PLACENTA PREVIA Y POTENCIALES COMPLICACIONES. HOSPITAL NIVEL III AREQUIPA - 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

12%	13%	2%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	6%
2	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	ijrcog.org Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Higher Education Commission Pakistan Trabajo del estudiante	1%
7	www.cenetec-difusion.com Fuente de Internet	1%

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 1%
Excluir bibliografía	Apagado		

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi amor y gratitud a mi familia, quienes han sido mi mayor fortaleza y motivo de superación.

A mis hijos, fuente inagotable de inspiración y alegría, por darme la razón más grande para nunca rendirme. Cada esfuerzo y cada logro está pensado en ustedes, para que sepan que con dedicación y constancia todo es posible.

Finalmente, dedico esta tesis a todas aquellas personas que creen en que la educación es la base para transformar la vida y alcanzar los sueños.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Principalmente porque ha sido Él quien mantuvo la voluntad en mi para poder continuar con mi meta ya trazada, ha sido Él quien me mantuvo fuerte en los momentos de bajada, ha sido Él quien con su infinito amor me susurraba que ya faltaba poco para llegar a la meta.

A mi familia por el amor y la constancia, por su apoyo moral y comprensión de los momentos que no estuve con ustedes, gracias por ese soporte familiar que me enseña que vale la pena el sacrificio que se hace.

EPÍGRAFE

"La placenta previa constituye uno de los diagnósticos más desafiantes de la obstetricia moderna, donde la vigilancia estrecha y el manejo oportuno marcan la diferencia entre la vida y la muerte materno-fetal."

Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Obstet Gynecol. 2006

RESUMEN

Objetivo: Describir la importancia del diagnóstico oportuno de la placenta previa mediante ecografía obstétrica para un manejo adecuado que reduzca complicaciones maternas y perinatales.

Caso clínico: Paciente de 29 años, gestante G1 P0 (primigesta nulípara), con 29 semanas y 1 día de gestación, que acude al servicio de emergencia por sangrado vaginal rojo rutilante, de inicio súbito e indoloro. La ecografía obstétrica evidenció placenta previa total posterior con feto único vivo y vitalidad preservada. Se adoptó manejo conservador con hospitalización, reposo absoluto y vigilancia clínica estrecha. El diagnóstico ecográfico permitió identificar con precisión la localización placentaria y orientar la conducta terapéutica para prevenir hemorragia severa y complicaciones perinatales.

Conclusiones:

- La ecografía obstétrica permitió un diagnóstico preciso de placenta previa, garantizando una conducta oportuna y segura.
- La clasificación ecográfica orientó la vía del parto y redujo riesgos materno-fetales.
- Los parámetros ecográficos contribuyeron a predecir complicaciones hemorrágicas y guiar el manejo preventivo.
- El caso confirma el valor de la ecografía como herramienta esencial, incluso en ausencia de factores de riesgo clásicos.

Palabras clave: Placenta previa, ecografía obstétrica, hemorragia.

ABSTRACT

Objective: To describe the importance of timely diagnosis of placenta previa using obstetric ultrasound for appropriate management that reduces maternal and perinatal complications.

Case report: A 29-year-old gravida 1, para 0 woman at 29 weeks and 1 day of gestation presented to the emergency department with bright red vaginal bleeding of sudden onset and painless origin. Obstetric ultrasound revealed posterior total placenta previa with a single live fetus of preserved viability. Conservative management was adopted, including hospitalization, strict bed rest, and close clinical monitoring. The ultrasound diagnosis allowed precise identification of the placental location and guided therapeutic decision-making to prevent severe hemorrhage and perinatal complications.

Conclusions:

- Obstetric ultrasound allowed accurate diagnosis of placenta previa, ensuring timely and safe management.
- Ultrasound classification guided the route of delivery and reduced maternal-fetal risks.
- Ultrasound parameters helped predict hemorrhagic complications and guide preventive management.
- This case confirms the value of ultrasound as an essential diagnostic and predictive tool, even in the absence of classical risk factors.

Keywords: Placenta previa, obstetric ultrasound, hemorrhage.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

EPÍGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO 1

1. MARCO TEÓRICO DE ACUERDO CON EL CASO CLÍNICO 1

1.1 Marco Conceptual 1

1.1.1 Placenta Previa 1

1.1.2 Concepto. 1

1.1.3 Clasificación 2

1.1.4 Diagnóstico 4

1.1.5 Hallazgos ecográficos característicos de la placenta previa. 8

1.1.5.1 Visualización del Orificio Cervical Interno (OCI) 8

1.1.5.2 Relación borde placentario–OCI y medición de distancia 8

1.1.5.3 Cambios en la morfología y ecogenicidad placentaria 9

1.1.5.4 Transformación del segmento uterino inferior 9

1.1.5.5 Hallazgos con ecografía Doppler color 10

1.1.5.6 Posición placentaria: anterior vs. posterior 10

1.1.5.7 Hallazgos ecográficos que diferencian placenta previa de otras entidades 10

1.2 Análisis de antecedentes investigativos 11
1.2.1 Internacionales 11
1.2.3 Locales 14
CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO 16
1. HISTORIA CLÍNICA 16
1.1 Anamnesis 16
1.2 Antecedentes 17
1.2.1 Personales 17
1.2.2 Ginecológicos 17
1.2.3 Obstétricos 17
1.2.4 Familiares 18
1.2.5 Socioeconómicos 18
1.2.6 Hábitos Nocivos 18
2. HISTORIA ACTUAL DE LA ENFERMEDAD 19
2.1 Evolución de la enfermedad 19
2.1.1 Examen Físico 19
2.2 Exámenes auxiliares 21
2.2.1 Ecografía Obstétrica 21
2.2.2 Informe ecográfico de sonografía morfológica 24
3. DIAGNÓSTICO 27
3.1 Tratamiento, manejo e indicaciones 27
CAPÍTULO III DISCUSIÓN 28
CONCLUSIONES 31
RECOMENDACIONES 32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 33

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Ecografía..... 37

Anexo 2 Sonograma Genético..... 38

Anexo 3 Ecografía Morfológica..... 42

Anexo 4 Anatomía Fetal 43

INTRODUCCIÓN

La hemorragia obstétrica continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal a nivel mundial, con mayor impacto en los países en vías de desarrollo (1). Dentro de este grupo, la *placenta previa* ocupa un lugar relevante al representar una condición en la cual la placenta se implanta en el segmento uterino inferior, cubriendo total o parcialmente el orificio cervical interno (2,3). Esta situación genera un riesgo elevado de sangrado durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, pudiendo poner en peligro la vida de la madre y del feto (2).

La identificación temprana de la *placenta previa* se ha visto favorecida gracias al avance de la ecografía obstétrica, herramienta que permite localizar con precisión la placenta, evaluar la vitalidad fetal y planificar el manejo clínico de manera más segura (1,4). En la práctica, el hallazgo de esta patología en gestantes con sangrado indoloro y súbito, como se evidenció en el presente caso, exige una actuación rápida y multidisciplinaria para reducir complicaciones graves (2,5).

El presente caso clínico adquiere relevancia debido a que la paciente no presentaba factores de riesgo clásicos asociados a placenta previa, como cesárea previa o intervenciones uterinas, lo que resalta el papel fundamental de la ecografía obstétrica en el diagnóstico oportuno incluso en escenarios atípicos. Asimismo, permite analizar la utilidad de la evaluación ecográfica en la toma de decisiones clínicas, la estratificación del riesgo hemorrágico y la planificación del manejo obstétrico, contribuyendo a la reducción de la morbimortalidad materno-perinatal (3,4).

El presente trabajo académico está organizado de la siguiente manera:

Capítulo I: Revisión del Marco Conceptual y teórico.

Capítulo II: Marco Metodológico, donde se plasmará la Historia Clínica.

Capítulo III: Comprende la discusión del caso clínico, las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. MARCO TEÓRICO DE ACUERDO CON EL CASO CLÍNICO

1.1 Marco Conceptual

1.1.1 Placenta Previa

La placenta previa es una complicación obstétrica caracterizada por la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, de tal manera que puede aproximarse, alcanzar o cubrir parcial o totalmente el orificio cervical interno. Esta condición adquiere relevancia clínica porque se asocia a sangrado vaginal indoloro durante la segunda mitad del embarazo, riesgo de hemorragia materna, parto pretérmino y necesidad de resolución por cesárea en los casos de cobertura del orificio cervical interno.

Desde el punto de vista obstétrico, la placenta previa representa una causa importante de hemorragia ante parto. Su diagnóstico oportuno permite establecer medidas de vigilancia materno-fetal, definir la vía del parto y reducir complicaciones graves. Por ello, la ecografía obstétrica constituye una herramienta esencial para identificar la localización placentaria y orientar el manejo clínico.

En el presente caso clínico, la paciente presentó sangrado transvaginal rojo rutilante e indoloro a las 29 semanas y 1 día de gestación, con diagnóstico ecográfico de placenta previa total posterior, lo cual justifica el enfoque del trabajo hacia el diagnóstico por ultrasonido y la prevención de complicaciones materno-perinatales.

1.1.2 Concepto

La placenta previa se define como la implantación anómala de la placenta en el segmento uterino inferior, con relación directa o cercana al orificio cervical interno. Según el grado de aproximación o cobertura del orificio cervical interno, puede

clasificarse en placenta previa total, parcial, marginal o de inserción baja.

El concepto moderno de placenta previa no se limita a describir una placenta "baja", sino que exige determinar con precisión la relación entre el borde placentario y el orificio cervical interno. Esta medición es fundamental porque permite diferenciar una placenta de inserción baja de una placenta previa verdadera, así como estimar el riesgo de sangrado y planificar la conducta obstétrica.

La ecografía transvaginal es considerada el método más preciso para confirmar el diagnóstico, ya que permite visualizar directamente el canal cervical, el orificio cervical interno y el borde placentario. Esta técnica ofrece mayor exactitud que la ecografía transabdominal, especialmente cuando la placenta es posterior, como ocurrió en el presente caso.

1.1.3 Clasificación

La clasificación de la *placenta previa* se basa en la relación anatómica entre el borde placentario y el orificio cervical interno (OCI). Esta categorización es de gran relevancia clínica, ya que orienta el pronóstico, la conducta obstétrica y la vía de finalización del embarazo (17).

Si bien en la práctica clínica se continúan utilizando términos tradicionales como placenta previa total o parcial, la literatura actual recomienda clasificar la placenta según la relación cuantitativa del borde placentario con el orificio cervical interno, expresada en milímetros mediante ecografía transvaginal.

En el presente caso, la placenta cubría completamente el OCI, correspondiendo a una placenta con cobertura del orificio cervical interno, entidad que se asocia a mayor riesgo hemorrágico y que contraindica el parto vaginal.

- **Placenta previa total**

  En esta variante, la placenta cubre de manera completa el OCI, impidiendo el parto vaginal. Se asocia a mayor riesgo de hemorragia recurrente, parto pretérmino y necesidad de cesárea programada. La placenta previa total constituye la forma más grave por su alta probabilidad de complicaciones tanto maternas como fetales (17).

- **Placenta previa parcial**

  En este tipo, la placenta cubre parcialmente el OCI. Aunque algunas pacientes pueden permanecer estables, existe el riesgo de sangrado severo conforme avanza la dilatación cervical. En la mayoría de los casos, la vía de resolución recomendada también es la cesárea, dada la imposibilidad de un parto vaginal seguro (17).

- **Placenta previa marginal**

  El borde placentario llega hasta el límite del OCI sin sobrepasarlo. Puede diagnosticarse mediante ecografía transvaginal con precisión. En estos casos, es posible que el sangrado sea menos intenso que en las formas total y parcial; sin embargo, persiste el riesgo de hemorragias recurrentes y parto pretérmino (17).

- **Placenta de inserción baja**

  Se diagnostica cuando el borde inferior de la placenta se encuentra a menos de 20 mm del OCI. En algunas gestantes, a medida que avanza el embarazo y crece el útero, la placenta puede "migrar" hacia una posición más alta, disminuyendo el riesgo clínico. Este fenómeno de migración placentaria explica por qué muchas inserciones bajas diagnosticadas en el segundo trimestre no se confirman en el tercero (17).

Aspectos clínicos relevantes en la clasificación:

- Migración placentaria: el ascenso aparente de la placenta en controles seriados de ecografía transvaginal es un hallazgo frecuente. Se debe a la remodelación del segmento uterino inferior, y ocurre principalmente en casos de inserción baja o marginal.
- Implicancias en la vía del parto: mientras que la placenta previa total y parcial contraindican el parto vaginal, la marginal y la inserción baja requieren individualización, dependiendo de la distancia al OCI, la intensidad del sangrado y la condición materno-fetal.
- Utilidad del Doppler: el uso del Doppler color aporta información sobre la vascularización, ayudando a descartar coexistencia con placenta acreta spectrum (PAE), complicación más frecuente en placenta previa con cicatrices uterinas (17).

En conclusión, la clasificación de la placenta previa no solo constituye un ejercicio diagnóstico, sino que es la base para la toma de decisiones obstétricas que permiten disminuir la morbimortalidad materna y perinatal asociada.

1.1.4 Diagnóstico

El diagnóstico de la *placenta previa* se fundamenta en la combinación de la clínica y las técnicas de imagen, siendo la ecografía obstétrica la herramienta de elección. Ante la presencia de sangrado vaginal indoloro en el segundo o tercer trimestre, se debe sospechar esta entidad y proceder a la confirmación ecográfica (18).

- **Ecografía transabdominal.**

  Es el primer método utilizado por su accesibilidad y carácter no invasivo. Permite visualizar la localización placentaria en relación con el orificio cervical interno (OCI). Sin embargo, su precisión puede verse limitada por factores como la vejiga materna llena, la posición fetal o el ángulo de insonación. Por ello, si se sospecha

una placenta de inserción baja, se recomienda la evaluación complementaria con ecografía transvaginal (18).

- **Ecografía transvaginal.**

  Considerada el estándar de oro en el diagnóstico de placenta previa, debido a que ofrece imágenes de alta resolución que permiten determinar con exactitud la distancia entre el borde placentario y el OCI. Estudios recientes han confirmado que es un procedimiento seguro, sin riesgo de inducir sangrado adicional cuando se realiza con técnica adecuada (18).

  Los hallazgos ecográficos característicos incluyen:

  - Placenta previa total: el tejido placentario cubre por completo el OCI.
  - Placenta previa parcial: el tejido placentario cubre de manera incompleta el OCI.
  - Placenta marginal: el borde placentario llega hasta el OCI sin sobrepasarlo.
  - Placenta de inserción baja: el borde placentario se encuentra a menos de 20 mm del OCI.
  - Hallazgos complementarios en ecografía.

    Además de la localización de la placenta, la ecografía aporta información valiosa sobre otros aspectos:

    Vitalidad fetal: frecuencia cardíaca fetal y movimientos.

    Cantidad de líquido amniótico.

    Biometría fetal: estimación de edad gestacional y peso.

    Evaluación de acretismo placentario: en casos sospechosos (placenta previa con cicatrices uterinas previas), mediante la identificación de lagunas vasculares, adelgazamiento del miometrio y pérdida de la interfase útero-vesical (18).

  - Ecografía Doppler color.

    El uso del Doppler permite complementar el diagnóstico al mostrar la

vascularización anómala en el segmento uterino inferior, útil en la detección precoz de acretismo placentario. Su aplicación es especialmente relevante en gestantes con placenta previa y antecedente de cesáreas previas (18).

En conclusión, la ecografía obstétrica, en especial la transvaginal, constituye la herramienta más confiable para el diagnóstico y seguimiento de la placenta previa. Su uso sistemático permite diferenciar los distintos tipos de implantación placentaria, planificar la vía del parto y reducir las complicaciones materno-fetales asociadas (18).

Momentos clave para la evaluación ecográfica

- Segundo trimestre (18–24 semanas):

  En este periodo suele realizarse la ecografía morfológica, la cual permite identificar si la placenta se encuentra en una posición baja o previa. No obstante, es frecuente que aquellas placentas catalogadas como "bajas" durante esta etapa asciendan de manera natural hacia el fondo uterino conforme avanza la gestación.

- Tercer trimestre (a partir de las 28 semanas):

  Si en el segundo trimestre se detectó una placenta de inserción baja, se recomienda repetir la ecografía más adelante. Solo cuando esta condición persiste hacia el final del embarazo se considera clínicamente relevante.

  Las mujeres con antecedentes de cirugías uterinas y diagnóstico de placenta baja o placenta previa presentan un mayor riesgo de alteraciones en la adherencia placentaria. En tales casos, es fundamental examinar la placenta en busca de signos compatibles con acretismo, como la presencia de múltiples lagunas irregulares que muestran flujo arterial en el estudio Doppler color.

Durante el embarazo se recomienda realizar tres ecografías principales:

- La primera, alrededor de las 12 semanas, para confirmar la edad gestacional y evaluar la vitalidad fetal.
- La segunda, entre las 20 y 22 semanas, correspondiente a la ecografía morfológica.
- La tercera, hacia las 35–37 semanas, con el fin de valorar el crecimiento fetal y la ubicación definitiva de la placenta.

El propósito esencial de la ecografía obstétrica es brindar información diagnóstica precisa que permita una atención prenatal oportuna y de calidad, favoreciendo los mejores resultados posibles tanto para la madre como para el feto. Además, los hallazgos obtenidos contribuyen a orientar el manejo de posibles complicaciones durante la gestación o al momento del parto.

Limitaciones diagnósticas

Aunque la ecografía es una herramienta altamente efectiva, existen ciertos factores que pueden limitar su precisión:

- Placenta posterior o lateral: puede dificultar la visualización del orificio cervical cuando se utiliza la técnica transabdominal.
- Contracciones uterinas o vejiga muy llena: pueden simular una placenta previa y generar confusión en la interpretación.
- Sangrado activo: interfiere con la nitidez de la imagen ecográfica.

  Por estas razones, es indispensable que los estudios sean interpretados por profesionales capacitados, quienes además deben complementar los resultados con la evaluación clínica y, de ser necesario, con otras técnicas diagnósticas como el Doppler color, especialmente ante la sospecha de acretismo placentario.

Recomendaciones para optimizar los resultados:

Para asegurar evaluaciones precisas, las ecografías deben ser realizadas por personal de salud especializado en atención materna que cumpla con los siguientes criterios:

- Formación y entrenamiento formal en ecografía obstétrica.

1.1.5 Hallazgos ecográficos característicos de la placenta previa.

La ecografía constituye la herramienta central para el diagnóstico de placenta previa y permite identificar una serie de hallazgos característicos que orientan la clasificación, el riesgo de hemorragia y la planificación del manejo obstétrico. Estos hallazgos se valoran en ecografía transabdominal y, con mayor precisión, en ecografía transvaginal, que es la técnica de referencia para la evaluación del segmento uterino inferior.

1.1.5.1 Visualización del Orificio Cervical Interno (OCI)

El primer paso en la evaluación ecográfica es identificar con claridad el OCI, el cual aparece como una zona de apertura o hendidura en la porción superior del canal cervical. La correcta visualización del OCI permite establecer la relación exacta entre el borde placentario y el segmento uterino inferior, evitando diagnósticos erróneos. La ecografía transvaginal permite una visualización directa del OCI, reduciendo la interferencia de estructuras maternas o fetales que pueden limitar la visión transabdominal (11).

1.1.5.2 Relación borde placentario–OCI y medición de distancia

El hallazgo más relevante es la medición de la distancia entre el borde placentario y el OCI, que determina si existe placenta previa total, parcial, marginal o inserción baja.

Los criterios ecográficos aceptados incluyen:

- ≥20 mm del OCI: no se considera placenta previa significativa.
- 0–20 mm: placenta de inserción baja.
- Contacto directo: placenta previa marginal.

- Cobertura parcial o total del OCI: placenta previa parcial o total.

Brandstetter et al. demostraron que la distancia medida ecográficamente predice la severidad del sangrado y la necesidad de cesárea, subrayando la importancia de este hallazgo (12).

1.1.5.3 Cambios en la morfología y ecogenicidad placentaria

En ciertos casos, se observan características ecográficas que sugieren mayor riesgo:

- Placentas más gruesas o voluminosas, especialmente en inserciones en el segmento inferior.
- Lacunas vasculares (lagunas), que aparecen como áreas anecoicas irregulares dentro de la placenta.
- Contornos placentarios festoneados, relacionados con hipertrofia de cotiledones o áreas de implantación anómala.
- Pérdida o irregularidad de la zona hipoecoica retroplacentaria, lo que puede sugerir riesgo de adherencia anormal (13).

Aunque estos hallazgos no son exclusivos de placenta previa, su presencia puede ser un indicador temprano de complicaciones como placenta acreta spectrum.

1.1.5.4 Transformación del segmento uterino inferior

A medida que avanza la gestación, el segmento uterino inferior se adelgaza y modifica su forma, lo que puede cambiar la distancia del borde placentario al OCI.

La ecografía permite observar:

- Adelgazamiento progresivo del miometrio.
- Distensión fisiológica del segmento inferior.
- Posible “migración placentaria” aparente.

El monitoreo ecográfico seriado demuestra si la placenta se aleja del OCI o si persiste en una posición de riesgo (14).

1.1.5.5 Hallazgos con ecografía Doppler color

El Doppler agrega información dinámica que complementa la imagen bidimensional:

- Flujo sanguíneo turbulento en zonas de implantación anómala.
- Presencia de vasos fetales próximos al OCI, útil para diferenciar placenta previa de vasa previa.
- Lacunas con flujo de alta velocidad, sugerentes de invasión trofoblástica.
- Interrupción o irregularidad del plano vesicouterino, indicativo de riesgo de placenta acreta spectrum (15).

El Doppler es especialmente importante cuando la placenta previa coexiste con antecedentes como cesárea previa o legrado uterino.

1.1.5.6 Posición placentaria: anterior vs. posterior

La ubicación de la placenta también influye en los hallazgos ecográficos:

- Placenta anterior: se evalúa con mayor facilidad, pero puede asociarse a mayor riesgo de acretismo en pacientes con cicatriz uterina.
- Placenta posterior: puede ser más difícil de visualizar; a veces requiere maniobras adicionales o transductor endovaginal para una evaluación óptima (16).

En placenta previa posterior, como en tu caso clínico, la ecografía transvaginal es fundamental para visualizar claramente el OCI y determinar el grado de cobertura.

1.1.5.7 Hallazgos ecográficos que diferencian placenta previa de otras entidades

La ecografía también permite distinguir placenta previa de:

- Inserción placentaria baja transitoria.
- Vasa previa, detectada por vasos sobre el OCI con Doppler color.

- Placenta acreta spectrum, con irregularidad de la zona retroplacentaria y lagunas prominentes.

La combinación de imagen bidimensional, transvaginal y Doppler es clave para diferenciar estas entidades y evitar errores diagnósticos.

1.2 Análisis de antecedentes investigativos

1.2.1 Internacionales

- **Jauniaux E, Silver RM.**

  Título: Placenta previa and placenta accreta spectrum: recent updates.

  Fuente: Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2022. London (UK).

  Resumen: Revisión exhaustiva sobre la integración de ecografía bidimensional, Doppler y transvaginal para diferenciar placenta previa simple de placenta previa con riesgo de acretismo. Destaca la relevancia de estandarizar mediciones y de identificar signos sutiles como lagunas vasculares y pérdida de la zona retroplacentaria. Este antecedente es clave para comprender complicaciones asociadas (26).

- **Silver RM, Branch DW.**

  Título: Placenta previa: classification and clinical implications.

  Fuente: Clin Obstet Gynecol, 2023. Philadelphia (USA).

  Resumen: Profundiza en la clasificación ecográfica moderna de placenta previa y su impacto clínico. Los autores explican que la ecografía transvaginal permite diferenciar inserciones bajas de verdaderas placentas previas, y establecen cómo esta clasificación guía la vía del parto, la preparación quirúrgica y las decisiones de hospitalización. Su enfoque práctico lo hace muy útil para el caso clínico que estás desarrollando (27).

- **Peng X, et al.**

  Título: Prenatal ultrasound scoring in diagnosis and postpartum hemorrhage prediction for pernicious placenta previa.

  Fuente: BMC Pregnancy Childbirth, 2024. London (UK).

  Resumen: Estudio retrospectivo que propone un puntaje ecográfico predictivo de hemorragia. Incluye variables como lagunas placentarias, grosor placentario, posición anterior y signos de invasión. Su conclusión es especialmente relevante: la ecografía no solo diagnostica, sino que predice complicaciones, permitiendo decisiones anticipadas y manejo preventivo en pacientes de alto riesgo (28).

1.2.2 Nacionales

- **Oscanoa A, et al.**

  Título: Características clínicas y ecográficas de la placenta previa en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal.

  Fuente: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Lima – Perú, 2021.

  Resumen: Este estudio evaluó a un conjunto de gestantes diagnosticadas con placenta previa en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Se empleó ecografía transabdominal y transvaginal para clasificar el tipo de placenta previa y establecer la distancia entre el borde placentario y el orificio cervical interno. Los autores resaltan que la ecografía transvaginal permitió una delimitación precisa de la zona de implantación, reduciendo diagnósticos erróneos y mejorando la planificación obstétrica. Los hallazgos demostraron que el uso adecuado de la ecografía contribuyó directamente a disminuir el riesgo de hemorragia materna y complicaciones fetales, subrayando la necesidad de capacitar al personal en técnicas ecográficas avanzadas (23).

- **Lazarte Minaya NB.**

  Título: Placenta previa en gestantes con antecedente de cesárea previa: evaluación ecográfica y factores de riesgo.

  Fuente: Tesis de Licenciatura, Universidad José Carlos Mariátegui – Moquegua, Perú, 2022.

  Resumen: Esta investigación analizó gestantes con antecedente de cesárea previa, grupo con mayor predisposición a placenta previa. Mediante ecografía transvaginal, se confirmó la localización placentaria y se identificaron factores de riesgo asociados, como multiparidad y procedimientos uterinos previos. El estudio concluye que la ecografía no solo es fundamental para el diagnóstico temprano, sino también para la detección de signos de alarma como cobertura total del OCI o sospecha de acretismo. Su aporte principal es mostrar la importancia de la ecografía como herramienta de vigilancia continua, especialmente en pacientes con cicatriz uterina (24).

- **Torres M, Aguilar P.**

  Título: Placenta previa: correlación entre hallazgos ecográficos y severidad del sangrado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

  Fuente: Lima, Perú – 2022.

  Resumen: Este estudio multicéntrico evaluó el papel de la ecografía transvaginal en predecir la severidad del sangrado en placenta previa. Se encontró que la baja distancia borde placentario–OCI y la presencia de múltiples lacunas fueron marcadores fuertes de hemorragia anteparto. Además, el estudio concluye que el uso de Doppler color mejora la capacidad de identificar invasión placentaria temprana. Los resultados refuerzan la importancia de la ecografía detallada como herramienta de estratificación de riesgo en hospitales peruanos (25).

1.2.3 Locales

- **Núñez A, Pinto R, Medina K.**

  Título: Hallazgos ecográficos asociados a riesgo de hemorragia en placenta previa en el Hospital Goyeneche.

  Fuente: Hospital Goyeneche, Arequipa, 2022.

  Resumen: Este trabajo analizó los hallazgos ecográficos en gestantes con placenta previa y su relación con eventos hemorrágicos. Se observó que la distancia borde placentario–OCI y la presencia de lagunas placentarias fueron los marcadores más relevantes. El estudio resalta que, en un hospital con recursos limitados como el Goyeneche, el uso adecuado del Doppler color permitió identificar casos con posible invasión placentaria, permitiendo un manejo anticipado y reduciendo la necesidad de transfusiones masivas (21).

- **Ramírez C, Huamán L, López M.**

  Título: Precisión diagnóstica de la ecografía transvaginal en sospecha de placenta previa en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado.

  Fuente: Servicio de Obstetricia, HRHD – Arequipa, 2023.

  Resumen: Este estudio incluyó gestantes atendidas por hemorragia del segundo y tercer trimestre. Se comparó la ecografía transabdominal con la transvaginal para el diagnóstico de placenta previa. Los autores encontraron que la técnica transvaginal tuvo mayor nitidez en la identificación del orificio cervical interno y permitió reclasificar casos inicialmente considerados como "inserción baja". La investigación destaca la necesidad de implementar protocolos de evaluación ecográfica sistemática, especialmente en hospitales de referencia como el HRHD, donde la hemorragia obstétrica continúa siendo causa de morbilidad materna (20).

- **Delgado M, Paredes J.**

  Título: Utilidad de la ecografía seriada en el seguimiento de placenta previa en embarazos de alto riesgo en EsSalud Arequipa.

  Fuente: Hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo – EsSalud, Arequipa, 2024.

  Resumen: En este estudio longitudinal se siguió a gestantes con placenta previa diagnosticada antes de las 30 semanas. Las ecografías seriadas permitieron identificar casos con migración placentaria y otros con persistencia de cobertura del OCI. Se concluyó que el seguimiento ecográfico frecuente reduce ingresos por sangrado, mejora el momento de derivación a cuidados de mayor complejidad y permite planificar cesáreas electivas con mayor seguridad (22).

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

1. HISTORIA CLÍNICA

1.1 Anamnesis

Filiación

- Nombre: S.Y.A.P.
- Edad: 29 años
- Fecha de Nacimiento: 07 de febrero 1996
- Número de Historia Clínica: 000000
- Sexo: femenino
- Raza: Mestiza
- Estado civil: Soltera
- Religión: Católica
- Idioma: Castellano
- Grado de instrucción. Superior completa (Licenciada en educación)
- Ocupación actual: Docente
- Lugar de Nacimiento: Arequipa
- Procedencia: Arequipa
- Dirección: Mariano Melgar
- Fecha de ingreso: 22 de setiembre del 2025
- Fecha de egreso:
- Fecha de elaboración Historia Clínica: 23 de setiembre del 2025
- Informante: La paciente
- Tipo de anamnesis: Directa

1.2 Antecedentes

1.2.1 Personales

Fisiológicas: Niega

Alergias: Niega

Quirúrgicos: Ninguna

Patológicos: Ninguna

Transfusiones: Niega

Medicación: Suplementación vitamínica de Ácido fólico, calcio, Fierro, Gestavit tabletas una diaria

1.2.2 Ginecológicos

Menarquia: 12 años

Régimen Catamenial: 5/ 2 meses

Dismenorrea: Niega

Inicio de relaciones Sexuales: 22 años

Parejas Sexuales: 01

Métodos anticonceptivos: Método hormonal mensual

Último PAPANICOLAOU: 2025 (neg)

Ultima Ecografía Mamaria: Ninguna

1.2.3 Obstétricos

Fórmula Obstétrica: G1 P0 A1

Embarazo Actual:

Fecha de Última Menstruación: 03/03/2025

Fecha Probable de Parto: 10/12/2025

Edad Gestacional: 29 semanas y 1 día

Número de Controles Prenatales: 04, ***paciente refiere que perdió carnet de control.***

Primer Control Prenatal: 15 semanas

Presión Arterial Basal: 100/60 mmHg

Ecografía del I Trimestre: Ninguna

Ecografía del II Trimestre: 23/06/2025

Ecografía Morfológica :25/08/2025

Ecografía del III Trimestre: 22/09/2025

Monitoreo fetal: 22/09/2025

Peso Pregestacional: 57 Kg

Peso Actual: 69 Kg

Talla: 1.55 m

Incremento de peso:12 kg

Patologías en el embarazo: Niega

Vacunas: Completas

1.2.4 Familiares

Padre: Ninguno

Madre: Ninguno

Hermanos: Ninguno

Pareja: Ninguno

1.2.5 Socioeconómicos

Vivienda de material noble propia con servicios básicos completos.

Crianza de animales (03 perros)

Servicios: Cuenta con agua, luz, desagüe y recojo de basura.

1.2.6 Hábitos Nocivos

Te: Niega

Café: Niega

Tabaco: Niega

Alcohol: Niega

Drogas: Niega

2. HISTORIA ACTUAL DE LA ENFERMEDAD

2.1 Evolución de la enfermedad

Tiempo de enfermedad: 01 día

Síntomas principales: Sangrado vaginal

Forma de inicio: Brusco

Paciente segundigesta nulípara de 29 años con una gestación de 29 semanas y 1 día por fecha de última regla acude por emergencia por presentar sangrado transvaginal el día 22 de setiembre del 2025 desde las 22.10pm, de color rojo rutilante que moja su ropa interior, sin dolor percibe movimientos fetales, no presenta contracciones.

2.1.1 Examen Físico

Signos Vitales:

Presión Arterial: 100/59mmhg

Frecuencia Cardiaca: 75 por minuto

Temperatura: 36,4°C

Frecuencia Respiratoria: 23 por minuto.

General:

Paciente orientada en tiempo, espacio y persona, aparentemente regular estado general, buen estado de nutrición, regular estado de hidratación.

Piel y faneras:

Piel trigueña, tibia, rosada, llenado capilar < 2 seg, no edemas.

Cabeza:

- Cráneo: Normocéfalo, consistencia dura, no se palpan tumores, no hay dolor a la movilidad.
- Pupilas: Redondas, centrales e isocóricas.
- Conjuntiva palpebral: rosadas.
- Corneas transparentes. Iris de color café.
- Agudeza visual. Está conservada.
- Pestañas. De implantación y cantidad normal, de color negro.

  Cejas. De color negro y de cantidad e implantación adecuada.
- Nariz: Tabique central, de conformación normorrinea con fosas nasales permeables, sin presencia de secreciones.
- Oídos: Pabellón auricular de buena implantación con audición conservada, con canal auditivo permeable sin presencia de secreciones.
- Boca: Simétrica móvil con mucosa oral húmeda. Lengua saburral y móvil. - Dientes completos.
- Oro faringe: No congestiva

Cuello:

Cuello simétrico, no se palpan adenopatías ni tumoraciones.

Tórax:

Tórax simétrico, sin ruidos agregados, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Mamas:

Ambas simétricas, prominentes, turgentes, pezones formados - Simétricas, sin tumoraciones. (Secreción a la expresión).

Cardiovascular:

Pulso radial con frecuencia y amplitud conservada, ritmos cardiacos rítmicos sin alteraciones, no se evidencia soplos cardiacos.

Abdomen:

Abdomen blando depresible, útero gravídico, altura uterina de 29 cm, feto en Longitudinal Cefálica Izquierda, Frecuencia Cardiaca Fetal: 145 lpm, Movimientos presentes.

Genitales:

Aparentemente normales, no se evidencia pérdida de líquido. Se evidencia pérdida de sangrado.

Columna Vertebral y extremidades superiores:

Simetría de masa muscular, tono conservado, sin puntos dolorosos vertebrales, amplitud de movimientos activos y pasivos conservados en miembros superiores

Neurológico:

Lúcida, funciones motoras sensitivas conservadas, ausencia de signos meníngeos.

Extremidades inferiores:

Simétricas, amplitud de movimientos activos y pasivos

conservados en miembros inferiores, sin edemas.

2.2 Exámenes auxiliares

2.2.1 Ecografía Obstétrica

Gestación de 28 sem por biometría

Feto único vivo

Ponderado Fetal: 1618 gr

Índice de Líquido Amniótico: Adecuado

Placenta corporal posterior que cubre OCI.

Monitoreo Electrónico Fetal

22/9/2025 Resultado Categoría I: El monitoreo fetal electrónico fue categoría I, interpretándose en el contexto de estabilidad hemodinámica materna, ausencia de dinámica uterina y sangrado controlado, lo que respaldó la decisión de manejo conservador hospitalario.

Exámenes de Laboratorio

24/6/2025	Hemoglobina	13.8 gr %
28/6/2025	Hemoglobina	12.9gr%
24/6/2025	Glicemia	60
24/6/2025	VDRL	No reactivo
24/6/2025	VIH	No reactivo
28/7/2025	Examen Completo de Orina	Negativo
03/7/2025	PAP	Negativo
24/6/2025	Grupo y Factor RH	B Positivo
21/9/25	ECG	Normal

Exámenes ecográficos (Fuente la paciente)

La paciente se realizó 03 ecografías.

Tamizaje ecografía I trimestre

El día 24 de abril del 2025, se realizó el estudio ultrasonográfico

BPD : (HAD) 32.9 10 w 2d +/- 1w 1d HC/AC

AC : (HAD) 102.2 10W 1d +/- 1w 3d FL/AC

FL : (HAD) 18.8 10w 4d +/- 1w 4d FL/ BPD

CONCLUSIONES:

- Edad gestacional de 10semana +/- 2 días

Tamizaje ecografía II trimestre

Informe ecográfico de sonografía genética

El día 22 de junio del 2025 se realizó el estudio de ultrasonográfico (Fuente la paciente)

Feto en situación transversal

LCF :153 Latidos por minuto rítmicos

Movimientos de extremidades presente

Movimientos corporales presentes

BIOMETRÍA FETAL

BPD: 30.64mm

HC:104.82mm

FL:16.74mm

AC :91.56mm

TN: 2.09mm

LN : Presente

MORFOLOGÍA FETAL

1.MORFOLOGÍA: Cabeza simétrica con estructura ósea acorde con la edad, estructura del cerebro acorde a la edad.

2.CORAZÓN: Tamaño y ubicación y forma normal cuatro cavidades latidos regulares, estómago y vejiga de tamaño y forma y ubicación normal.

3.PESO: 1159 gr.

PLACENTA: Corporal anterior del cuerpo uterino, sin área de trombosis vellositaria

Placa basal bien definida no hay signos de placenta previa, grosor placentario de 34mm, Grado O/II según clasificación de Grannum.

LÍQUIDO AMNIÓTICO: Anecogeno de 50mm. ILA 15cm adecuado para el tiempo de gestación.

fecha de parto según biometría: 14 de diciembre del 2025 +/- 2 emanas.

CONCLUSIONES:

- gestación única de 15 semanas y 5 días+/- 10 días
- feto único vivo situación transversal
- sexo masculino
- vitalidad fetal adecuada
- líquido amniótico en cantidad adecuada
- placenta normoincerta homogénea.

2.2.2 Informe ecográfico de sonografía morfológica

El día 25 de agosto del 2025 se realizó el estudio de ultrasonográfico (Fuente la paciente)

La evaluación se realizó con equipo de VOLUSON S10 Color Ultrasound System

FUM: 05-03-2025

FPP:10-12-2025

HALLAZGOS: Feto único vivo posición transversal derecho dorso inferior al momento del examen.

BIOMETRÍA	MEDIDA (mm)
Diámetro biparietal	60mm
circunferencia cefálica	236mm
circunferencia abdominal	226mm
longitud fémur	45mm
peso	889 grs

Placenta: posterior baja oclusiva total, grado: 0

Líquido amniótico pozo mayor 4.6cm i ILA 8.9 cm

Cordón umbilical 3 vasos, no circular de cuello

Genitales masculinos

IP arteria uterina derecha: 071

IP arteria uterina izquierda: 066

IP promedio: 0.685

ANATOMÍA FETAL

Atrio ventricular: Normal

Cavum del Sepum Pellucium: Normal

Talamos: Normal

Diámetro transcerebeloso: Normal

Cisterna magna: Normal

Pliegue nucal: Normal

Cara: Normal

Orbitas: Normal

Perfil central: Normal

Labio superior: Normal

Nariz: Normal

Cuello: Normal

Tórax: Normal

Pulmones: Normal

Interface diafragmática: Normal

Corazón: Normal

Situs cardiaco: Normal

Eje cardiaco: Normal

Cuatro cámaras apical y sub costal: Normal

Aorta Ejes largo y corto: Normal

Tres vasos tráquea: Normal

Abdomen: Normal

Estomago: Normal

Riñones: Normal

Vejiga: Normal

Pared abdominal: Normal

Columna Vertebral: Normal

Extremidades: Normal

Miembro superior derecho: Normal

Miembro superior izquierdo: Normal

Miembro inferior derecho: Normal

Miembro inferior izquierdo: Normal

Sexo: Masculino

Observación

Se observa elogamiento en espacio a nivel de Cavum

CONCLUSIÓN ECOGRÁFICA

1. Biometría compatible con edad gestacional de 24 semanas y 5 días
2. Viabilidad fetal conservada
3. Peso fetal en el paciente percentil 91
4. Feto grande para la edad gestacional
5. Feto transversal
6. Placenta de inserción baja.

3. DIAGNÓSTICO

- Placenta previa total posterior sangrante
- Gestación de 29 semanas y 1 día
- Feto único vivo con vitalidad conservada
- Embarazo de alto riesgo obstétrico (ARO)

3.1 Tratamiento, manejo e indicaciones

- Se hospitaliza en Obstetricia.
- Dieta blanda
- Control de funciones vitales
- Control Obstétrico (DU, MF, LCF)
- Reposo Absoluto
- Control de sangrado transvaginal
- Control de diuresis
- Tactos vaginales restringidos
- Higiene vulvo perineal
- I/C otorrinolaringología
- Exámenes de laboratorio: Hg. Hb. Hto, Grupo y Factor, TP, TPT,
- INR, Recuento plaquetario.
- Examen Completo de Orina
- Ácido Úrico, Creatinina Glucosa
- Interconsulta a Medicina Interna Para RQCU
- Ecografía Obstétrica

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

El caso clínico corresponde a una gestante de 29 años con diagnóstico ecográfico de placenta previa total posterior, identificada tras un episodio de sangrado vaginal indoloro. La evaluación ecográfica permitió determinar con precisión la localización placentaria y confirmar la vitalidad fetal, aspectos coincidentes con lo descrito en los estudios desarrollados en Arequipa y en la literatura nacional e internacional.

A diferencia de algunos estudios que reportan mayor frecuencia de placenta previa en pacientes con antecedentes de cesárea previa, en el presente caso no se identificaron factores de riesgo clásicos, lo que resalta la importancia del diagnóstico ecográfico oportuno independientemente de los antecedentes obstétricos. Asimismo, la ausencia de hallazgos sugestivos de placenta accreta spectrum, como lagunas vasculares o hipervascularización anómala, podría explicar la estabilidad clínica inicial de la paciente. Estos hallazgos coinciden con la literatura internacional, que señala que la ecografía no solo cumple un rol diagnóstico, sino también predictivo en la evaluación del riesgo hemorrágico y en la planificación del manejo obstétrico.

Así mismo, durante la evaluación ecográfica se realizó la búsqueda activa de signos sugestivos de placenta accreta spectrum, no evidenciándose lagunas vasculares múltiples, pérdida de la zona hipoecoica retroplacentaria (‘clear zone’) ni hipervascularización anómala del lecho placentario al Doppler color. El estudio Doppler color no evidenció vasos fetales cruzando el orificio cervical interno, descartándose vasa previa. Además de la evaluación Doppler de las arterias uterinas, se utilizó Doppler color para analizar el lecho placentario, sin evidenciar patrones de hipervascularización ni flujos turbulentos sugestivos de invasión placentaria.

A nivel local, Ramírez, Huamán y López demostraron en el Hospital Regional Honorio Delgado que la ecografía transvaginal mejora la delimitación del orificio cervical interno y evita

diagnósticos erróneos en casos de hemorragia del segundo y tercer trimestre. Esta precisión diagnóstica se refleja en el manejo de la paciente del presente caso, donde la confirmación transvaginal fue determinante para establecer el plan de hospitalización.

De manera similar, Núñez, Pinto y Medina en el Hospital Goyeneche identificaron que los hallazgos ecográficos asociados al borde placentario —como la distancia al OCI y la presencia de lagunas— se correlacionaron directamente con el riesgo de sangrado. Estos parámetros fueron relevantes en este caso, en el que el sangrado inicial justificó vigilancia estrecha y control ecográfico continuo.

Por su parte, Delgado y Paredes, en EsSalud Arequipa, resaltaron que el seguimiento ecográfico seriado en gestantes con placenta previa permite identificar oportunamente la persistencia o migración placentaria, optimizando el momento de intervención. En consonancia con estos hallazgos, la paciente del presente caso se benefició de hospitalización y monitoreo ecográfico, reduciendo su riesgo inmediato.

En el ámbito nacional, estudios como el de Torres y Aguilar en el Hospital Arzobispo Loayza coincidieron en que la distancia borde placentario–OCI y las características ecográficas del lecho placentario predicen la severidad del sangrado. Asimismo, los trabajos de Oscanoa y Lazarte resaltaron el rol del Doppler y de la ecografía transvaginal en identificar signos tempranos de riesgo, incluso en gestantes sin factores predisponentes como cesárea previa. Esto se alinea con la realidad del caso, donde la paciente no tenía antecedentes uterinos, pero el diagnóstico ecográfico permitió un manejo seguro.

Finalmente, los antecedentes internacionales complementan la evidencia. Jauniaux y Silver describen a la ecografía transvaginal como el estándar de oro para clasificar placenta previa y descartar invasión trofoblástica. Silver y Branch enfatizan que la clasificación ecográfica orienta la vía del parto, siendo la placenta previa total indicación de cesárea programada. Peng y colaboradores, por su parte, proponen sistemas ecográficos de puntuación que predicen

hemorragia, confirmando que la ecografía no solo diagnostica, sino que también identifica pacientes en mayor riesgo.

En conjunto, este caso clínico confirma la utilidad integral de la ecografía obstétrica para el diagnóstico temprano, la estratificación del riesgo, la vigilancia hospitalaria y la planificación del parto, todo ello con base en evidencia local, nacional e internacional.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- La ecografía obstétrica, especialmente la técnica transvaginal, permitió establecer un diagnóstico preciso y oportuno de placenta previa total en esta gestante, lo que fue decisivo para orientar el manejo inicial y reducir el riesgo de hemorragia severa.

SEGUNDA.- Los hallazgos ecográficos —cobertura total del orificio cervical interno, posición posterior de la placenta y vitalidad fetal conservada— fueron determinantes para estratificar el riesgo materno-fetal, en concordancia con la evidencia nacional e internacional.

TERCERA.- La integración de la ecografía con la vigilancia clínica permitió adoptar una conducta conservadora segura, reforzando el valor predictivo de parámetros ecográficos como la distancia borde placentario–OCI y la presencia de lagunas placentarias.

CUARTA.- El caso clínico demuestra que la ecografía no solo cumple un rol diagnóstico, sino que constituye una herramienta predictiva y de planificación obstétrica, necesaria para anticipar complicaciones, definir la vía del parto y preparar los recursos materno-perinatales.

RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Para el personal de emergencia y sala de partos: Implementar como protocolo la ecografía transvaginal inmediata en toda gestante con sangrado del segundo o tercer trimestre, debido a su alta precisión diagnóstica en placenta previa.

SEGUNDA.- Para el servicio de ecografía y medicina fetal: Realizar ecografías seriadas en gestantes con placenta previa diagnosticada antes de las 32 semanas, evaluando distancia al OCI, grosor placentario y signos de invasión; esta práctica permite anticipar complicaciones y optimizar la toma de decisiones clínicas.

TERCERA.- Para el equipo de alto riesgo obstétrico: Incorporar en el manejo de placenta previa modelos predictivos basados en hallazgos ecográficos (lagunas, grosor, Doppler, relación placenta–cérvix) con el fin de planificar con anticipación la preparación quirúrgica, disponibilidad de sangre y vía del parto.

CUARTA.- Para la gestión hospitalaria y coordinación asistencial: Fortalecer las capacidades del personal en diagnóstico ecográfico avanzado, garantizar disponibilidad de equipos transvaginales y estandarizar rutas de atención para gestantes con placenta previa, asegurando una atención segura y continua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. *Williams Obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
2. Callen PW. *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
3. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Placenta previa. ACOG Practice Bulletin No. 192. *Obstet Gynecol*. 2018;131(1):e48-e57.
5. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, et al. Placenta previa and placenta accreta spectrum: FIGO consensus guidelines. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;146(1):1-20.
6. Silver RM, Branch DW. Placenta accreta spectrum. *N Engl J Med*. 2018;378(16):1529-1536.
7. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol*. 2006;107(4):927-941.
8. Jauniaux E, Silver RM. Diagnosis and management of placenta accreta spectrum. *N Engl J Med*. 2019;380(16):1529-1536.
9. Belfort MA. Placenta previa. *Clin Obstet Gynecol*. 2010;53(2):414-421.
10. D'Antonio F, Iacovella C, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;42(5):509-517.

11. Rac MW, Dashe JS, Wells CE, Moschos E, McIntire DD, Twickler DM. Ultrasound predictors of placental invasion. *Obstet Gynecol*. 2015;126(3):645-654.

12. Peng Q, Lei Z, Xiao H, Zhang J, An R. Ultrasonographic scoring system for predicting massive hemorrhage in placenta previa. *J Obstet Gynaecol Res*. 2021;47(5):1768-1776.

13. Collins SL, Ashcroft A, Braun T, Calda P, Langhoff-Roos J, Morel O, et al. Proposal for standardized ultrasound descriptors of abnormally invasive placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016;47(3):271-275.

14. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management*. Green-top Guideline No. 27. London: RCOG; 2018.

15. International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG). ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of placenta previa and placenta accreta spectrum. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2021;57(3):e1-e13.

16. Tikkanen M. Placenta previa: epidemiology, risk factors and outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(2):140-149.

17. Wortman AC, Alexander JM. Placenta accreta, increta, and percreta. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2013;40(1):137-154.

18. Finberg HJ, Williams JW. Placenta previa: transvaginal sonographic diagnosis and clinical implications. *AJR Am J Roentgenol*. 1992;158(1):83-87.

19. Leerentveld RA, Gilberts EC, Arnold MJ, Wladimiroff JW. Accuracy and safety of transvaginal sonographic placental localization. *Obstet Gynecol*. 1990;76(5):759-762.

20. Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Prevalence of placenta praevia by world region: systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*. 2013;18(6):712-724.

21. Ministerio de Salud del Perú. *Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva*. Lima: MINSA; 2019.

22. Oscanoa A, et al. Características clínicas y ecográficas de la placenta previa en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2021;67(3):1-8.

23. Lazarte Minaya NB. Placenta previa en gestantes con antecedente de cesárea previa: evaluación ecográfica y factores de riesgo [Tesis de licenciatura]. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui; 2022.

24. Torres M, Aguilar P. Placenta previa: correlación entre hallazgos ecográficos y severidad del sangrado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2022.

25. Paulino AH. Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto [Tesis]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2021.

26. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, Mattrey RF, Benirschke K, et al. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol*. 2006;108(3):573-581.

27. Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005;26(1):89-96.

ANEXOS

Anexo 1

Ecografía





Anexo 2
Sonograma Genético



"LA BASE DEL ÉXITO EN LA VIDA ES LA BUENA SALUD"

SONOGRAMA GENETICO

EDAD : 29 años

Medicina General
Cirugía
Ginecología
Pediatría
Traumatología
Dermatología
Urología
Endocrinología
Cardiología

Abdominales.
Prostáticas, Renal, etc

Rx. Columna vertebral.
Rx. De cráneo.
Rx. De mano.
Rx. Torax.
Rx.parrilla costal.
Rx. Rodillas
comparativas.

Análisis en general
Sangre
Orina
Heces
Esputo (BK)
Pap (Papanicolaou)
Prueba covid:
Rápida
Antígena

Diagnóstico de
embarazo
Orina, Sangre
Inyectables I.M. E.V
Curaciones
Suero Vitaminado
Enemas
Presión arterial

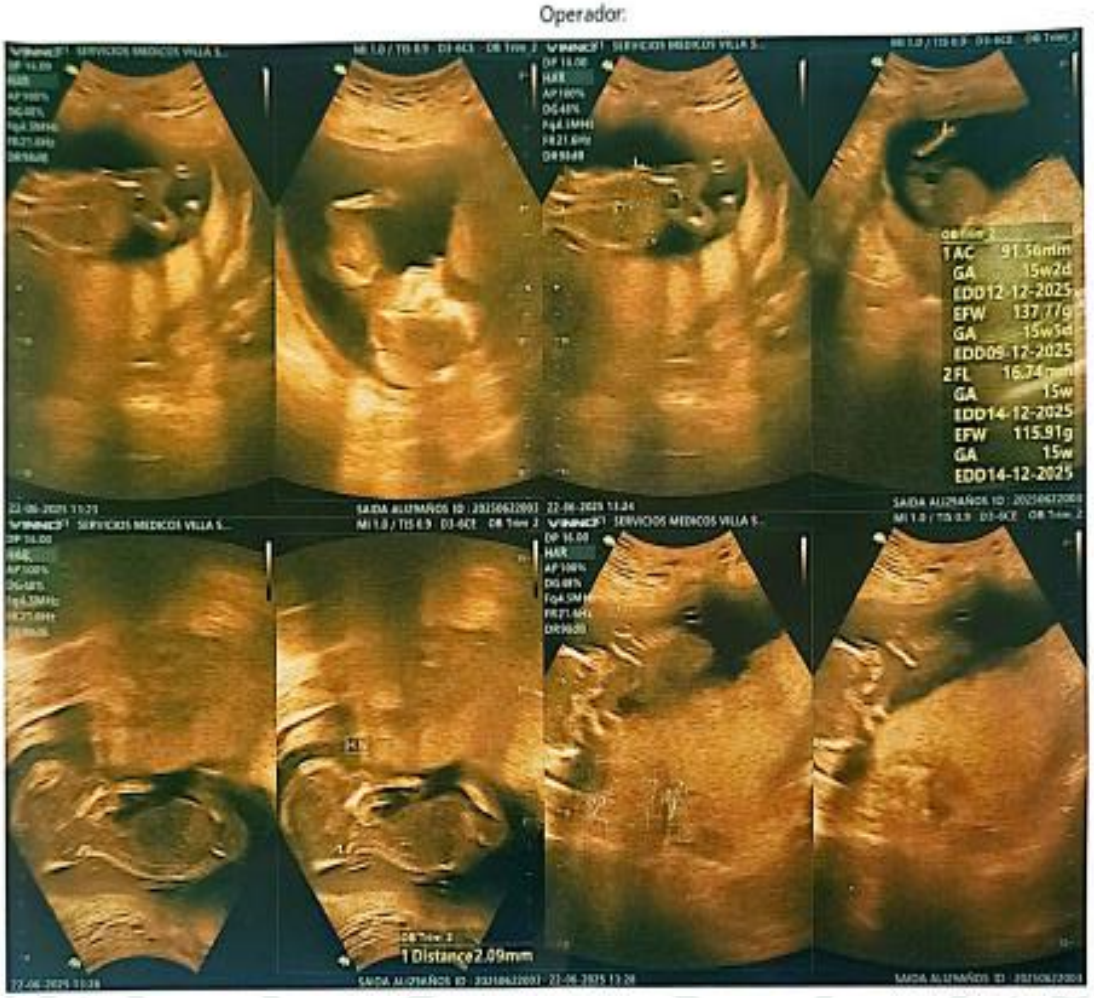
FETO EN SITUACION TRANSVERSAL.
LCF: 153 Latidos Xmin. Rítmicos
Movimientos De Extremidades Presentes
Movimientos Corporales Presentes
BIOMETRÍA FETAL.
BPD: 30.64 mm
HC: 104.82mm
FL: 16.74mm
AC: 91.56 mm
TN: 2.09mm
H.N: PRESENTE

MORFOLOGIA FETAL:
1.- MORFOLOGIA: cabeza simétrica con estructura osea acorde a la edad ,estructura del cerebro acorde a la edad
2.-CORAZON: de tamaño y ubicación y forma normal, cuatro cavidades latidos regulares, estomago y vejiga de tamaño y forma y ubicación normal.
3.-PESO: 115.91gr+/-
PLACENTA: corporal anterior del cuerpo uterino, sin áreas de trombosis vellositaria, placa basal bien definida, no hay signos de placenta previa, Grosor placentario en 34 mm Grado: 0/III según clasificación de grannum.
LIQUIDO AMNIOTICO: anecogeno de 50 mm, ILA 15 cm, cantidad adecuada para el tiempo de gestación
FECHA DE PARTO SEGÚN BIOMETRÍA: 14 de diciembre del 2025 +/- 2 semanas

CONCLUSIONES:
1. GESTACION UNICA DE 15 SEMANAS Y 5 DIAS +/- 10 DIAS
2. FETO VIVO SITUACION TRANSVERSAL
3. SEXO MASCULINO
4. VITALIDAD FETAL ADECUADA.
5. LIQUIDO AMNIOTICO EN CANTIDAD ADECUADA.
6. PLACENTA NORMOINSERTA HOMOGENEA.

Fecha Examen: 22-06-2025

Operador:



Fecha Examen: 22-06-2025

Operador:

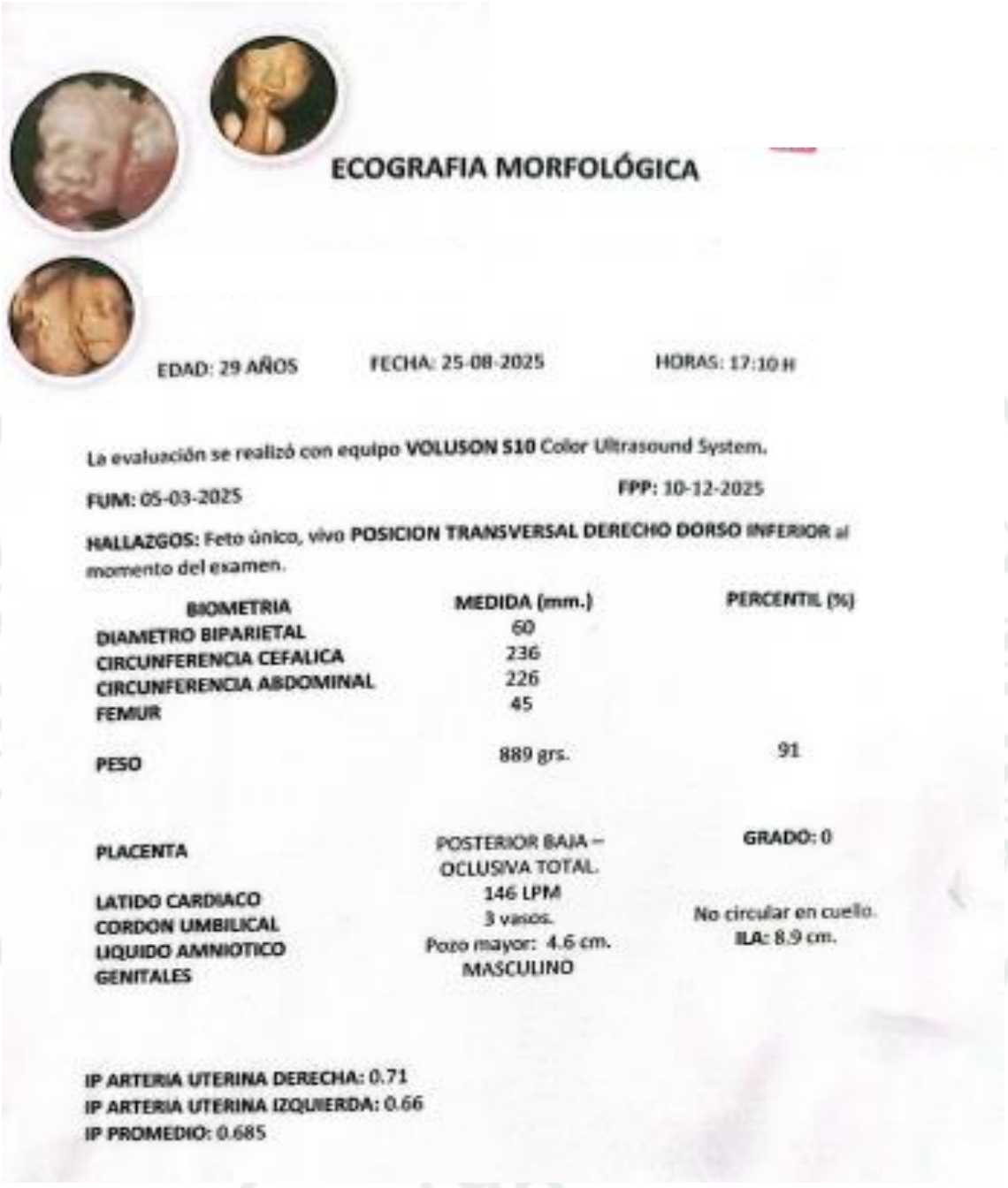


Fecha Examen: 22-06-2025

Operador:



Anexo 3
Ecografía Morfológica



ECOGRAFIA MORFOLÓGICA

EDAD: 29 AÑOS FECHA: 25-08-2025 HORAS: 17:10 H

La evaluación se realizó con equipo **VOLUSON S10** Color Ultrasound System.

FUM: 05-03-2025 **FPP:** 10-12-2025

HALLAZGOS: Feto único, vivo **POSICION TRANSVERSAL DERECHO DORSO INFERIOR** al momento del examen.

BIOMETRIA	MEDIDA (mm.)	PERCENTIL (%)
DIAMETRO BIPARIETAL	60	
CIRCUNFERENCIA CEFALICA	236	
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL	226	
FEMUR	45	
PESO	889 grs.	91
PLACENTA	POSTERIOR BAJA – OCLUSIVA TOTAL.	GRADO: 0
LATIDO CARDIACO	146 LPM	
CORDON UMBILICAL	3 vasos.	No circular en cuello.
LIQUIDO AMNIOTICO	Pozo mayor: 4.6 cm.	ILA: 8.9 cm.
GENITALES	MASCULINO	

IP ARTERIA UTERINA DERECHA: 0.71
IP ARTERIA UTERINA IZQUIERDA: 0.66
IP PROMEDIO: 0.685

Anexo 4
Anatomía Fetal



ANATOMIA FETAL	N	AN	NV
Cabeza			
Atrio Ventricular	N		
Cavum del Septum Pellucidum	N		
Tálamos	N		
Diámetro Transcerebeloso	N		
Cisterna Magna	N		
Pliegue Nucal	N		
Cara			
Orbitas	N		
Perfil Central	N		
Nariz	N		
Labio Superior	N		
Cuello	N		
Tórax			
Pulmones	N		
Interface Diafragmática	N		
Corazón			
Situs Cardiaco	N		
Eje Cardiaco	N		
Cuatro Cámaras Apical y subcostal	N		
Aorta (Ejes largo y corto)	N		
Tres Vasos Tráquea	N		
Abdomen	N		
Estomago	N		
Riñones	N		
Vejiga	N		
Pared Abdominal	N		
Columna Vertebral (Cono Medular)	N		
Extremidades	N		
Miembro Superior Derecho	N		
Miembro Superior Izquierdo	N		
Miembro Inferior Derecho	N		
Miembro Inferior Izquierdo	N		
Sexo: MASCULINO			





OBSERVACIÓN:

1. SE OBSERVA ELOGAMIENTO EN ESPACIO A NIVEL DEL CAVUM.



CONCLUSION ECOGRAFICA:

1. **BIOMETRIA COMPATIBLE CON EDAD GESTACIONAL DE 24 SEMANAS Y 5 DIAS.**
2. VIABILIDAD FETAL CONSERVADA.
3. **PESO FETAL EN EL PERCENTIL 91.**
4. **FETO GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL.**
5. **FETO TRANSVERSAL.**
6. **PLACENTA DE INSERCION BAJA.**
7. **CAVUM VERGAE.**
8. DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS NORMALES.

SUGERENCIA: PROXIMA ECOGRAFIA 25 DE OCTUBRE.

