



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA**

Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado de
Obstetriz/Obstetra

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

“Conducta Obstétrica en múltipara de 32 años con 38 semanas de gestación más
desprendimiento placentario”

AUTOR

Yessica Del Rocio Acurio Falcon

TUTOR

Dr. Andres Escudero Castro

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021



ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO	5
II. DEDICATORIA	6
III. TEMA	7
IV. RESUMEN.....	8
V. ABSTRACT	9
VI. INTRODUCCION.....	10
1. MARCO TEORICO	11
1.1. DESPRENDIMIENTO PREMATURO PLACENTARIO	12
1.1.1. DEFINICION	12
1.2. FRECUENCIA	¡Error! Marcador no definido.
1.3. ETIOLOGÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
1.3.1 Sintomas del desprendimiento de la placenta ¡Error! Marcador no definido.	
1.3.2. Como tratan los medicos el desprendimiento placentario	14
1.3.3. Desprendimiento Placentario Recurrente	¡Error! Marcador no definido.
1.3.4. Formas Clinicas.....	¡Error! Marcador no definido.
1.4. FISIOPATOLOGIA	¡Error! Marcador no definido.
1.4.1. Hemorragias.....	17
1.4.2. Hipoxia Fetal	17
1.4.3. Dolor Abdominal, Hipertonia, Dinamica Uterina	18
1.4.4. Hemorragia Oculta	18
1.4.5. Desprendimiento Placentario Cronico	19
1.5. DIAGNOSTICO	19
1.5.1. Diagnostico Clinico	¡Error! Marcador no definido.



1.5.2.	Ecografías.....	¡Error! Marcador no definido.
1.5.3.	Pruebas de Laboratorio	¡Error! Marcador no definido.
1.5.4.	Examen Anatómico - Patológico.	¡Error! Marcador no definido.
1.5.5.	Complicaciones	¡Error! Marcador no definido.
1.5.6.	Complicaciones Materna.....	21
1.6.	PRONÓSTICO	¡Error! Marcador no definido.
1.7.	TRATAMIENTO.....	23
1.8.	RECURRENCIA	24
1.9.	JUSTIFICACIÓN	26
1.10.	OBJETIVOS	28
1.10.1.	Objetivo General	28
1.10.2.	Objetivos Específicos	28
1.11.	DATOS GENERALES	29
2	METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	30
2.1	ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	30
2.2	HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE	31
2.3	ANAMNESIS	33
2.4	EXPLORACIÓN CLÍNICA	33
2.5	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	34
2.6	FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	36
2.7	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	37
2.8	SEGUIMIENTO	38
3	OBSERVACIONES	49
4	CONCLUSIONES.....	50



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



5	BIBLIOGRAFÍA.....	51
6	ANEXOS.....	52



I. AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, por haberme bendecido con una familia maravillosa de quienes me siento orgullosa y agradecida por haberme apoyado siempre y a ver puesto su confianza en mí, siendo ustedes mi fuente de inspiración para poder cumplir con esta gran meta.

De igual manera, mis agradecimientos a mis docentes de Universidad Técnica de Babahoyo, al equipo Ginecológico, de mi querido Hospital General less Babahoyo, quienes con su enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda día a día crecer profesionalmente gracias por su paciencia, aprecio y dedicación.

Yessica Acurio F



II. DEDICATORIA

Este proyecto de Grado está dedicado a:

A Dios quien ha sido mi guía y fortaleza, quien con su fidelidad y amor ha estado conmigo siempre.

De manera especial a los seres mas maravillosos que siempre confiaron en mí, mis amados padres Walter y Yessennia quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir una meta más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía.

A mis hijos Sofia e Isaac que siempre han sido mi inspiración y fortaleza para salir adelante, por ustedes y para ustedes mis amores.

A mi amado esposo Enrique Vargas, quien siempre me a brindado su apoyo, gracias por esas palabras de aliento, por cada momento en familia sacrificado para ser invertido en mis estudios.

A mis hermanos Daniela y Emilio a quienes amo como si fueran mis hijos, quiero que estén orgullosos de mí y me gustaría ser ejemplo de superación para usted.

Yessica Acurio F.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



III. TEMA

“Conducta Obstétrica en multipara de 32 años con 38 semanas de gestación más desprendimiento placentario”



IV. RESUMEN

El desprendimiento placentario es una causa importante de morbilidad materna y fetal. Puede ser una emergencia obstétrica. Las manifestaciones pueden incluir sangrado vaginal, dolor uterino espontáneo o a la palpación, shock hemorrágico y coagulación intravascular diseminada.

El diagnóstico es clínico y a veces ecográfico. El tratamiento es la actividad modificada para los síntomas leves y la pronta inducción del parto para la inestabilidad materna o fetal o en un embarazo cercano al término.

Se presenta un caso de desprendimiento de placenta moderada en una gestante de 32 años de edad gestación 38 semanas, primeros signos de alarma fueron dolor abdominal tipo contráctil irradiando a zona lumbar de manera moderada con una aproximación de p horas de evolución mostrando pérdida de sangrado vaginal

Palabras clave: desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, complicaciones del embarazo, complicaciones del parto, matrona.



V. ABSTRACT

Placental abruption is an important cause of maternal and fetal morbidity and mortality. It can be an obstetric emergency. Manifestations may include vaginal bleeding, spontaneous or palpable uterine pain, hemorrhagic shock, and disseminated intravascular coagulation. The diagnosis is clinical and sometimes ultrasound. A case of moderate placental abruption is presented in a 32-year-old pregnant woman with a 38-week gestation, first warning signs were contractile-type abdominal pain radiating to the lumbar area in a moderate way with an approximation of p hours of evolution showing loss of vaginal bleeding.

The diagnosis is clinical and sometimes ultrasound. Treatment is modified activity for mild symptoms and early induction of labor for maternal or fetal instability or in a near-term pregnancy.

Key words: premature detachment of normally inserted placenta, pregnancy complications, delivery complications, midwife.



INTRODUCCION.

El desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta (DPPNI) se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal. Se desencadena a consecuencia de una hemorragia en la interface decidua- placenta y su definición queda limitada para gestaciones mayores de 20 semanas. Es la segunda causa en orden de frecuencia de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, siendo una complicación que afecta del 2-5% de las embarazadas. Constituye así mismo una de las complicaciones más riesgosas del embarazo y el parto a pesar de todos los progresos aplicados a la vigilancia del embarazo de alto riesgo. La ruptura prematura de membranas (RPM) se produce en el 10% de las gestaciones, y la ruptura prematura de membranas pre término (RPMP) ocurre en el 3% y se asocian a un 30-40% de los casos de prematuridad. (MINISTERIO)

El objetivo del presente trabajo académico es revisar y analizar un caso clínico de una paciente con diagnóstico DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO del Hospital del Seguro IESS Babahoyo, se elabora este tema por motivo que muchas desconocen del riesgo que pueden padecer las pacientes sino tienen una atención adecuada para poder evitar el desprendimiento de la placenta y llegue a feliz término el nacimiento.



Se utilizara la metodología descriptiva donde se podrá verificar el estado clínico de la paciente con desprendimiento placentario, en el cual detallara todos los procesos que se le realizaron para que el feto tenga un buen desarrollo y nazca sin ninguna patología.

El interés del presente trabajo es conocer en nuestra realidad la relevancia de este problema sobre la salud materno perinatal, del desprendimiento placentario describiendo las características demográficas de la población, patologías obstétricas asociadas, mortalidad fetal, y el estado materno ante y postparto en los casos de desprendimiento prematuro placentario. (DPP).

1. MARCO TEORICO



1.1. DEFINICION

1.1.1. DESPENDINGIMIENTO PLACENTARIO.

El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) es un accidente agudo de la gestación en la que la placenta se desprende total o parcialmente de su lugar de implantación antes del alumbramiento, provocando un síndrome hemorrágico. Las consecuencias de este accidente para la madre pueden ser de muy diferente identidad, variando desde la formación de un simple coágulo retroplacentario solo descubierto tras el alumbramiento, hasta la aparición de cuadros gravísimos con posibilidad de complicaciones extragenitales importantes. La morbimortalidad fetal es elevada. Es un accidente que se produce normalmente a partir de la semana 28 de gestación, siendo la incidencia más elevada sobre la semana 36-38. (Bernal N. , 2014)

Por qué ocurre el desprendimiento de la placenta:

- Tienen hipertensión arterial no controlada
- Consumen cocaína
- Han sufrido anteriormente un desprendimiento prematuro de la placenta
- Tienen una lesión grave en el abdomen (como una debida a un accidente de coche)
- Fuman tabaco



1.2. FRECUENCIA.

La frecuencia del desprendimiento se diagnosticará según los criterios utilizados para realizar el diagnóstico, según la rapidez de reacción de la paciente para consultar y recibir atención.

Entre el 0,4 y 0,64% del total de partos ocurridos en el INMP entre los años 2007 y 2008. La mortalidad materna fue menor a 1% y la mortalidad perinatal aproximadamente 20 a 35%. En la tabla 2 podemos observar los factores asociados y precipitantes del desprendimiento prematuro de placenta. (Aliaga, 2010)

1.3. ETIOLOGIA.

La presencia de alteraciones endometriales y/o miometriales podría condicionar que la zona de implantación placentaria no sea en el fondo uterino, sino más bien cercana al orificio cervical interno; estas condiciones las podemos encontrar en los siguientes casos (Aliaga, 2010)

- a. Antecedentes de cicatriz uterina previa
- b. Legrado uterino



- c. Multiparidad, edad sobre los 35 años
- d. Miomas uterinos
- e. Malformaciones uterinas.

Aumento relativo de la masa placentaria: embarazo gemelar, tabaquismo y residencia en altura.

1.3.1. SÍNTOMAS DEL DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA

Los síntomas dependen del grado de desprendimiento de la placenta, pero pueden consistir en:

- Sangrado vaginal (ginecorragia)
- Dolor de vientre de tipo cólico o dolor de vientre repentino e intenso
- Una disminución peligrosa de la presión arterial (choque).

1.3.2. CÓMO TRATAN LOS MÉDICOS EL DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO.

Le harán permanecer en el hospital en reposo en cama para poder observarla. Usted recibirá medicamentos para ayudar a los pulmones de su bebé a desarrollarse en caso de que haya que adelantar el parto. (Merck and Co.)



Si los síntomas comienzan a mejorar, le dejarán caminar un poco e incluso pueden dejarle ir a casa.

Los médicos harán que su bebé nazca lo antes posible si:

- Usted sigue sangrando
- La vida de su bebé corre peligro
- Está embarazada de 36 semanas o más

1.3.3. DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO RECURRENTE.

Se destaca que de 14 desprendimientos placentarios recurrentes 8 producen muerte fetal, el riesgo de abrupcio recurrente había aumentado diez veces de 0.4 a 4 %. Es difícil ya que la separación placentaria ocurre repentinamente en cualquier momento, teniendo en cuenta la edad materna mayor de 35 años, multiparidad, tabaquismo, uso de cocaína, sobre distensión uterina, enfermedad hipertensiva del embarazo, colagenopatías, ruptura prematura de membrana, antecedentes de desprendimiento de placenta en embarazo anterior o traumatismo abdominal. (Obstetricia, Williams).

1.3.4. FORMAS CLINICA.

Se clasifica el desprendimiento placentario prematuro (DPP) de la siguiente forma:



- Formas asintomáticas: Son las que al revisar la placenta después del alumbramiento se encuentra en su cara materna un coagulo, al ser retirado, una excavación típica en la superficie placentaria.
- Formas leves: Es casos en que la hemorragia no es muy grande y no hay afectación general materna. El feto estará vivo en principio, pero corre peligro de sufrimiento.
- Formas moderadas: Las formas descritas como leves y el cuadro agudo, pueden darse unas formas intermedias en las que, sin presentarse un cuadro de gravedad extrema, hay evidente afectación materna.
- Formas graves: Son las formas clínicas de la auténtica apoplejía útero placentaria, del llamado síndrome de Couvelaire. Se caracteriza por su aparición explosiva y por la existencia de síntomas floridos. Dolor, útero de madera, hemorragia y shock.

1.4. FISIOPATOLOGIA.

Con independencia de los factores etiológicos, la fisiopatogenia del desprendimiento placentario prematuro (DPP) se inicia con hemorragia de la decidua basal que continúa siendo utópico en la mayoría de los casos. El desprendimiento placentario prematuro (DPP) están relacionados con sucesos imprevistos como un traumatismo abdominal o reducción uterina, en estos casos las anomalías en el desarrollo temprano de las arterias espirales canaliza a



necrosis decidual, inflamación de la placenta y posible infarto, y en última instancia la interrupción vascular y sangrado.

Las lesiones histopatológicas encontradas más frecuentemente co-asociados con hemorragias decidual crónica son la deciduitis crónica y villitis, hipovascularización, infarto, necrosis o fibrosis de la placenta.

A partir del hematoma decidual resultante, se pueden explicar los signos y síntomas que constituyen la clínica de esta patología y que se exponen a continuación:

1.4.1. HEMORRAGIAS.

La hemorragia puede abrir paso separando la unión deciduo-corioamniótica, y salir al exterior es así que se produce una hemorragia externa, corresponde al 80% de los casos, o quedar retenida a nivel retroplacentario (20% de los casos) a esta se lo que se conoce como hemorragia oculta. (Cuaresma, s.f.).

1.4.2. HIPOXIA FETAL.



La hipoxia fetal es una disminución del aporte de oxígeno en la sangre, que puede comprometer el bienestar del feto durante el embarazo o especialmente en el momento del nacimiento. Se puede explicar la hipoxia fetal, la presencia del desprendimiento placentario obstaculizando la correcta transferencia gaseosa materno-fetal, la anoxia existente provocaría una isquemia miometrial que daría lugar a una serie de alteraciones degenerativas del miometrio y como consecuencia, a una hipertonia uterina con compresión de los vasos miometriales, lo que a su vez agravaría la anoxia. Se establecería así un auténtico círculo vicioso. (Uninet, s.f.).

1.4.3. DOLOR ABDOMINAL. HIPERTONIA. DINAMICA UTERINA.

Los fenómenos isquémicos producidos van extendiéndose a todo el útero, produciéndose fenómenos de extravasación e infiltración sanguínea en el miometrio, lo que a su vez aumenta la hipertonia. La dinámica uterina es un término que se refiere a la actividad uterina normal durante los diferentes periodos del parto. Se mide por diferentes parámetros que son: Frecuencia: el número de contracciones que aparecen en un periodo de 10 minutos. Lo normal es de 3-5 cada 10 minutos durante el trabajo de parto.

Altura del fondo uterino: determina si un bebe es pequeño para su edad gestacional.



1.4.4. HEMORRAGIA OCULTA.

Se produce una hemorragia oculta cuando:

- Hay derrame de sangre detrás de la placenta aun estando adheridos sus bordes.
- Estando la placenta separada totalmente de la membrana.
- La sangre accede a la cavidad amniótica después de atravesar las membranas.
- La cabeza fetal se encuentra en una posición próxima al segmento uterino inferior que la sangre no puede pasar a través de él.

1.4.5. DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO CRONICO.

El desprendimiento crónico de placentario se determina por la aparición de un sangrado venoso crónico o retroplacentario produciendo la separación paulatina del mismo. No es frecuente y se presenta en pacientes sin factores de riesgo.

1.5. DIAGNOSTICO.

Los síntomas del desprendimiento placentario prematuro (DPP) en sus formas graves y característicos no exponen inconveniente para establecer el diagnóstico.



Si se aliga una hemorragia, shock, dolor e hipertonia uterina el cuadro es inconfundible. Las formas moderadas y leves suelen ser difíciles de diagnosticar y son las que, en general, plantean la necesidad de un diagnóstico diferencial.

1.5.1. DIAGNOSTICO CLINICO.

Los síntomas del desprendimiento prematuro placentario (DPP), graves y típicas no ofrecen dificultades para establecer un diagnóstico cuando se presenta como un cuadro típico, de hemorragia vaginal, dolor abdominal o de espalda acompañado de contracciones uterinas.

1.5.2. ECOGRAFIAS.

Es donde nos informa sobre la biometría fetal ubicación de la placenta y valoración de posibles hematomas placentarios, es útil para separar otros trastornos asociados con sangrado vaginal y dolor vaginal. (Gynecol) .

1.5.3. PRUEBAS DE LABORATORIO.

Los valores de laboratorio pueden no ser útil para diagnosticar desprendimiento prematuro placentario (DPP). El hematocrito de la gestante puede ser normal



dependiendo de su estado hematológico inicial en el que se puede producir la hemodilución compensatoria.

1.5.4. EXAMEN ANATOMO – PATOLOGICO.

El diagnóstico del desprendimiento placentario prematuro tras un desprendimiento agudo no revela ninguna anomalía el estudio macroscópico o histopatológico de la placenta solamente confirma el diagnóstico de desprendimiento placentario prematuro normo inserta (DPPNI) en el 30% de los casos.

1.5.5. COMPLICACIONES

El desprendimiento placentario prematuro (DPP), determina dos tipos de complicaciones importantes: la falta de coagulabilidad sanguínea y la anuria. Son de aparición tardía, se manifiesta tras la terminación del parto, pero no puede excluirse que aparezcan antes, en pleno curso del proceso. (Bernal).

1.5.6. COMPLICACIONES MATERNA.



El desprendimiento placentario prematuro (DPP), puede producir dos tipos de complicaciones importantes como son:

- Defectos de la coagulación sanguínea.
- Insuficiencia renal aguda.

La repercusión hemodinámica materna es variable, puede ser un cuadro de shock hipovolémico por pérdida de pérdida sanguínea grave.

Shock hemorrágico. - Se produce una expansión del volumen plasmático y los factores de coagulación fibrinógeno. Si la hemorragia es abundante desliza un shock hipoperfusión tisular.

Defectos de la coagulación sanguínea. - . Aunque la prevalencia global es baja en el embarazo, en mujeres con complicaciones específicas del embarazo puede ser bastante alta. Es un trastorno grave en el cual las proteínas que controlan la coagulación de la sangre se vuelven hiperactivas.

Insuficiencia renal aguda. - Se define como la disminución en la capacidad que tienen los riñones para eliminar productos nitrogenados de desecho, instaurada en horas a días la eliminación de desecho no es la única función de estos órganos, quienes además desempeñan un papel imprescindible en la regulación del medio interno, manteniendo el equilibrio electrolítico y la volemia en unos



márgenes muy estrechos. Los límites para definir el fracaso renal agudo son muy variables. (Gynecol)

1.6. PRONOSTICO.

La morbi-mortalidad materna y perinatal son considerablemente altas, El pronóstico del desprendimiento prematuro placentario norma inserta (DPPNI), depende primordialmente de la extensión del desprendimiento placentario.

Materno. - La mortalidad materna sigue siendo elevadas en muchas áreas, se ha disminuido 1.3% anual a nivel mundial, gracias al diagnóstico precoz y la mejor atención obstétrica, las hemorragias es una de las primeras causas de mortalidad materna.

Fetal. - El desprendimiento prematuro prenatal (DPP), está comprendido en un 10% de los nacimientos prematuros y muerte perinatal se asocian en el parto prematuro con el 30% de los casos. (Gynecol).

1.7. TRATAMIENTO.

Según el grado de desprendimiento prematuro de la placenta y de cuánto tiempo falte para la maduración completa del bebé, el tratamiento puede incluir hacer



reposo o hacer una cesárea. Las opciones de tratamiento para el desprendimiento placentario dependen de las circunstancias:

→ **El embarazo no está cerca de la fecha de parto.** Si la abrupción parece leve, la frecuencia cardíaca de tu bebé es normal y es demasiado pronto para que el bebé nazca, podrías ser hospitalizada para un control cercano. Si el sangrado se detiene y la condición de tu bebé es estable, podrías hacer reposo en casa.

Podrían darte un medicamento para ayudar a los pulmones de tu bebé a madurar y para proteger el cerebro del bebé, en caso de que sea necesario un parto prematuro.

→ **El embarazo está cerca de la fecha de parto.** Naturalmente después de 34 semanas de embarazo si el desprendimiento de la placenta parece mínimo, puede ser posible un parto vaginal controlado de cerca. Si la abrupción pone en peligro la salud de la bebé, necesitarás un parto inmediato, normalmente por cesárea. (femenina, s.f.).

1.8. RECURRENCIA.

Las mujeres con desprendimiento prematuro placentario normo inserta (DPPNI) presentan mayor riesgo de desprendimiento en un embarazo, el riesgo de recurrencia es del 5 al 17%, en comparación con una incidencia del 0,4 al 1,3% en la población general



En estos casos, una mayor vigilancia prenatal, con estudios de velocimetría Doppler periódicos, e ingreso hospitalario hacia la 35 semana, puede conseguir un buen resultado materno-fetal aunque no existen datos al concluyentes respecto.

La forma de la onda de velocidad de flujo de la arteria uterina es única. Se distingue por un flujo continuo durante la diástole y alta velocidad al final de la misma. En un embarazo normal, la razón sístole-diástole debería ser menor a 2.7 después de la semana 26.

La medición del Doppler de las arterias uterinas a partir de la semana 20 puede ser útil para predecir un resultado perinatal desfavorable. Así podría ayudar a predecir un subgrupo de pacientes con insuficiencia placentaria especialmente severa y de aparición precoz. Son necesarios estudios con mayor número de pacientes para determinar si esta prueba podría ser incorporada en la atención prenatal de rutina de las mujeres embarazadas y para evaluar cuál sería el método de cribado ideal que nos permitiera mejorar los resultados perinatales, sin incrementar excesivamente el número de exploraciones innecesarias que suponen los falsos positivos.



1.9. JUSTIFICACION.

Este tema a investigar es de vital importancia ya que la consecuencia de un mal manejo de embarazadas con desprendimiento de placenta por la cual es importante identificar los factores de riesgos y causas que desencadena esta manifestación clínica.

Se realiza el estudio porque existe escasa información sobre esta patología muy pocos materiales de consulta para la población de nuestro medio. De este modo se espera contribuir con información útil para prevención de las complicaciones derivadas de esta patología.

El desprendimiento de placenta es considerado como un cuadro más grave, que se puede presentar durante la gestación en el que corre peligro tanto la vida de la



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



madre como la del feto. La pronta y adecuada intervención de los paramédicos es vital en estas situaciones, y es por ello que tienen que estar preparados y formados para prestar los cuidados especiales que necesitan estas pacientes con estas patologías.

El propósito de esta investigación se debe a que en la actualidad las estadísticas están ascendiendo debido a que gran cantidad de embarazadas acuden a los hospitales u maternidades de la ciudad, presentando desprendimiento prematuro de la placenta.



1.10. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.

1.10.1. OBJETIVO GENERAL.

- Determinar los factores de riesgo y complicaciones diagnosticadas con desprendimiento prematuro de placenta mediante las 36 semanas de gestación.

1.10.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Realizar una revisión teórica actualizada del presente caso de estudio.



- Investigar y analizar diversos puntos críticos como propuestas para aportar en la atención de las gestantes con la patología de desprendimiento prematuro.
- Investigar y analizar diversos puntos críticos, así como realizar propuestas de mejora relacionadas con el manejo del desprendimiento prematuro de placenta.

1.11. DATOS GENERALES

Código: PAVAALEL	Edad: 32 años
Género: Femenino	Fecha de nacimiento: 1989-10-15
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama de casa
Nivel de estudio: Bachiller	Raza: Mestizo
Religión: Católica	Nivel socioeconómico: Medio
Domicilio: Quevedo – San Camilo	Hospital: General Iess Babahoyo

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Yessica Acurio.



2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.

2.2. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.

Paciente de sexo femenino de 32 años de edad, que cursa embarazo de 38 semanas de gestación, acude al área de emergencia en ambulancia del Ecu 911, por presentar dinamia uterina acompañado de dolor en hipogastrio que irradia a zona lumbar de moderada intensidad con aproximadamente de 6 horas de evolución, acompañado de perdida de sangrado transvaginal inicialmente en poca cantidad, rojo rutilante, posterior de ello liquido sanguinolento.



2.3. HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE

Antecedentes Personales y Familiares	
Antecedentes personales patológicos:	Preeclampsia en embarazo anterior
Antecedentes patológicos familiares:	Madre diabética – Padre hipertenso
Antecedentes quirúrgicos:	Cicatriz Uterina Previa
Antecedentes alérgicos:	No refiere
Hábitos:	No alcohol, no drogas

Antecedentes Gineco- Obstétricos	
Menarquia: 11 años	Ciclos menstruales: 28 días
Planificación familiar: Si	Inicio de vida sexual: 16 años
Parejas sexuales: 2	Gestas: 1 P:0 A:0 C:1
FUM: Desconoce	Controles prenatales: 5CS. Hospital Militar.
Vacunas: 2	Ecografía en Cs: 3



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



PIG: 4 años 6 meses

ITS: ninguno

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Yessica Acurio

Primer día de atención de la paciente (30-03-2021)

Preparación:

Peso: 87,3 kg	Talla: 161 cm
Score mama: 3	TA: 138/101 FC: 102 Lx' T: 36,6 C FR: 19 Rx' SPO2: 98% ESTADO DE CONCIENCIA: alerta PROTEINURIA: +

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Yessica Acurio



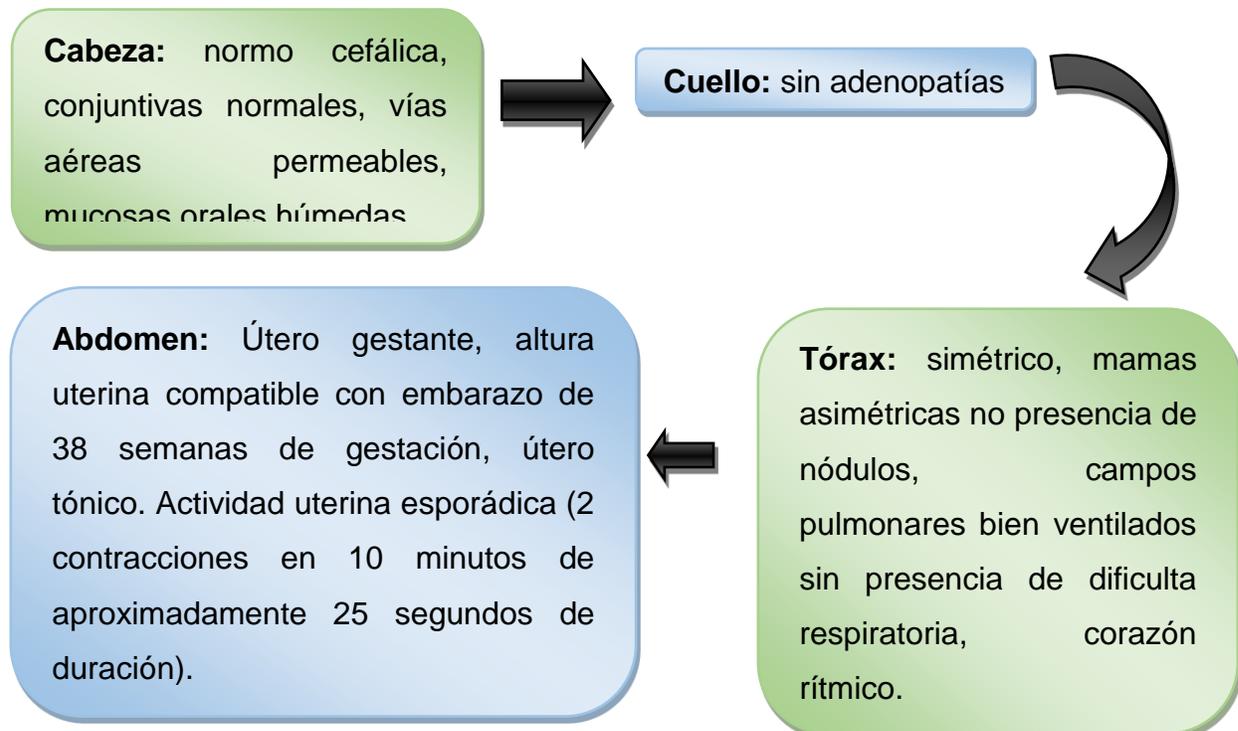
2.4. ANAMNESIS.

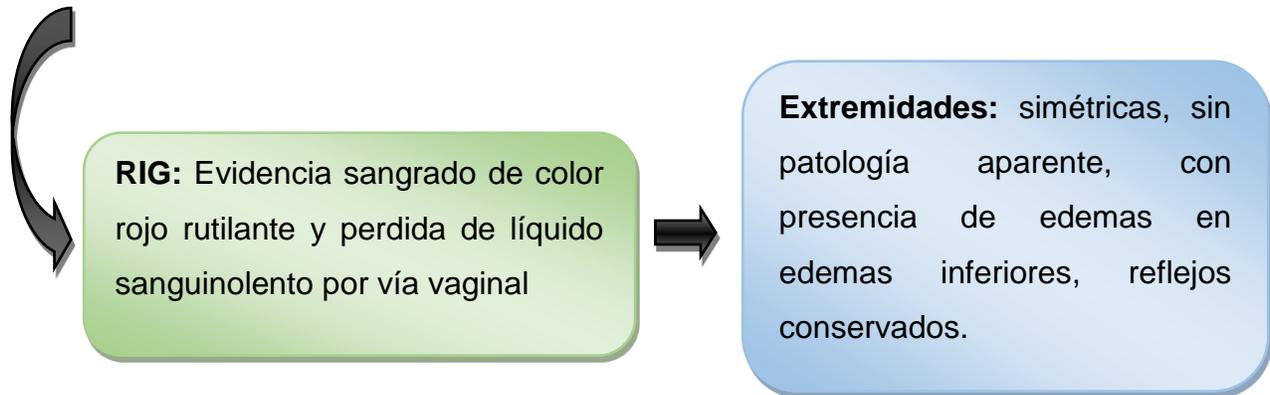
Paciente de sexo femenino de 32 años de edad, segundigesta orienta en tiempo, espacio y persona, sin síntomas neurológicos, afebril, facies pálida, hidratada grupo sanguíneo O positivo .Exploración obstétrica: altura uterina que corresponde a 38 semanas de gestación, presentación cefálica, dilatación de 3 cm, sangrado genital evidente y profuso.

2.5. EXPLORACION CLINICA

Examen Físico

General: Paciente orientada en tiempo, espacio y persona. Hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.





Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Yessica Acurio.

2.6. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Ecografía del Hospital General less Babahoyo (30-03-2021):

Al monitoreo fetal: útero hipertónico, latidos fetales no audibles.

Al rastreo ecográfico: Se observa feto único sin presencia de latidos cardiacos, polihidramnios, con signos de desprendimiento, por lo que se indica cesárea de emergencia.

BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA

Hemoglobina	13.5 g/d
Hematocrito	38.5 %
Hematíes	3'160.000 10/UI
Leucocitos	24.59 10/uL
Plaquetas	182.000 10/uL



Linfocitos	2.08 %
Neutrófilos	20.91 %
Eosinófilos	0.01 %
TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)	
Grupo sanguíneo: O	
Factor Rh: positivo	
COAGULACION	
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 30 sg	
Tiempo de protrombina (TP): 9sg	
QUIMICA	
Glucosa en Ayunas	107.5 mg/dl
Urea	18.9 mg/dl
Creatinina	1.09 mg/dl
TGO	44 U/L
TGP	23 U/L
Proteínas totales	4.32
AUTOINMUNES E INFECCIOSAS	
HIV 1-2 generación: no reactivo	

Medidas generales y terapéuticas

- Comunicar a anestesiología
- Preparar paciente para cirugía



- Nada por vía oral
- Colocar paciente en decúbito lateral izquierdo
- Colocar sonda vesical y controlar diuresis
- Administrar 2 vías para reposición hídrica y fármacos
- Cuidados de enfermería.
- Control de signos vitales cada 20 minutos
- Cloruro de sodio de 1000cc pasar a intravenoso 500cc en bolo
- Cloruro de sodio de 1000cc pasar intravenoso 42 ml/h
- Lactato de Ringer 1000CC pasar intravenoso a 21ml/h
- Cefazolina 2gr intravenoso STAT
- Metoclopramide 10 mg intravenoso STAT
- Ranitidina 50 mg intravenoso STAT
- Preparar 2 paquetes globulares
- Consentimiento informado

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Yessica Acurio

2.7. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Diagnostico presuntivo:

Hipertonía uterina

Preeclampsia

Diagnostico diferencial:



- basa previa
- placenta previa

Diagnóstico definitivo

Desprendimiento de placenta en embarazo de 38 semanas de gestación.

2.8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

En el desprendimiento prematuro de placenta como patología es mas común que ocurra en el último trimestre del embarazo en las ultimas semanas antes del parto con frecuencia aparece de manera repentina, siendo los factores de riesgos más comunes los trastornos hipertensivos durante el embarazo, las malformaciones uterinas, malos hábitos como madres fumadoras, traumatismos abdominales. En este caso clínico de embarazo de 38 semanas de gestación con desprendimiento prematuro de placenta , al recaudar información se logra identificar antecedentes patológicos personal como trastornos hipertensivos en embarazo anterior mas antecedentes familiares de hipertensión arterial y diabetes, también hemos identificado que la paciente no hizo buen uso de los signos de alarma en el momento de presentar síntomas como sangrado genital y perdida de liquido sanguinolento vía transvaginal, siendo el tiempo el factor predisponente para



agravar dicha patología terminando en un óbito fetal, el personal de salud debe tratar de concientizar a las mujeres que cursan embarazos que en el primer signo de alarma acudan de manera inmediata al centro de salud o hospital más cercano para así evitar embarazos complicados donde peligran la vida de la madre y del feto.

2.9. SEGUIMIENTO

Centro quirúrgico (30/03/2021)

<p>Paciente ingresa a quirófano a las 21:00 horas para cesárea de emergencia donde se encuentra:</p> <ul style="list-style-type: none">- Útero infiltrado en un 80% (útero de couvelaire).- Líquido amniótico sanguinolento grumoso.- Feto de sexo masculino signos vitales.- Placenta desprendida en un 90%.- Anexos normales. <p>Útero después de dosis de oxitocina recupera tono.</p>	<p>INDICACIONES:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Nada por vía oral2. Control de signos vitales cada 20 minutos3. vesical4. Control de diuresis y loquios5. Score mama cada 20 minutos6. Masaje uterino cada 20 minutos7. Cloruro de sodio de 250cc + tramadol 300mg + metoclopramida 20mg pasar intravenoso a 10ml hora8. Lactato de Ringer 1000cc intravenoso cada 8h9. Cefazolina 1gramo intravenoso cada 8horas
---	--



	10. Metoclopramida 10mg intravenoso stat y cada 8 horas
<p>PRIMER DIA DE HOSPITALIZACION</p> <p>Paciente posquirúrgica de cesárea, con hallazgo de óbito fetal, presenta cifras elevadas de:</p> <ul style="list-style-type: none">- Presión Arterial 143/121- Frecuencia Cardíaca 169 <p>SCORE MAMA 8</p> <p>Al momento sin diuresis en la funda recolectora, al momento refiere y dolor en herida quirúrgica, se activa clave azul, .</p> <p>EXAMEN FISICO:</p> <p>Al momento paciente orientada en tiempo y espacio, refiere visión borrosa y dolor en hepigastrio, niega tinnitus.</p> <p>Abdomen blando depresible doloroso, útero bien contraído, loquios moderados.</p>	<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS PROPUESTOS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Función hepáticas- Función renal- Tiempos de coagulación- Electrolitos- Electrocardiograma- Uroanálisis- Biometría- Química <p>INDICACIONES</p> <ol style="list-style-type: none">1. Clave azul2. Nada por vía oral3. Control de signos vitales cada 20 minutos, score mama cada 1 hora4. Control de diuresis5. Controlar reflejos tendinosos6. Se solicita ecografía abdominal7. Dosis de impregnación Sulfato de magnesio 4gr + 80cc de cloruro de sodio a 300ml hora o 100 gotas por minutos parar en



	<p>20 minutos.</p> <p>8. Dosis de mantenimiento Sulfato de magnesio 10gr + 450 de cloruro de sodio pasar intravenoso a 17 gotas por minuto, cuando habrá la diuresis adecuadamente.</p> <p>9. Gluconato de calcio 1 ampolla si hay paro respiratorio, hasta recuperar autonomía respiratoria</p> <p>10. Hidralazina 5mg en bolo cada 20 minutos si la presión oxila 160/110</p> <p>11. Nifedipino de 10mg 1 capsula cada 8 horas</p> <p>12. Ampicilina + sulbactan 1 ampolla intravenoso cada 8 horas</p> <p>13. Furosemida 20mg ampola intravenosa stat.</p>
--	---

SEGUNDO DIA DE HOSPITALIZACION

<p>Se valora paciente de 32 años de edad en centro quirúrgico operada hace 24 horas por desprendimiento prematuro de placenta con óbito fetal de 38 semanas de gestación + cicatriz uterina previa 1, posterior a cirugía presenta</p>	<p>Resultados de exámenes</p> <p>Leucocitos24.96</p> <p>Hemoglobina.....12.4</p> <p>Hematocrito.....35.8</p>
--	---



<p>elevación de presión arterial.</p> <p>Disuria muy escasa desde ayer 23:00</p> <p>No se administra sulfato por oliguria</p> <p>EXAMEN FISICO:</p> <p>Al momento tranquila, consiente y orientada en tiempo espacio y persona, refiere dolor pélvico, a nivel de herida quirúrgica, llama la atención edema generalizado, además panículo adiposo.</p> <p>Abdomen blando, depresible, doloroso a la manipulación de útero el cual se encuentra contraído, loquios leves.</p> <p>Extremidades simétricas con presencia de edema + + +.</p> <p>Reflejos normales</p> <p>Score mama 1</p> <p>Se realiza interconsulta a nefrológica.</p> <p>REPORTE ECOGRAFICO:</p> <p>Hígado de tamaño normal, no dilatación de vías biliares intra ni extra hepáticas.</p> <p>Moderada infiltración grasa, no lesión focal, vesicula biliar distendida</p>	<p>Plaquetas.....201</p> <p>Glucosa.....104.30</p> <p>Creatinina.....2.5</p> <p>Acido urico.....7.8</p> <p>Nitrógeno urémico.....22</p> <p>Bilirrubina indirecta.....0.07</p> <p>Bilirrubina directa.....0.05</p> <p>Bilirrubina total0.12</p> <p>Tgo.....40</p> <p>Tgp.....22</p> <p>Albumina.....2.03</p> <p>Hematíes.....154/HPF</p> <p>Leucocitos sedimentos.....21/HPF</p> <p>Proteinas.....+ + + + 1000</p> <p>Células epiteliales.....39/lph</p> <p>INDICACIONES:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Interconsulta a nefrología2. Interconsulta a cardiología3. Interconsulta a medicina interna4. Medidas generales5. Control de signos vitales y score mama
--	---



<p>alitiásica.</p> <p>Presencia de líquido peri-hepático, colédoco sin calculo mide 4mm, páncreas no valorable al momento, presencia de abundantes gases.</p> <p>Riñones de tamaño normal, mide 84mm</p> <p>Vejiga no distendida</p> <p>Conclusión :</p> <p>Estenosis hepática moderada.</p>	<ol style="list-style-type: none">6. Control de diuresis7. Interconsulta a Medicina Interna8. Monitoreo permanente9. Cloruro de sodio 1000cc pasar intravenoso a 25 gotas por minuto10. Hidralazina 10mg intravenoso si la presión supera los 160/11011. Nifedipina 10mg cada 8 horas vía oral12. Alfametildopa 250mg cada 8 horas via oral13. Ampicilina + sulbactan 1.5g intravenoso cada 6 horas14. Paracetamol 1g intravenoso cada 8 horas15. Magaldrato + simeticoa 20cc cada 8 horas vía oral
--	--

Valoración de Nefrología

<p>Se valora paciente en el área de reanimación con diagnóstico de puerperio quirúrgico (por embarazo de 38 semanas de gestación + obtención de óbito fetal) al momento orienta en tiempo espacio y persona, colabora con interrogatorio, refiere dolor en</p>	<p>INDICACIONES</p> <ol style="list-style-type: none">1. Derivar a tercer nivel que tenga unidad de cuidados intensivos2. Policultivar: hemocultivo y urocultivo3. Sedimento de orina para
--	---



<p>herida de sitio quirúrgico, mantiene hemodinámica in drogas vasopresoras, con registro de hipertensión arterial con 152/82 mmhg con tensión arterial media de 111mmhg sin trastornos de perfusión, oliguria con diuresis de 200ml en 12 horas de hospitalización , elevación progresiva de función renal</p> <p>Se procede a cambiar sonda vesical a calibre 18, al momento diuresis solo en manguera de funda recolectora</p> <p>Se revisa exámenes enviados por el área de ginecología</p> <p>Score mama :</p> <p>Presion sistólica: 151</p> <p>Presión diastólica: 85</p> <p>Frecuencia cardiaca: 121</p> <p>Temperatura: 36.7</p> <p>Saturación: 97</p> <p>Frecuencia respiratoria: 18</p> <p>Proteinuria: +</p>	<p>detectar proteinuria</p> <ol style="list-style-type: none">4. Medir procalcitonina5. Antibiótico terapia de amplio espectro antes sepsis gineologica: cefepine 2gr intravenoso cada 8 horas + metronidazol de 500gr intravenoso cada 8 horas6. No requiere ajuste por falla renal (aclaramiento calculado por método Cockroft Gault en 53 ML/minuto7. Ajustar esquema de antihipertensivos: nifedipino provoca taquicardia, por lo que sugiere suspender, se optaría por esquema de atenolol.8. Forzar diuresis: infusión de furosemida 100mg en 24 horas9. Albumina humana al 20% pasar intravenoso cada 12 horas10. Control de signos vitales + monitoreo continuo11. Cabecera elevada a 35
---	---



Cociencia: alerta Total :7	grados 12. Balance hídrico y diuresis horaria 13. Control de glucemia cada 8 horas corregir con insulina si supera los 180 mg/dl 14. Aseo de cavidad bucal con enjuague bucal de clorhexidina. 15. Dieta blanda hipo sódica
-----------------------------------	---

Valoración de cardiología

Paciente con pronóstico reservado, durante valoración cardiológica afebril, sin déficit neurológico, en regulares condiciones hemodinámicas asintomáticas para ángor, R1 Y R2 ritmicos, normofoneticos, silenciosos libres, sin pletoria yugular.	RESULTADOS DE ELECTROCARDIOGRAMA Ritmo sinusal 147 latidos por minuto, no se evidencias arritmias, bloqueos ni signos de isquemia. INDICACIONES Se sugiere manejo con la labetalol intravenoso en dosis de impregnación y mantenimiento si no se consigue corregir cifras tensionales. Continua con tratamiento según especialidad.
---	---



TERCER DIA DE HOSPITALIZACION

<p>Al momento de visita tranquila, consiente y orienta en 3 esferas, llama la atención palidez generalizada, continúa haciendo picos hipertensivos esporádicos, ya valorada por cardiología y medicina interna, paciente ya deambulando, expulsando flatos, abdomen blando , herida quirúrgica con apósito seco, edema en extremidades inferiores 1/3</p> <p>Presión arterial: 139/110</p> <p>Frecuencia cardiaca: 85</p> <p>Frecuencia respiratoria: 20</p> <p>Saturación de oxígeno: 98%</p> <p>SCORE MAMA 1</p> <p>Diuresis clara conservada, no presenta sintomatología neurológica.</p> <p>Abdomen blando depresible, útero contraído.</p>	<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS:</p> <p>Hematocrito.....26.9</p> <p>Hemoglobina.....9</p> <p>Leucocitos.....16000</p> <p>Función hepática conservada</p> <p>Función renal con creatinina de 1.8</p> <p>INDICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none">- Continuar con indicciones prescritas- Monitorización continua- Mantener en observación- Control de diuresis- Retiro de sonda- Deambulación asistida- Dieta blanda hipertropeica y blanda- Control neurológico- Cloruro de sodio de 1000cc + 10cc complejo b + 2gr de acido ascórbico + soletrol k pasar intravenoso a 21 ml por hora- Albumina humana al 20%
---	--



	<p>intravenoso cada 12 horas</p> <ul style="list-style-type: none">- Enoxaparina 40ui subcutánea cada día- Gluconato de calcio una ampolla cada 8 horas- Ranitidina 50mg intravenoso cada 8 horas- Seguir con antihipertensivos propuestos por especialidad
--	--

CUARTO DIA DE HOSPITALIZACION

<p>Paciente se encuentra cursando cuarto día de hospitalización presento elevación de presión arterial, provocando score mama de 7, durante el turno se indicó administración de hidralazina 10mg intravenoso vía stat.</p> <p>Paciente refiere tos desde antes de ingresar a casa de salud.</p> <p>Diuresis espontanea y clara, orientada consiente, hidratada, afebril al momento se valora paciente en</p>	<p>INDICACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dieta blanda hiperptoteica mas líquidos- Control de signos vitales y score mama según protocolo- Control neurológico- Control respiratorio- Control de diuresis más balance hídrico- Seguimiento por medicina interna- EXAMENES PROPUESTOS- Biometria hemática
---	--



condiciones clínicas estables, refiere mejoría clínica, edema en miembros inferiores an disminuido considerablemente.	<ul style="list-style-type: none">- Química sanguínea- LDH- Proteínas totales- Electrolitos
---	--

EVOLUCION DE MEDICINA INTERNA

Paciente al momento tranquila no refiere molestias, en exámenes de laboratorio hay descenso de marcado de leucocitosis y neutrofilia, llama la atención dinero D elevado, función renal aguada en resolución posiblemente secundaria a cuadro séptico, presenta anemia normocítica – normocrómica.	<p>PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO</p> <p>Enoxaparina 40mg subcutánea cada día por 10 días</p> <p>Alta por medicina interna</p> <p>Control por consulta externa</p> <p>Ecografía de control y electrocardiograma para consulta externa</p> <p>Valoración por nutrición</p> <p>EXAMENES ENVIADOS PARA CONSULTA EXTERNA</p> <p>Uroanálisis, micro albumina, proteínas totales, albumina, hierro, ferritina, dinero D, creatinina, ast, alt, reticulocitos</p>
--	---



	para consulta externa.
--	------------------------

ALTA HOSPITALARIA 04-04-2021

<p>Al momento de la visita en condiciones clínicas estables, orienta, conciente, alerta, mucosas hidratadas, ha mejorado clínicamente, presión arterial ha disminuido, el edema en extremidades inferiores es mínimo .</p> <p>Al examen físico.</p> <p>Abdomen blando depresible. Dolor leve en hipogastrio, loquios normales, sangrado transvaginal mínimo.</p> <p>Luego del pase visita de le concede Alta médica por ginecología.</p>	<p>MEDICACION DE ALTA MEDICA:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dicloxacilina 500mg via oral cada 8 horas por 7 dias- Sales de hierro 1 tableta cada día- Paracetamol 500 mg via oral cada 6 horas por 5 dias.
--	---

3. OBSERVACIONES



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Se cumplió detalladamente con todas las evoluciones y medias prescritas a la paciente, las mismas que ayudaron a una buena mejoría clínica de su salud.

Se puso en función todas las medidas realizadas por los profesionales se hizo una revisión de fuentes bibliográficas muy importantes y base de datos con información actualizada sobre desprendimiento prematuro de placenta y del útero de Couvelaire con el fin de constatar el correcto manejo clínico que se debe brindar a pacientes que cursan con estas patologías. Dicho estudio de caso se llevo a cabo en un segundo nivel de atención con limitada capacidad resolutive sin unidad de cuidados intensivos no respiratorio. Los médicos brindaron una correcta atención, oportuna toma de decisiones y seguimiento para evitar complicaciones que afectaran el riesgo materno.

Se debe tomar en cuenta que la paciente a pesar de las complicaciones y del óbito fetal que le produzco dicha complicación, asumió con responsabilidad la demora en llegar a la casa de salud para dicha atención, sigue con mucha cautela prescripciones enviadas por los profesionales de la salud.



4. CONCLUSIONES

La selección y resolución de este caso clínico se fundamentó en toda la información prescrita en la historia Clínica de la paciente, la conducta obstétrica tomada fue muy importante para la evolución del caso, toda la información obtenida se basa en fuentes bibliográficas, artículos, libros, se efectuó un consenso donde se logra efectuar puntos críticos y claves para el manejo de desprendimiento prematuro de placenta, se valoró las conductas y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

El Desprendimiento Prematuro de Placenta lo consideramos como una urgencia obstétrica inmediata, que debe ser resuelta en un hospital donde cuente con un área de Unidad de Cuidados Intensivos.

Se debe coordinar un equipo que esté alerta ante un caso de clave roja predispuesto en el área de emergencia ginecológica para una mayor eficacia resolutoria.



5. BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud Pública. Ruptura prematura de membranas preterminos.2005.
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-RPMP-FINAL-08-10-15.pdf>.

Arias, F. (1994). Obstetricia y Ginecología . En F. Arias, *Guía práctica para el Embarazo y Parto de Alto Riesgo* (págs. 267 - 282). Madrid : Mosby Doyma Libros .

Bernal, F. J. (s.f.). DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA. MANEJO Y CUIDADOS EN URGENCIAS.

MacDonald, P. C. (s.f.). Williams Obstetricia.

Merck and Co., I. K. (s.f.). Desprendimiento Placentaria. *Manual MSD*.

Uninet. (s.f.). Obtenido de wikipedia.

Bernal, N. (2014). Ciber Revista. *DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA. MANEJO Y CUIDADOS EN URGENCIAS*, 40.

Cuaresma, V. (s.f.). Obtenido de
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8731/ViruegaCuaresmaD.pdf?sequence=4>

Gynecol, O. (s.f.). Oyelese, Ananth C and. Obtenido de Placenta Abruption.

Obstetricia, W. (s.f.). Obstetricia, Williams. En F. Gary Cunningham, Norman F. Gant Kenneth J. *Leveno, Larry C. Gilstrap III*.

Uninet. (s.f.). Obtenido de wikipedia: uninet.edu/tratado/c120502.html



6. ANEXOS

Anexo 1. Historia Clínica

H.GENERAL BABAHOYO
MT1205048 VISUALIZAR REGISTRO MEDICO IRME90 21/09/08
Paciente.: C 1207768886 PAZOS VALERO ALBA ELENA QPADEV03H2 15:44:06 H.C.: 478027
Género : F FEMENINO F.Nac 1993/10/15 Edad: 27 Años 10 Meses
Dependenc: 2220500000 1148 GINECOLOGIA (HO)
Médico...: MT1205277 10391994 PINOS LOPEZ EDISON GEOVANN F: 2021/04/03 10:23
MOTIVO DE CONSULTA
Formularios Historia Clínica

005 EVOLUCION PRESCRIP.MED. (HO)
005 EVOLUCION
PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN EL AREA DE HOSPITALIZACION PISO 3 CURSANDO SU CUARTO DIA DE INGRESO POR CUADRO COMPATIBLE CON: TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO (PREECLAMPSIA SEVERA) + MIOCARDIOPATIA PERIPARTO.
REALIZO DOS PICOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL TURNO: SCORE MAMA 7
AL MOMENTO SE VALORA A PACIENTE EN CONDICIONES CLINICAS ESTABLES.
REFIERE MEJORIA CLINICA
EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES HA DISMINUIDO CONSIDERABLEMENTE
NEUROLOGICO ESTABLE
RESPIRATORIO NORMAL
REFLEJOS PRESENTES

Más...
F9=Salir F5=Refrescar F6=Examen Fisico F7=Antecedentes
F8=Anterior F10=Siguiente F14=Spool F21=Imprimir

Anexo 2 Alta medica

H.GENERAL BABAHOYO
MT1205048 VISUALIZAR REGISTRO MEDICO IRME90 21/09/08
Paciente.: C 1207768886 PAZOS VALERO ALBA ELENA QPADEV03H2 15:44:06 H.C.: 478027
Género : F FEMENINO F.Nac 1993/10/15 Edad: 27 Años 10 Meses
Dependenc: 2220500000 1148 GINECOLOGIA (HO)
Médico...: MT1205292 9215006 MEDINA GALLEGOS RONALD DAV F: 2021/04/05 10:23
MOTIVO DE CONSULTA
Formularios Historia Clínica

005 EVOLUCION PRESCRIP.MED. (HO)
005 EVOLUCION
PACIENTE DE 27 AÑOS CON ID. PUERPERIO QUIRURGICO TARDIO+PREECLAMPSIA SEVERA
AL MOMENTO DE LA VISITA EN CONDICIONES CLINICAS ESTABLES -
HA MEJORADO CLINICAMENTE - LA PRESION ARTERIAL HA DISMINUIDO - EL EDEMA EN
EXTREMIDADES INFERIORES ES MINIMO
AL EXMANEN FISICO
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE - DOLOR LEVE EN HIPOGASTRIO
LUIDOS NORMALES - SANGRADO TRANSVAGINAL MINIMO
PLAN
ALTA MEDICA POR EL SERVICIO DE GINECOLOGIA
VALORACION X MEDICINA INTERNA

Más...
F9=Salir F5=Refrescar F6=Examen Fisico F7=Antecedentes
F8=Anterior F10=Siguiente F14=Spool F21=Imprimir

Anexo 3. Útero de couvelaire



Anexo 4.

Ecografía.





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Anexo 5. Exámenes realizados al ingreso.

H. GENERAL BABAHOYO

MT1205048 VISUALIZAR REGISTRO MEDICO IRME80 21/08/09
Paciente.: 0 1207788888 PAZOS VALERO ALBA ELENA QPADEV034Z 15:15:18
Género : F FEMENINO F.Nac 1993/10/15 H.C.: 476027
Dependenc: 2220500000 142 EMERGENCIAS (EM) Edad: 27 Años 10 Meses
Médico...: EF1205324 10000000 F: 2021/03/30 21:42

Muestra No. 01 Asignada a: 2021/03/30 22:26

	VALOR REFERENCIAL
LEUCOCITOS.....	5 - 10 K/ μ L
HEMOGLOBINA.....	12 - 15 g/dL
HEMATOCRITO.....	%
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO.....	81 - 99 fL
CONC. MEDIA HEMOGLOBINA (MCH).....	pg
CONC. HGB. CORP. MED. (MCHC).....	32 - 38 g/dL
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO.....	7.4 - 10.4 fL
MONOCITOS.....	0.3 - 0.8 K/ μ L
EOSINOFILOS.....	K/ μ L
LINFOCITOS.....	1.1 - 3.2 K/ μ L
NEUTROFILOS.....	2.2 - 4.8 K/ μ L
BASOFILOS.....	K/ μ L
PLAQUETAS.....	182

Más...

F3=Salir F5=Refrescar F6=Examen Físico F7=Antecedentes
F9=Anterior F10=Siguiente F14=Spool F21=Imprimir

01/001