



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



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

Dimensión Práctica del examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Ostetriz

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

Conducta obstétrica en multipara de 30 años de edad con embarazo a término más placenta previa oclusiva total.

AUTORA

Nicole Andrea Zambrano Sevillano

TUTOR

Dr. Víctor Alvarado

Babahoyo – Los Ríos - Ecuador

2021



ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	ii
TEMA	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN.	vi
1. MARCO TEÓRICO.	1
1.1. DEFINICIÓN.....	1
1.2. CLASIFICACIÓN	1
1.3. ETIOLOGÍA	2
1.4. FISIOPATOLOGÍA	3
1.5. FACTORES DE RIESGO	4
1.6. EPIDEMIOLOGÍA	5
1.7. COMPLICACIONES MATERNO-FETAL	6
1.8. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	7
1.9. DIAGNÓSTICO.....	10
1.10. TRATAMIENTO	11
1.11. JUSTIFICACIÓN.....	15
1.12. OBJETIVOS.....	16
1.12.1. Objetivo general	16
1.12.2. Objetivos específicos.....	16
1.13. DATOS GENERALES	17
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	18
2.1. Análisis del motivo de consulta.....	18



2.2. Historial clínico de la paciente.....	18
2.3. ANAMNESIS.....	19
2.6. FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	23
2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	24
2.8. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	25
2.9. SEGUIMIENTO	25
3. OBSERVACIONES.....	34
4. CONCLUSIONES	35
5. BIBLIOGRAFÍA	36
6. ANEXOS	38



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



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por nunca dejarme vencer ante las dificultades, por darme la fortaleza, sabiduría y fe para poder culminar mi carrera universitaria.

Gracias a los docentes de la universidad y profesionales de salud del Hospital León Becerra de Milagro porque aparte de brindarme su amistad compartieron sus conocimientos ayudándome a formarme como profesional.

A mi madre por siempre guiarme, aconsejarme y apoyarme en mi vida académica como personal, por darme ánimos en los momentos difíciles y estar presente en todo momento que lo necesite, a mis abuelos maternos por ser mi fuente de motivación para que cada día continuara persistiendo.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y permitirme llegar hasta este momento importante de mi formación académica.

A mi madre Beatriz, por ser mi pilar fundamental y darme su apoyo incondicional durante toda mi vida.

A mi padre, hermanas, y demás familiares por darme su voto de confianza y permitirme ser parte de su orgullo.

Y de manera especial a mi hermano y abuelo paterno que, aunque no están físicamente, sé que estarían compartiendo esta alegría conmigo.



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA



TEMA

“CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTÍPARA DE 30 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO A TERMINO MAS PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL”



RESUMEN

La placenta previa es una patología poco frecuente pero que se incrementa con la tasa de cesáreas. En la placenta previa los centímetros de inserción de la placenta hacia el OCI se toman en cuenta para decidir la vía de parto. De manera que la pérdida de grosor de la capa basal del endometrio hace que la placenta se fije anormalmente en el segmento uterino inferior. Las causas de esta son diversas como factores trofoblásticos, uterinos, placentarios, edad avanzada, antecedentes de placenta previa, cesáreas anteriores, legrados, técnica de reproducción asistida entre otros.

Esta patología se llega a asociar a acretismo placentario principalmente por cesáreas anteriores, en la que existe una carencia de la decidua basal y deficiencia en el desarrollo de la membrana de Nitabuch. El diagnóstico se basa en ecografía abdominal de rutina en semanas 18 y 24, y de realizar ecografía transvaginal a las semanas 35 a 36 para confirmar esta patología y en sospecha de acretismo placentario una ecografía Doppler.

Por lo general se caracteriza por sangrado transvaginal indoloro (hemorragia), que suele presentarse desde la segunda mitad de la gestación, implicando complicaciones graves en el embarazo como el parto e incluso la muerte, si no se maneja a tiempo.

En el siguiente trabajo de investigación se reporta exámenes de laboratorio, ecografías obstétricas, diagnósticos y seguimiento de la paciente.

Palabras claves: placenta previa, cesáreas anteriores, acretismo placentario, complicaciones, hemorragia, muerte.



ABSTRACT

Placenta previa is a rare pathology but it increases with the rate of cesarean sections. In placenta previa, the centimeters of insertion of the placenta towards the OCI are taken into account to decide the route of delivery. So, the loss of thickness of the basal layer of the endometrium causes the placenta to fix abnormally in the lower uterine segment. The causes of this are diverse such as trophoblastic, uterine, placental factors, advanced age, history of placenta previa, previous cesarean sections, curettage assisted reproductive technique among others.

This pathology is associated with placental accrete mainly due to previous cesarean sections, in which there is a lack of the decidua basalis and a deficiency in the development of Nitabush's membrane. The diagnosis is based on a routine abdominal ultrasound at weeks 18 and 24, and a transvaginal ultrasound at weeks 35 to 36 confirm this pathology and a Doppler ultrasound on suspecting placental accreta.

It is usually characterized by painless transvaginal bleeding (hemorrhage), it usually occurs from the second half of pregnancy, involving serious complications in pregnancy such as childbirth and even death, if not managed in time.

In the following research work, laboratory test, obstetric ultrasounds, diagnoses, and follow-up of the patient are reported.

Key words: placenta previa, previous cesarean sections, placental accreta, complications, hemorrhage, death.



INTRODUCCIÓN.

La placenta previa comprende a una de las anomalías de inserción placentaria en la que su ubicación será en el segmento inferior del útero que se pueden presentar con sangrados. Teniendo esta una incidencia de uno por cada doscientos embarazos, con mayor frecuencia se la relaciona con la edad materna, número de cesáreas anteriores, esta última contribuye a la aparición de acretismo placentario.

Dicha patología tiene complicaciones en cualquier momento de la gestación e incluso en el parto, tales como sangrados transvaginales que pueden conducir a la terminación prematura de la gestación hasta shock hipovolémicos, septicemia, necesidad transfusiones sanguíneas e incluso mortalidad materno-fetal.

Se presenta el caso clínico el cual trata de una multípara de 30 años de edad, cursando 38.1 semanas de gestación que acudió al área de emergencia de gineco-obstetricia en el Hospital León Becerra Milagro refiriendo cuadro clínico de 40 minutos de evolución caracterizado por pérdida hemática transvaginal indoloro de forma repentina rojo rutilante de moderada cantidad.

Al interrogatorio refirió como antecedentes gineco-obstétricos dos cesáreas previas con periodo intergenésico largo y antecedentes de placenta previa en la segunda gestación. Se procedió al examen obstétrico y para corroborar un rastreo ecográfico donde se evaluó la vitalidad fetal y se evidenció la inserción placentaria en el OCI como también la presencia de lagunas placentarias y disminución de zona retroplacentaria. Inmediatamente se procedió con el ingreso a quirófano para culminar la gestación por vía alta (cesárea de emergencia). Procedimiento que terminó con resultados satisfactorios preservando la vida de la paciente y del neonato.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**





1. MARCO TEÓRICO.

1.1. DEFINICIÓN.

La placenta es una estructura que se forma dentro del útero y se desplaza a medida que este crece durante el embarazo. Forma las vellosidades coriónicas flotantes que ocupan únicamente el espacio intervelloso y las de anclaje que son las que invaden la pared uterina accediendo al hecho del transporte de gases y nutrientes como también de ofrecer al feto perfusión placentaria y sostén físico. (Ralph, 2017)

La placenta previa es cuando se encuentra implanta en el segmento uterino inferior, cerca del orificio cervical interno o cubriendo este, impidiendo la salida del feto por la cavidad uterina y siendo una de las principales causas de hemorragia en la segunda mitad del embarazo o en el parto. (Sanitas, 2020)

Se refiere acretismo placentario a la invasión placentaria anormal en la pared uterina, es decir, que existe una adherencia anormal en el miometrio debido a la carencia de la decidua basal y la escaso de desarrollo de la membrana de Nitabuch. Es necesario nombrar que la penetración del trofoblasto en dichos acontecimientos es diferente en las gestantes, de todos modos, es posible ocasionar graves hemorragias obstétricas. (Avila, 2016)

1.2. CLASIFICACIÓN DE PLACENTA PREVIA.

Su clasificación depende de la relación de inserción la placenta con el orificio cervical interno:

Tabla 1. Clasificación de la placenta previa	
Placenta previa lateral o inserción baja:	El borde placentario se inserta menos de 2 cm del orificio cervical interno.
Placenta previa marginal:	El borde placentario está al borde del orificio cervical interno.
Placenta previa parcial:	La placenta está cubriendo de manera parcial el orificio cervical interno.



Placenta previa oclusiva total:	La placenta está cubriendo de manera completa el orificio cervical interno.
--	---

FUENTE: (MSP, Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales, 2017)

ELABORADO POR: Nicole Zambrano

CLASIFICACIÓN DE ACRETISMO PLACENTARIO

Su clasificación depende del tipo de adherencia irregular de las vellosidades coriales de la placenta a la pared uterina.

Tabla 2. Clasificación de acretismo placentario	
Placenta acreta:	Una parte o toda la placenta se fija a la pared uterina sin invadir o penetrar al miometrio con las vellosidades coriales.
Placenta increta:	Las vellosidades coriales invaden o penetran al miometrio sin atravesarlo.
Placenta percreta:	Las vellosidades coriales atraviesan la serosa llegando a órganos vecinos

FUENTE: (Rodríguez, 2017).

Elaborado por: Nicole Zambrano.

Según por el número de cotiledones que se encuentra involucrados en la adherencia se reconoce tres tipos:

- ❖ Focal: cuando se adhiere un cotiledón.
- ❖ Parcial: cuando se adhieren algunos cotiledones.
- ❖ Total: cuando la placenta se encuentra totalmente adherida. (Rodríguez, 2017)

1.3. ETIOLOGÍA.

En la placenta previa aún no se encuentra y se desconoce su etiología específica, pero se relaciona con una anomalía de vascularización en el endometrio. Aun así, se tiene en cuenta ciertos factores como:



Alteraciones trofoblásticas

- ❖ La tardía inserción del blastocito ocurre cuando se implanta en la región inferior del útero y en caso de ser más tardía pues no logra implantarse y aparece como un embarazo anembrionado o aborto.

Alteraciones uterinas.

- ❖ Disminución de la capacidad de inserción en el endometrio por causas de cicatrización o inflamatorias que cambian la estructura normal e impiden la implantación haciendo que la placenta se desplace hacia la parte inferior del útero.

Alteraciones placentarias.

- ❖ Cuando en la zona uterina inferior persiste el tejido placentario este alcanza a atrofiarse totalmente, permitiendo que los vasos estén intactos, en cirugía uterina anterior o en las placentas posteriores hay poca probabilidad de desplazamiento de esta.

En el acretismo placentario se encuentra dirigida por una anomalía placentaria la cual se representa por la pérdida de la decidua basal ya sea total o parcial y la capa de fibrina de manera que las vellosidades coriales invaden directamente al miometrio o serosa y en algunos casos atraviesan a estas e invaden otros órganos vecinos. (Lopez, 2012)

1.4. FISIOPATOLOGÍA.

En las variaciones epiteliales consiguen cambiar la matriz extracelular incrementando la exposición inapropiada de inserción placentaria en la parte inferior del útero.

- ❖ Musculatura: posee menos fibras musculares con respecto al segmento uterino superior y contiene más cantidad de fibras colágenas de manera que este sitio es muy distensible, sin embargo, con menos potencia para que la placenta se mueva.
- ❖ Endometrio: menor grosor y la decidua es muy delgada y por consiguiente posee menor vasculatura, por lo cual la placenta es más extendida, aplanada e



irregular, y con insuficiente desarrollo de tabiques en medio de cotiledones, lo cual permite una invasión del trofoblasto hacia la pared uterina (acretismo).

- ❖ Cordón umbilical: tiene un desarrollo escaso de la decidua lo que puede provocar una implantación excéntrica y en ciertos casos adopta la forma de inserción velamentosa por atrofia de los cotiledones y se lo relaciona a vasa previa.
- ❖ Membranas: el borde placentario tiende a ser más grueso y menos elástico en la proximidad de los cotiledones. (Torres, 2020)

1.5. FACTORES DE RIESGO.

Los siguientes factores de riesgos que se mencionan a continuación son los que suman a la predisposición para placenta previa y acretismo placentario.

Tabla 3. Factores de riesgos de anomalías de inserción placentaria.
• Multiparidad
• Embarazo gemelar
• Mayor de 35 años
• Periodo intergenésico menor a 12 meses por cesárea
• Cicatriz uterina previa
• Antecedentes de placenta previa
• Tabaquismo
• Uso de cocaína

Fuente: (MSP, Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales, 2017).



Elaborado por: Nicole Zambrano

Para la existencia del acretismo placentario implica que el principal factor de riesgo es la placenta previa oclusiva.

Tabla 4. Placenta previa oclusiva principal factor de riesgo del acretismo placentario.

Número de cesáreas	Riesgo de placenta previa oclusiva	Riesgo de acretismo con placenta previa oclusiva
Cero	0.3%	5%
Una	0.6%	23%
Dos	1.8%	35%
Tres	3.0%	51%
Cuatro	10%	67%

Fuente: (Ralph, 2017)

Elaborado por: Nicole Zambrano

1.6. EPIDEMIOLOGÍA.

La incidencia a nivel mundial de placenta previa es de 1 cada 250 partos, se puede corregir a partir de la segunda mitad del embarazo a medida que el útero crece, en caso de no ser así continuará hasta el parto (Dulay, 2020). En nulíparas de 0.2%, en tanto que en multíparas de 5% y después de una cirugía intrauterina de 1%, esta incrementa luego de más de 1 a cuatro cirugías intrauterina a un 10%, influyendo también otros factores como el tabaquismo y consumo de cocaína en la gestación (Onasis, 2014). La frecuencia relativa de cada placenta previa es de 23% al 31% en placenta previa total; de 21% al 33% en placenta previa parcial; y de 37% al 55% en placenta previa marginal y de inserción baja (Lopez, 2012).

En embarazos complicados por placenta previa el porcentaje es de aproximadamente el 0.3% al 0.5% relacionado a una tasa de mortalidad materna de



0.3% frente de embarazos sin alguna patología de tres a cuatro veces la tasa de mortalidad perinatal. (Cun & Abrigo, 2019) el tratamiento trata de reducir la mortalidad tanto materna como perinatal, en la última década ha descendido a menos de 1% la mortalidad materna y en la mortalidad perinatal de 60% - 70% a menos de 10%. (Lopez, 2012)

En el acretismo placentario diversos autores refieren que depende de criterios de diagnósticos como por ejemplo en los hallazgos clínicos la incidencia es de 1 cada 3.600 partos aproximadamente mientras que en los hallazgos histológicos aumenta la incidencia aproximadamente de 1 en cada 550 partos. La frecuencia relativa de acretismo placentario es de 80% de los casos en placenta acreta; 15% en placenta increta y la más grave pero menos frecuente es de menos de 5% en la placenta percreta, (Lopez, 2012) con mortalidad materna del 10% pero con invasión acompañada principalmente por hemorragia y secuelas comprende una mortalidad materna de 20% y perinatal de 30%. El riesgo de acretismo placentario es menor (0.3%) si la placenta no es previa, pero con antecedente de cirugía uterina previa aumenta (1%).

La hemorragia obstétrica a causa de estas patologías conlleva un desfavorable pronóstico fetal en el segundo trimestre con una mortalidad fetal del 42-67%, (Onasis, 2014) y en el tercer trimestre se presenta en un 20% con un 2.4% en Ecuador, asociándose a un alta de morbimortalidad materno-fetal. Se asume que es la tercera causa de transfusión sanguínea durante el embarazo, parto y puerperio y la segunda causa la histerectomía. (Torres, 2020) Los antecedentes tanto de cirugía uterina anterior, técnica de reproducción asistida y edad materna son un principal riesgo de progreso de anomalías de inserción placentaria e incrementa el índice de placenta previa y acretismo placentario. En los últimos ocho años en el Ecuador los partos por cesárea se elevaron aproximadamente en un 60% y a nivel rural se elevó de 16.1% a 31.5%. (MSP, Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales, 2017)

1.7. COMPLICACIONES MATERNO-FETAL.



Se estima que el incremento de la morbilidad tanto materno como perinatal se acompaña por las anomalías de inserción placentaria, en la cual las principales complicaciones son las siguientes:

Complicaciones maternas:

- ❖ Hemorragia anteparto e intraparto
- ❖ Shock hipovolémico
- ❖ Coagulación intravascular diseminada
- ❖ Procesos tromboembólicos
- ❖ Septicemia
- ❖ Rotura de membranas
- ❖ Lesiones vesicales y ureterales
- ❖ Distress respiratorio del adulto
- ❖ Necrosis tubular renal

Complicaciones fetales:

- Prematuridad
- Restricción del crecimiento fetal
- Bajo peso al nacer
- Hipoxia
- Hemorragia intraventricular (Lopez, 2012)

1.8. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Lo que caracteriza principalmente a la placenta previa es la pérdida de sangrado transvaginal rojo, líquido, indoloro brusco e intermitente de variable cantidad, apareciendo tanto en el segundo como tercer trimestre, para definir un diagnóstico diferencial la carencia de contracciones uterinas es importante hasta que no se compruebe lo contrario, también existe el 25% de signos de inicio de trabajo de parto con o sin rotura de membranas.

La edad gestacional media para diagnosticar la placenta previa es a partir de las semanas 30, 32.5 y 36 pero para otros autores es a partir de la semana 29.6 donde suele manifestarse el primer suceso de sangrado. Sin embargo, el sangrado puede



aparecer a partir de las 20 semanas de gestación, la misma que cede espontáneamente a fin de aparecer nuevamente mientras más temprano sea el suceso de sangrado será complicado el desarrollo de la gestación. Con la presencia de hemorragia antes de las 28 semanas de gestación la incidencia de partos pretérmino, la cantidad de unidades de sangre para transfusión incrementan, y si ocurre shock hipovolémico el bienestar fetal se ve comprometido. (Lopez, 2012)

Lo que lo hace distintivo a la placenta previa es el sangrado indoloro sin actividad uterina al final del segundo trimestre de la gestación e incluso a inicios del tercer trimestre, por eso se supone que se presenta luego de las 20 semanas con presencia de sangrado transvaginal indoloro o postcoital añadiendo la posición fetal sea esta oblicua o transversal, pero existen situaciones en la que se acompaña de contracciones uterinas por lo que se solicita una ultrasonografía para su confirmación y descartar otras patologías tales como un desprendimiento de placenta. (Avila, 2016) Las causas de que sangre la placenta previa en el embarazo es cuando hay crecimiento uterino se desarrolla y forma el segmento inferior uterino y se hace presente las contracciones de Braxton-Hicks, tal capacidad de extensión supera la placentaria y en el parto por la dilatación y formación del canal cérvico segmentario debido a las contracciones uterinas al comienzo del trabajo de parto. (Torres, 2020)

Tabla 5. Diferencia de placenta previa y desprendimiento de la placenta.

	Placenta previa	Desprendimiento placentario
Comienzo	Agudo, brusco.	Lento, insidioso.



Hemorragia	Rojo oscuro, sangre no reciente. Se mantiene hasta el parto. Se mantiene después de la ruptura de membranas. No incrementa con las contracciones.	Rojo claro, sangre reciente. El primer suceso suele ser leve, intermitente. Suele ceder detrás de ruptura de membranas. En caso de contracciones aumenta.
Dolor	Si.	No.
Palpación uterina	Hipertonía, aumento sensibilidad.	Tono y sensibilidad uterina normal.
Partes fetales	De difícil palpación.	Se palpan con normalidad.
Signos de SF	Frecuente, a menudo, muerte.	No salvo en shock materno.
Placenta en OCI	No.	Si.

Fuente: (Ortis, 2014)

Elaborado por: Nicole Zambrano

Se puede identificar en el primer y segundo trimestre de gestación en el momento que se muestra como placenta previa en tal suceso el signo de alarma es el sangrado, en otras situaciones se identifica hasta el momento del parto donde se descubre una placenta adherida anormalmente. (Avila, 2016) En algunos de los casos el sangrado transvaginal se acompaña de dolor abdominal que se confunde con otras patologías y no piensa en esta, la cantidad de sangrado en acontecimientos leves como en la placenta acreta llega ser poca y hacia el exterior en comparación de los acontecimientos graves en la placenta percreta se suele ser mayor y hacia la cavidad peritoneal e incluso inducir a un shock hemorrágico, uno de los eventos que ocurre y menos frecuente es la rotura uterina que suele aparecer



antes del inicio del parto, pero con mayor frecuencia se diagnostican en el posparto inmediato, debido a que no se produce el alumbramiento espontáneo y conlleve a una extracción manual incrementando el sangrado al de un parto normal. (Lopez, 2012)

1.9. DIAGNÓSTICO.

Exploración clínica a la palpación del abdomen manifiesta un útero indoloro y blando en ausencia de contracciones uterinas, muchas veces ante las Maniobras de Leopold se evidencia la alteración de la posición fetal como oblicua, transversal o podálica se da por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero.

Especuloscopia es recomendable para la visualización del canal de parto y verificar la salida del sangrado por medio del orificio cervical externo, el tacto vaginal está contraindicado en estos casos ya que al realizarlo es probable que mueva cotiledones o coágulos que han sido formados y aumentar el sangrado siendo este un mayor riesgo. (Lopez, 2012)

Ultrasonografía transabdominal es recomendada como el procedimiento principal en la cual se inspecciona con la vejiga llena la zona inferior del útero y cérvix, si este método no muestra la existencia de placenta previa o si no es visible la anatomía cervical o placentaria ya sea porque la vejiga esté muy llena o vacía, la cabeza fetal que tapa el borde placentario inferior, un hematoma, obesidad, entre otros (Avila, 2016) se procede a la ultrasonografía transvaginal la cual ha demostrado precisión en la detección de esta patología poder confirmar y definir la ubicación exacta de la placenta en cualquier momento del embarazo aunque debería de ser antes del tercer trimestre en pacientes asintomáticas, es recomendable a las 18 y 24 semanas realizar la ultrasonografía abdominal de forma rutinaria y ante sospecha será transvaginal a las 35 o 36 semanas de gestación en caso de sangrado y que se realiza la ultrasonografía vaginal para su confirmación esta no incrementa el sangrado ya que se introduce el transductor en un ángulo queda contra el labio anterior del cérvix y el fórnix anterior con una distancia de 2 a 3 cm previniendo el contacto directo con la placenta. (Lopez, 2012)



Cuando se sospecha de un acretismo placentario el método de diagnóstico empleado será la ultrasonografía previa al parto debido al sangrado que puede provocar en ese momento, los hallazgos son los siguientes:

- ❖ Disminución de la zona retroplacentaria
- ❖ Lagunas placentarias con baja resistencia de flujo turbulento y velocidad sistólica con altos picos
- ❖ El diámetro menor a 1 mm del miometrio retroplacentario acompañado de lagunas placentarias
- ❖ Invasión vascular o placentaria hacia el miometrio, serosa o vejiga

La ecografía Doppler y el flujo a color poseen un 82% de sensibilidad y 97% de especificidad (MSP, Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales, 2017) para la confirmación de estas anomalías, la obliteración del espacio hipocóico, interrupción de la pared posterior vesical o espacio vesicouterino, para evidenciar el grado de invasión por placenta percreta la resonancia magnética se la utiliza como un método complementario debido a su alto costo. En los marcadores bioquímicos como la alfa fetoproteína y creatin-quinasa aumentados anormalmente se relaciona con anomalías de inserción placentaria, en carencia de alteración fetal y en algunos eventos de acretismo sucede que los niveles de creatin-quinasa son insignificativos mientras que los niveles de alfa-fetoproteína están anormalmente aumentados. (Lopez, 2012)

1.10. TRATAMIENTO.

En presencia de anomalías de inserción placentaria es recomendable el manejo integral, consejería sobre signos de alarma, hemorragia obstétrica, riesgo de parto pretérmino e incluso complicaciones neonatales. El tratamiento indicado será de acuerdo con la edad gestacional y condiciones materno fetal deberá individualizarse para cada paciente. (MSP, Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales, 2017)

Conducta por seguir en gestantes con placenta previa sintomática.



En las pacientes que no exista compromiso hemodinámico materno ni fetal, sin fase activa de parto, sangrado leve, edad gestacional menor de 36 a 37 semanas, es recomendable el siguiente tratamiento conservador para obtener la madurez fetal el cual incluye:

- ❖ Estabilización hemodinámica
- ❖ Valoración del bienestar fetal
- ❖ Maduración pulmonar
- ❖ De ser necesario tocólisis

En estas gestantes sintomática controladas por medio del tratamiento se les sugiere finalizar la gestación a las 37 semanas, pero en caso de que en el tratamiento presenten sangrado abundante, inestabilidad hemodinámica, pérdida del bienestar fetal se procederá a una cesárea de emergencia, antes del procedimiento se deberá informar los riesgos y complicaciones que podrían ocurrir desde realizar transfusión de sangre hasta llegar a realizar una histerectomía en casos más graves, de igual manera en el parto vaginal. (MSP, Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales, 2017)

Conducta por seguir en gestantes con placenta previa asintomática.

Con diagnóstico acertado de placenta previa oclusiva total, inserción baja o marginal en la que se confirma que la placenta se encuentra del orificio cervical interno menos de 2cm, el término de la gestación remendada es por cesárea, también se sugiere hacer antes una ultrasonografía preoperatoria para conocer la ubicación exacta de la placenta y decidir el sitio óptimo para la incisión uterina evitando complicaciones durante la cirugía, se deberá proceder a una cesárea segmentaria transversa en caso de que la inserción no se extienda hacia la pared uterina anterior por encima de la reflexión vesical para así evitar atravesar la placenta y producir una hemorragia, ante estas situaciones deben tener protocolos específicos como también la presencia de personal capacitado.

Conducta por seguir en gestantes con placenta acreta.



Programar el término de la gestación entre las semanas 35 a 36 por medio de cesárea electiva puesto que en esta anomalía existe un mayor riesgo de complicaciones la misma como antes mencionado deberá contar con un equipo especializado y en un establecimiento de salud que disponga de medicina transfusional y ultrasonografía preoperatoria para conocer la ubicación de la placenta y así decidir el sitio de incisión distante al de la placenta para poder extraer él bebe sin alterar la placenta o en histerectomía electiva posibilitando un procedimiento conservador. (MSP, Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales, 2017)

Uso de tocolíticos.

En las gestantes con amenaza de parto pretérmino se recomienda el uso de tocolíticos con nifedipina en dosis inicial de 10 a 20 mg vía oral, si no ha disminuido las contracciones repetir cada 20 minutos, hasta 60 mg dosis máxima a lo largo de la primera hora, luego de 10 a 20 mg cada 6 o 8 horas la dosis de mantenimiento dependiendo del cesamiento de las contracciones como máxima 48 horas de duración del tratamiento con dosis total de 160 mg/día, no usar vía sublingual ya que existe la probabilidad de un repentino descenso de la presión arterial y del flujo útero placentario.

Uso de corticosteroides.

Ante el riesgo de parto pretérmino entre las semanas de gestación 24-34 se utiliza el siguiente esquema para maduración pulmonar:

- ❖ Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas, 4 dosis o
- ❖ Betametasona 12 mg IM cada 24 horas, 2 dosis (MSP, Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales, 2017)

Manejo de la anemia.

A lo largo del periodo prenatal se recomienda realizar prevención y tratamiento de anemia, conservando la hemoglobina sobre 11 g/dl, el tratamiento dependerá de los niveles de hemoglobina.



- ❖ Hierro profiláctico a la gestante con hemoglobina normal se recomendará hierro elemental 30 a 60 mg y ácido fólico 400 ug (0.4 mg) cada día, a lo largo de la gestación.
- ❖ Hierro terapéutico oral con anemia leve (hemoglobina menor a 11/dl) las tabletas de hierro elemental contienen 50 a 100 mg, pero la dosis varía respecto al nivel de hemoglobina se recomienda hora antes de la comida acompañada de un zumo de naranja el cual contiene vitamina C que ayuda para una mayor absorción.
- ❖ Hierro terapéutico parenteral con anemia moderada a severa (hemoglobina menor de 10.5 g/dl) deberá individualizarse ya que se tiene la siguiente fórmula: déficit de hierro total (mg) peso corporal (kg) x (Hb ideal – Hb real) x 0.24 + 500 mg. En la infusión práctica la dosis máxima recomendada de infusión en un día es 300 mg y dosis máxima en una semana es 500 mg, de manera que cada 100mg de hierro sacarosa deberá ser diluido en 100 cc de solución salina al 0.9% y pasar en una hora. (MSP, Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo, 2014)
- ❖ Transfusión sanguínea ante una hemorragia en el parto o postparto que dirige a complicaciones graves con severidad de signos y síntomas se deberá garantizar la oxigenación adecuada y acceso endovenoso adecuado es decir colocar dos vías para infusión endovenosa como primera línea de administración de fluidos expansores de volumen con el fin de lograr estabilidad hemodinámica tales como cristaloides o coloides se debe transfundir concentrado de glóbulos rojos cuando se pierde la volemia superando el 40%, se debe prevenir hipotermia la cual ayuda al incremento de la coagulación intravascular diseminada, en caso de alteración de la coagulación administrar plasma fresco congelado o crioprecipitado. (MSP, Transfusión de sangre y sus componentes, 2013)



1.11. JUSTIFICACIÓN.

Debido a la alta tasa de incidencia en cuanto a las complicaciones maternas y fetales que se desencadenan por placenta previa en últimos años, se realiza el seguimiento de una paciente multípara de 30 años con embarazo a término, la cual desde el inicio de su gestación se diagnosticó placenta previa oclusiva total.

Debido a lo expuesto, se considera la justificación científica y académica del caso clínico presentado para poder actuar de manera oportuna ante embarazos que cursen con placenta previa, tomando en cuenta la importancia de los controles prenatales, referencia a tiempo al segundo nivel de atención e métodos de diagnósticos adecuados para confirmación y descarta las que están relacionadas a esta patología, considerando el poder actuar de manera apropiada ante las sintomatologías o complicaciones que se pueden llegar a presentar, descritas en este trabajo y así poder disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.



1.12. OBJETIVOS.

1.12.1. Objetivo general.

- ❖ Analizar las posibles complicaciones materno-fetal que puede ocasionar la placenta previa tanto en la gestación como en el puerperio.

1.12.2. Objetivos específicos.

- ❖ Identificar los factores que predisponen el desarrollo de placenta previa.
- ❖ Determinar el diagnóstico adecuado y manejo oportuno de placenta previa.
- ❖ Establecer el manejo correcto de las posibles complicaciones.



1.13. DATOS GENERALES.

Nombres completos: XXXX	Género: femenino
Cedula de identificación: XXXXXXXXXXXX	Edad: 30 a 4 m 6 d
Fecha de nacimiento: 30 de septiembre del 1990	Estado civil: unión libre
Nacionalidad: ecuatoriana	Ocupación: ama de casa
Nivel de estudio: primaria	Raza: mestiza
Dirección: Cdla. Cien camas	Religión: católica
Nivel sociocultural/económico: baja	Hospital: León Becerra Camacho Milagro



Fecha de ingreso: 6 de febrero del 2021 **FUM:** 15 de octubre del 2020

Elaborado por: Nicole Zambrano

2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.

2.1. Análisis del motivo de consulta.

Paciente gestante de 30 años que acude al área de emergencia gineco-obstétrico refiriendo cuadro clínico de 40 minutos de evolución caracterizado por sangrando transvaginal de color rojo rutilante de moderada cantidad que comienza repentinamente.

2.2. Historial clínico de la paciente.

Antecedentes patológicos personales:	No refiere
Antecedentes patológicos familiares:	No refiere
Antecedentes quirúrgicos:	CUP 2 hace 14 y 9 años
Alergias:	No refiere
Hábitos:	Ninguno
Antecedentes gineco-obstétricos.	
Menarquia:	12 años
Ciclos menstruales:	Regulares
Inicio de vida sexual:	15 años
Método anticonceptivo:	Ninguno
Citología cervical:	Hace 7 años
Gestas previas:	Gestas: 2, partos: 0, abortos: 0, cesáreas: 2



Fecha de última menstruación:	15 de mayo del 2020
Ecografías obstétricas:	2, la primera ecografía obstétrica a las 14 semanas de gestación y la segunda ecografía obstétrica a las 36.5 semanas de gestación.
Edad gestacional:	38.1 semanas de gestación por FUM
Controles prenatales:	3 controles prenatales

Elaborado por: Nicole Zambrano

2.3. ANAMNESIS.

Paciente gestante de 30 años de edad que es trasladada por sus propios medios en compañía de su esposo al Hospital General León Becerra de Milagro acude al área de emergencia gineco-obstétrica, paciente gestante que llega al momento consciente, afebril, hemodinámicamente estable, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio.

Refiere cuadro clínico hace 40 minutos de evolución caracterizado por sangrado transvaginal de color rojo rutilante indoloro de moderada cantidad que se comenzó de forma repentina, cursando con embarazo de 38.1 semanas de gestación por FUM.

Se realizó rastreo ecográfico para valorar vitalidad fetal, donde se observó útero gestante con producto único vivo cefálico longitudinal dorso izquierdo, con latido cardiaco fetal de 122 lpm, y se evidenció placenta insertada en OCI además la presencia de lagunas placentarias y disminución de zona retroplacentaria por lo que se toma la decisión de ingreso inmediato y pase a quirófano para culminar la gestación por vía alta.

2.4. Exploración clínica.

Gestante activa, consciente, orientada en tiempo y espacio.

❖ Cabeza:



Normocéfalo, conjuntivas normales, mucosas húmedas.

❖ **Cuello:**

Simétrico, no adenopatías

❖ **Tórax:**

Simétrico, no adenopatías, no se observan masas visibles ni palpables, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, no agregados.

❖ **Mamas:**

Simétricas, areolas hiperpigmentadas, pezones con presencia de calostro.

❖ **Abdomen:**

Globuloso compatible con útero gestante de +/- 38 semanas por altura de fondo uterino.

Maniobras de Leopold: producto único vivo cefálico, longitudinal dorso izquierdo.

❖ **Extremidades superiores e inferiores:**

Simétricas, móviles, no edema

❖ **Examen obstétrico:**

Se realizó especuloscopía donde se observó cérvix entreabierto y sangrado activo proveniente del orificio cervical externo de leve a moderada cantidad con presencia de coágulo de volumen considerable en cavidad vaginal.

Paciente que es ingresada por el área de emergencia reportando un score mama de 0, a continuación, se indican los valores del score mama:

Clasificación del score mama	Parámetros en paciente
Frecuencia cardiaca	77 lpm
Sístole	110 mmHg
Diástole	70 mmHg



Frecuencia respiratoria	19 rpm
Temperatura	36.3 °C
Saturación de Oxígeno	98%
Estado de conciencia	Alerta
Proteinuria	Negativa

Mediciones y valores.

Peso: 87 kg

Talla: 1.56 cm

Escala de Glasgow: 15/15

2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Exámenes de laboratorio al momento del ingreso.

Hemograma:

Examen	Resultado	Unidad	Rangos de referencia
Leucocitos	7.67	X 10 ³ /uL	4 - 10
Neutrófilos	59.4	%	40 - 70
Linfocitos	33.1	%	25 - 50
Hemoglobina	11.40	g/dl	9.5 - 16
Hematocrito	34.4	%	36 - 47
Plaquetas	313	Mm ³ /uL	150 - 450

Tipo de sangre:



Grupo sanguíneo:	O
Factor RH	Positivo

Tiempos:

Examen	Resultado	Unidad	Rangos de referencia
TPT	34.00	Seg.CentSeg	25 - 45
TP	13.4	Seg.CentSeg	10 - 14
RIN	1.22		

Serología:

VDRL:	No reactivo
HIV 1 + 2:	No reactivo
SARS-CoV IgG + IgM:	Negativo

Bioquímica:

Examen	Resultado	Unidad	Rangos de referencia
Glucosa	74.5	mg/dl	70 - 110
Urea	14.4	mg/dl	10 - 40
Creatinina	0.58	mg/dl	0.5 - 0.9
Ácido úrico	3.36	mg/dl	2.6 - 6



Reportes ecográficos.

Primera ecografía obstétrica del 18/8/2020 que reporta embarazo de 14 semanas, producto único vivo, transversal dorso izquierdo, líquido amniótico normal, placenta posterior grado y peso fetal de 98 g.

Segunda ecografía obstétrica del 27/01/2021 que reporta embarazo de 36.5 semanas, producto único vivo en presentación cefálico longitudinal dorso izquierdo, peso fetal de 2907 g, líquido amniótico de 14 cc, placenta posterior grado II obliterada parcialmente a OCI.

Exámenes de laboratorio postquirúrgico.

Hemograma.

Examen	Resultados	Unidad	Rangos de referencia
Leucocitos	6.59	X 10 ³ /uL	4 - 10
Neutrófilos	60.6	%	40 - 70
Linfocitos	34.0	%	25 - 50
Hemoglobina	10.10	g/dl	9.5 - 16
Hematocrito	30.0	%	36 - 47
Plaquetas	278	Mm ³ /uL	150 - 450

2.6. FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Diagnóstico presuntivo.

Por medio de la valoración que se realizó se observó coágulo de volumen considerable y sangrado de leve a moderada cantidad proveniente del orificio



cervical externo rojo rutilante manifestación clínica que es representativo de placenta previa.

Diagnóstico diferencial.

- ❖ Parto pretérmino
- ❖ Ruptura prematura de membrana
- ❖ Desgarro/laceración cervical o vaginal
- ❖ Ruptura uterina
- ❖ Desprendimiento prematuro de la placenta
- ❖ Inserción velamentosa del Cordón umbilical

Diagnóstico definitivo.

Embarazo de 38 semanas de gestación + trabajo de parto + CUP 2 + Placenta previa oclusiva total sangrante + placenta increta.

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

Ante el historial clínico de antecedentes gineco-obstétricos como la multiparidad, corto periodo largo y cesáreas uterinas anteriores los cuales son los principales predisponente de riesgo y el signo de sangrado transvaginal, se realizó especuloscopia en la se evidenció sangrado de color rojo rutilante, de moderada cantidad con presencia de coágulo, mediante el rastreo ecográfico se valoró vitalidad fetal y confirmo el diagnostico anteriormente mencionado.

Procedimientos realizados:

- ❖ Especuloscopia
- ❖ Solicitar y recabar exámenes de laboratorio
- ❖ Score mama
- ❖ Rastreo ecográfico
- ❖ Ingreso de la gestante
- ❖ Preparación para pase al quirófano
- ❖ Terminación de la gestación por vía alta
- ❖ Disponer de hemocomponentes de sangre



❖ Histerectomía subtotal

2.8. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Luego de la exploración clínica con especuloscopia y corroborar la pérdida de sangre, prohibido el tacto vaginal porque provoca el mayor sangrado. Mediante Maniobras de Leopold verificar posición fetal, así mismo se debe corroborar la ubicación placentaria con ecografía obstétrica para tener en cuenta el lugar de incisión en el momento de la cirugía además de valorar la vitalidad fetal, u otros factores asociados, solicitar exámenes de laboratorio junto con esto determinar la conducta a seguir. Se debe cuantificar la pérdida hemática y controlar los signos vitales de la gestante aplicando el Score Mama para certificar la estabilidad hemodinámica, en caso de pérdida hemática y hemodinamia de la paciente disponer de hemocomponentes sanguíneos, histerectomía subtotal en caso de no haber alumbramiento para preservar la vida de la madre.

2.9. SEGUIMIENTO.

Primer día de ingreso y hospitalización.

Paciente que es ingresada el día 6 de febrero del 2021 a las 6:10 am.

<p>Paciente gestante de 30 años, que acude al área de emergencia, es valorada por médico general encargado del área, paciente al momento consciente orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio. Paciente que cursa 38.1 semanas de gestación por FUM, con antecedentes gineco-obstétrico:</p>	<p>Medidas generales.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Cuidados de enfermería.❖ Control de Score Mama.❖ Valoración obstétrica.❖ Rastreo ecográfico.❖ Solicitar exámenes de laboratorio.❖ NPO
--	---



gestas: 2, partos 0, abortos: 0, cesáreas: 2. PIG: 9 años. Refiere cuadro clínico hace 40 minutos de evolución caracterizado por sangrado transvaginal de moderada cantidad, rojo rutilante indoloro que comienza de manera repentina, no refiere ninguna otra sintomatología.

Se realiza rastreo ecográfico donde se observó útero gestante con producto único vivo cefálico longitudinal izquierdo, movimientos fetales presentes, con latido cardiaco fetal de 122 lpm. Se evidenció presencia de lagunas placentarias y disminución de zona retroplacentria.

Examen físico:

Cabeza: normocéfalo, conjuntivas normales, mucosas húmedas.

Cuello: simétrico, no adenopatías.

Tórax: simétrico, no adenopatías, no se observan masas visibles ni palpables, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, no

- ❖ Se brinda información a familiares.
- ❖ Pase a la sala de quirófano.



<p>agregados.</p> <p>Mamas: simétricas, areolas hiperpigmentadas, pezones con presencia de calostro.</p> <p>Abdomen: globuloso compatible con útero gestante de 38 semanas por altura de fondo uterino.</p> <p>Maniobras de Leopold: producto único vivo cefálico, longitudinal dorso izquierdo.</p> <p>Extremidades superiores e inferiores: simétricas, móviles, no edema.</p> <p>Examen obstétrico:</p> <p>A la especuloscopia se observa cérvix entreabierto y sangrado activo proveniente del orificio cervical externo de leve a moderada cantidad con presencia de coágulo de volumen considerable en cavidad vaginal.</p> <p>ID: embarazo de 38 semanas de gestación por FUM + trabajo de parto + CUP 2 + placenta previa oclusiva total sangrante + placenta increta.</p>	
---	--

Score Mama

PA	FC	FR	SatO ²	T ^o	Estado de conciencia	Proteinuria	Total
111/73 mmHg	80 lpm	19 rpm	98%	36.4°C	alerta	-	0

Nota postquirúrgica por médico especialista.

<p>A las 06:19 paciente pasa a quirófano para realizar cesárea de segmentaria de emergencia + histerectomía abdominal subtotal por embarazo de 38 semanas de gestación + trabajo de parto + placenta previa oclusiva total sangrante + placenta increta + CUP 2. Bajo normas de asepsia y antisepsia previa anestesia raquídea se coloca campos quirúrgicos estériles. A las 6:25 se inicia cirugía, se incide piel, se realiza incisión tipo media infraumbilical, se realiza diéresis por planos hasta cavidad, se observa placenta increta en segmento uterino inferior, se realiza histerotomía corporal. A las 6:29 am se extrae producto único vivo femenino, Apgar 8-9 - 10, líquido amniótico claro, sin circular de cordón, peso: 3130</p>	<p>Medidas generales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Transfusión de hemoderivados. ❖ Cuidados de enfermería. ❖ Control de Score Mama. ❖ NPO hasta 6 horas postoperatorio. ❖ Alojamiento conjunto. ❖ Lactancia materna exclusiva a libre demanda. ❖ Control de BHC a las 6 horas post transfusión. ❖ Deambulación a las 6 horas hasta 6 horas postoperatorio. ❖ Cuidado de herida quirúrgica. ❖ Baño y aseo diario. ❖ Dieta blanda. ❖ Comunicar novedades
---	---



gramos, talla: 49.5 cm, PC: 34 cm, PT: 32.5 cm, PA: 28 cm. Se intenta extraer placenta sin resultados, se decide realizar histerectomía subtotal, paciente con sangrado moderado se decide transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos concentrados. Se identifican, pinzan, ligan y cortan ambos ligamentos redondos. Se identifican, ligan y cortan ambos ligamentos útero ováricos. Se identifican, ligan y cortan ambos ligamentos útero ováricos. Se disecciona peritoneo hasta OCI. Se identifican, ligan y cortan ambas arterias uterinas. Se procede a pinzar muñón por debajo de OCI, se cierra muñón. Se peritoniza. Se limpia cavidad abdomino pélvica. Se comprueba hemostasia. Se realiza síntesis por planos ascendentes hasta piel. Paciente pasa a postoperatorio en condiciones clínicas estables.

Examen físico:

Cabeza: normocéfalo, conjuntivas normales, mucosas

al médico de guardia.

Indicaciones terapéuticas.

- ❖ 2 unidades de glóbulos rojos concentrados.
- ❖ Solución salina 0.9% 1000 cc pasar IV a 30 gotas por minuto.
- ❖ Ampicilina 1 gr IV cada 6 horas.
- ❖ Ketorolaco 30 mg IV cada 8 horas.



<p>húmedas.</p> <p>Cuello: simétrico, no adenopatías.</p> <p>Tórax: simétrico, no adenopatías, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, no agregados.</p> <p>Mamas: simétricas, areolas hiperpigmentadas, pezones con presencia de calostro.</p> <p>Extremidades superiores e inferiores: simétricos, móviles, no edema.</p> <p>Abdomen: blando depresible.</p> <p>Examen obstétrico: loquios hemáticos de escasa cantidad.</p>	
---	--

Score Mama

PA	FC	FR	SatO ²	T°	Estado de conciencia	Proteinuria	Total
112/73 mmHg	85 lpm	20 rpm	99%	36.7°C	Alerta	-	0

Segundo día de hospitalización.

<p>Paciente femenino de 30 años de edad. Antecedentes gineco-obstétricos: gestas: 3, partos: 0 abortos 0, cesáreas: 3. Paciente</p>	<p>Medidas generales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cuidados de enfermería. ❖ Control de Score
---	--

que se encuentra cursando 27 horas en hospitalización con diagnóstico de puerperio quirúrgico mediano + histerectomía abdominal subtotal por acretismo placentario, al momento del pase de visita paciente consciente orientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, afebril, diuresis por sonda vesical 900 cc orina clara, flatos presentes, paciente refiere dolor a nivel de herida quirúrgica de poca intensidad.

Examen físico:

Cabeza: normocéfalo, conjuntivas normales, mucosas húmedas.

Cuello: simétrico no adenopatías.

Tórax: simétrico, no adenopatías, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, no agregados.

Mamas: simétricas, areolas hiperpigmentadas.

Extremidades superiores e inferiores: simétricos, móviles, no edema.

Mama.

- ❖ Aseo e higiene diario.
- ❖ Deambulacion asistida.
- ❖ Alojamiento conjunto.
- ❖ Lactancia materna exclusiva a libre demanda.
- ❖ Limpieza diaria de herida quirúrgica.
- ❖ Retiro de sonda.
- ❖ Dieta blanda.
- ❖ Comunicar novedades a médico de guardia.

Indicaciones terapéuticas.

- ❖ Solución salina al 0.9% 300 cc + 300 mg de hierro sacarosa pasar IV en 3 horas.
- ❖ Solución salina al 0.9% 1000 cc pasar IV a 30 gotas por minuto.
- ❖ Ampicilina 1 gr IV cada 6 horas.
- ❖ Ketorolaco 30 mg IV cada 8 horas.



Abdomen: blando depresible doloroso a nivel de herida quirúrgica. Examen obstétrico: loquios hemáticos de escasa cantidad.	
---	--

Score Mama

PA	FC	FR	SatO ²	T ^o	Estado de conciencia	Proteinuria	Total
112/75 mmHg	88 lpm	19 rpm	99%	36.2 °C	Alerta	-	0

Exámenes de laboratorio postquirúrgicos.

Hemograma.

Examen	Resultados	Unidad	Rangos de referencia
Leucocitos	6.59	x 10 ³ /uL	4 – 10
Neutrófilos	60.6	%	40 - 70
Linfocitos	34.0	%	25 - 50
Hemoglobina	10.10	g/dl	9.5 - 16
Hematocrito	30.0	%	36 - 47
Plaquetas	278	mm ³ /uL	150 – 450

Tercer día de hospitalización.

Paciente femenino de 30 años	
------------------------------	--

de edad, con antecedentes gineco-obstétricos: gestas: 3, partos: 0, abortos:0, cesáreas: 3. Además antecedentes anteriormente descritos, alergias: no refiere. Paciente se encuentra cursando 50 horas en hospitalización con diagnóstico de puerperio quirúrgico mediato + histerectomía subtotal, al momento de la visita médica paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, colabora con el interrogatorio, asintomática, afebril, diuresis presente, flatos presentes, herida quirúrgica, sin signos de infección ni inflamación.

Examen físico:

Cabeza: normocéfalo, conjuntivas normales, mucosas húmedas.

Cuello: simétrico, no adenopatías.

Tórax: simétrico, no adenopatías, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, no agregados.

Mamas: simétricas, areolas

Alta médica.

- ❖ Medicación hasta completar esquema.
- ❖ Lactancia materna a libre demanda.
- ❖ Orientación nutricional.
- ❖ Aseo e higiene diaria.
- ❖ Control de primer nivel, para seguimiento post parto.
- ❖ Limpieza de herida quirúrgica diaria.

Indicaciones terapéuticas.

- ❖ Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas por 6 días.
- ❖ Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas por 3 días.
- ❖ Sulfato ferroso 50 mg VO cada 12 horas por 30 días.

<p>hiperpigmentadas.</p> <p>Abdomen: blando depresible no doloroso.</p> <p>Examen obstétrico: loquios hemáticos escasos.</p> <p>Extremidades superiores e inferiores: simétricos, móviles, no edema.</p>	
--	--

Score Mama.

PA	FC	FR	SatO ²	T°	Estado de conciencia	Proteinuria	total
110/78 mmHg	84 lpm	20 rpm	99%	36.4 °C	Alerta	-	0

3. OBSERVACIONES.

En este caso se debe destacar que ante el antecedente obstétrico: cesáreas anteriores (2), corresponden al principal factor para originar esta patología.

En presencia del signo de sangrado transvaginal y de placenta previa de inserción obliterada parcialmente al orificio cervical interno, reportado en una ecografía obstétrica a las 36 semanas, se sugirió a un rastreo ecográfico donde se confirmó el diagnóstico de placenta previa oclusiva total y en el que se pudo observar también lagunas placentarias y disminución de zona retroplacentaria, se procedió al ingreso de la paciente para culminar la gestación por medio de cesárea de emergencia.



Antes el procedimiento de la cirugía se realizó y corroboró los exámenes de laboratorio correspondientes, se aplicó Score Mama antes de la cirugía los cuales indicaron que los signos vitales maternos estaban estables, así mismo se valoró la vitalidad fetal, se le dio información a los familiares junto con la paciente, de las complicaciones materno-fetal que se podían presentar y de los procedimientos a realizar.

En el procedimiento quirúrgico se manejó de manera apropiada y cuidadosa al momento de la extracción del neonato, en el cual no se presentó complicación alguna, se intentó extraer la placenta, no hubo resultados; por lo que se decidió realizar histerectomía subtotal, se observa pérdida hemática moderada por lo que se decide la transfusión sanguínea, manteniendo las condiciones clínicas estables de la paciente.

Postoperatorio se solicitó examen de laboratorio de biometría hemática completa, dando resultado anemia moderada (hemoglobina 10.10 g/dl) se manejó por vía intravenosa con hierro parenteral, a las 50 horas de hospitalización manteniéndose clínicamente estable y asintomática se da alta con indicaciones terapéuticas correspondientes, seguimiento postparto por el centro de salud, limpieza diaria de herida quirúrgica y lactancia a libre demanda.

4. CONCLUSIONES.

La placenta previa es una de las patologías que se incrementado con el antecedente de cesáreas anteriores relacionándose cada vez más con el acretismo placentario dichas patologías ponen en riesgo la vida de la madre o del feto en cualquier momento de la gestación sino se actúa de manera correcta.

La importancia de los controles prenatales correspondientes, acompañados de una buena anamnesis y planificación familiar contribuyen a disminuir tanto complicaciones o estas patologías, pudiendo evitar de una manera o otra los factores que las predisponen.



Tener un seguimiento apropiado acompañado de ecografías obstétricas con buena especificidad, para así poder accionar en el momento adecuado con la terminación del embarazo.

Es importante y necesario que el personal médico esté capacitado ante estos eventos para manejar las complicaciones en el momento apropiado de forma adecuada y así disminuir la morbi-mortalidad materna como fetal.

5. BIBLIOGRAFIA

- Avila, T. A. (2016). Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>
- Cun, Y., & Abrigo, M. (2019). Factores de riesgo para placenta previa que incide en gestantes y su proceso de atención de enfermería.
- Dulay, A. T. (octubre de 2020). Placenta Previa. Obtenido de MANUAL MSD versión para profesionales: <https://www.msmanuals.com/es->



ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/placenta-previa

- Lopez, A. T. (2012). Tratado de Ginecología y Obstetricia 2 Edición-Tomo 2. España: Editorial Medica Panamericana.
- MSP. (2013). Transfusión de sangre y sus componentes. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- MSP. (2014). Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- MSP. (2017). Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- Onasis, H. H. (2014). Acretismo placentario con placenta previa. Mexico.
- Ortis, V. C. (2014). Metrorragia del segundo trimestre. Obtenido de <https://slideplayer.es/slide/7293143/>
- Ralph, J. C. (2017). Manual Obstetricia y Ginecología VII Edición.
- Rodríguez, O. D. (2017). Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Obtenido de Revista chilena de obstetricia y ginecología.: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000400011
- Sabando, E. (2020). Placenta previa oclusiva parcial. Babahoyo.
- Sanitas. (2020). Síntomas y tratamientos de la placenta previa. Obtenido de Sanitas: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/mi-embarazo/sin012220wr.html>
- Torres, M. (2020). Conducta Obstetrica en multiparade 40 años de edad y 35 semanas de gestacion con placenta previ. Babahoyo: UTB - FCS.
- Wick, M. J. (2020). Guide to a Healthy Pregnancy. USA: Recorded Books, Inc.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



6. ANEXOS.



Anexo 1. Se evidencia placenta increta subtotal/placenta



Anexo 2. Histerectomía



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



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UD	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		
MSP		HCBM			PARRISHA	CANTÓN	PROVINCIA			
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	CÉDULA DE CIUDADANÍA					
Zambrano	Alvarado	Bella	Rosales	30						
PERSONA QUE RECIBE		PROFESIONAL SOLICITANTE	SERVICIO	SALA	CAMA	PROYECTO		FECHA DE ENTREGA		
								6/16/2013		
1 ESTUDIO SOLICITADO										
HISTOPATOLOGÍA <input checked="" type="checkbox"/>		CITOLOGÍA		DESCRIPCIÓN						
2 RESUMEN CLÍNICO										
<p>Recibió de 3 años en AGO 6/13 se recibió casero significante + histopatología X placenta previa a causa total + placenta inservible</p>										
3 DIAGNÓSTICOS										
PRE - PRESENTADO		CE	PRE	DEF	4 MUESTRA O PIEZA					
Placenta previa hemorrágica		SI			ultra y placenta					
Hemorragia cándida de placenta		SI								
Atención a cesárea por inservible		SI								
5 TRATAMIENTO QUE RECIBE										
H. directores										
6 DATOS BÁSICOS PARA CITOLOGIA VAGINAL										
MATERIAL		ANTICONCEPCIÓN		EDADES DE:		PARIDAD		FECHAS		
ENCUESTA	INDICADOR	DIAGNÓSTICO	OTRO	PREMENSTRUACION	POSTMENSTRUACION	PRIMERA	SEGUNDA	ULTIMA MENSTRUACION	ULTIMO PARTO	ULTIMA CITOLOGIA
FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL		CODIGO		SERVICIO		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
6/16/2013		14:00		Dr. María		6087		OBSTETRICIA		123456789

Anexo 5. Solicitud histopatológica.