



**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 OBSTETRICIA**

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado  
académico de Obstetriz**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO**

Hemorragia del Tercer Trimestre por Acretismo Placentario

**AUTORA**

Alexandra Arelis Martínez Suarez

**TUTOR**

Dr. Gino Schwager Saltos

**Babahoyo- Los ríos- Ecuador**

**2020**



## ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO .....	iii
II. DEDICATORIA.....	v
III. TEMA .....	vi
V. ABSTRACT .....	viii
VI. INTRODUCCION .....	ix
1. MARCO TEORICO .....	1
1.1. JUSTIFICACIÓN .....	6
1.2. OBJETIVOS .....	8
1.2.1. Objetivo general.....	8
1.2.2. Objetivos específicos.....	8
1.3. DATOS GENERALES .....	9
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO .....	9
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	9
2.2. ANAMNESIS .....	9
2.3. EXPLORACIÓN CLÍNICA .....	10
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS. 12	
2.5. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	12
2.6. CONDUCTA A SEGUIR.....	13
2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	14
2.8. INDICACIÓN CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	15
2.9. SEGUIMIENTO.....	15
2.10. OBSERVACIONES.....	16
3. CONCLUSIONES .....	17
4. BIBLIOGRAFÍA .....	18
5. ANEXOS .....	21



## I. AGRADECIMIENTO

Estoy completamente agradecida con Dios por darme salud y sabiduría, por haber sido la luz que me guio por el sendero correcto, por darme las fuerzas necesarias para soportar y vencer cada prueba que se me presentó a lo largo de mi carrera. Gracias a su infinito amor y misericordia es que he podido llegar alcanza una de las metas más anheladas e importante en mi vida, culminar mí carrera, de la cual me siento muy orgullosa y sumamente feliz.

A mis padres Nelson Martínez y Mayra Suarez, por ser pilar fundamental en mi vida, por creer y confiar siempre en mí aun cuando ni yo lo hacía, por siempre inculcarme que el estudio es muy importante en la vida y que no importa cuántas dificultades se presenten en el camino, siempre hay que seguir adelante.

A mis adorados tíos Lucrecia Martínez y Aladino Aquino que son una de las bendiciones más grande que Dios puso en mi vida gracias por siempre estar pendientes de mí, por su amor y por su apoyo incondicional.

A la Universidad Técnica de Babahoyo y Facultad de Ciencias de la Salud por brindarme la oportunidad de estudiar esta noble y bella carrera Obstetricia, a sus docentes que han sido parte fundamental a lo largo de este proceso, gracias por su paciencia y por cada conocimiento impartido. De manera especial a mi tutor Dr. Gino Schwager Saltos por su paciencia y su ayuda en este proceso.



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



A los amigos que me dio la Universidad Jefferson Colcha, Alexandra Figueroa, Carolina Castro e Iris León por haber formado un excelente grupo durante la carrera y apoyarnos mutuamente. A mi querida amiga y compañera de guardia durante el internado Eliana Sabando con quien compartí momentos de felicidad y tristezas durante ese tiempo, por su compañía y apoyo siempre. A las personas que de alguna manera me han apoyado durante estos años de mi carrera.



## II. DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico principalmente a Dios, por nunca abandonarme en los momentos más difíciles.

A mi familia, mis padres Nelson y Mayra por haberme forjado la persona que soy en la actualidad, por siempre estar conmigo, por enseñarme que el camino de la constancia y la perseverancia son el más efectivo para conseguir las metas.

A mis tíos; Lucrecia y Aladino por ser mis ángeles terrenales y luz en mi vida.

A mis hermanas Fernanda, Anali, Nicole, Keyla y hermanos David, Kevin y Sebastián.

A mi prima Vanesa por siempre estar presente y por sus sabios consejos.

Es muy gratificante para mí dedicarles a todos ellos lo que con mucho sacrificio, esfuerzo y dedicación he logrado.



### III. TEMA

**“HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE POR ACRETISMO PLACENTARIO”**



#### IV. RESUMEN

La hemorragia obstétrica que se presenta en el tercer trimestre del embarazo se asocia con mayor morbilidad/mortalidad de la madre y el feto, el embarazo a edades pasado los 30 años, el aumento en la frecuencia de nacimientos por cesárea, pueden incrementar la incidencia de patologías relacionadas con la hemorragia obstétrica, un adecuado control prenatal y la realización del diagnóstico anteparto mediante el uso de ecografía de escala de grises, Doppler color, el power Doppler y de Resonancia Magnética Nuclear es una oportunidad insuperable que nos permite una adecuada planificación quirúrgica del parto y la eventual necesidad de una histerectomía y/o transfusión de sangre, al determinar acretismo placentario.

Esta investigación muestra el caso de una paciente de 30 años 11 meses con 37semas de gestación con controles prenatales insuficientes que presenta sangrado transvaginal de 45 minutos aproximadamente teniendo como causa aparente esfuerzo físico, llega al hospital general por el área de emergencia en donde se recibe valoración por médico especialista en ginecología, se realiza especuloscopia para determinar origen y cantidad de sangrado, no presenta alteraciones en el producto, no presenta dinamia uterina, se realiza ecografía obstétrica en donde se evidencia placenta previa, es intervenida de emergencia obteniéndose producto único vivo sin complicaciones, al realizar extracción placentaria se evidencia zonas de acretismo placentario y por persistencia de sangrado uterino se decide realizar histerectomía con conservación de anexos, en el transoperatorio presenta un sangrado aproximado de 1000ml por lo que se transfunde hemoderivados (2 paquetes globulares), permanece hospitalizada por 3 días en control permanente de sus estado general se le da el alta con evolución satisfactoria.

**PALABRAS CLAVE:** hm: hemorragia obstétrica; ap: acretismo placentario; pa: placenta anormal; mmf: morbimortalidad materna fetal



## V. ABSTRACT

Obstetric hemorrhage that occurs in the third trimester of pregnancy is associated with greater morbidity / mortality of the mother and fetus, pregnancy beyond the age of 30 years, the increase in the frequency of cesarean births, can increase the incidence of pathologies related to obstetric hemorrhage, adequate prenatal control and the performance of antepartum diagnosis through the use of gray scale ultrasound, color Doppler, power Doppler and Nuclear Magnetic Resonance is an insurmountable opportunity that allows us an adequate surgical planning of the delivery and the eventual need for a hysterectomy and / or blood transfusion, when determining placental accreta.

This research shows the case of a 30-year-old 11-month-old patient with 37 weeks of gestation with insufficient prenatal controls who presents transvaginal bleeding of approximately 45 minutes with apparent physical effort as an apparent cause, arrives at the general hospital through the emergency area where an assessment is received By a gynecology specialist, speculscopy is performed to determine the origin and amount of bleeding, there are no alterations in the product, there is no uterine dynamics, an obstetric ultrasound is performed where the placenta previa is evidenced, she is operated on in an emergency, obtaining a single live product without complications When cleaning the uterine cavity, areas of placental accreta were evident, so it was decided to perform a hysterectomy with preservation of the attachments, during the intraoperative period, she presented bleeding of approximately 1000 ml, so she was transfused 2 units of blood products, she remained hospitalized for 3 days. stay in control In his general state, he is discharged with a satisfactory evolution.

**KEY WORDS:** hm: obstetric hemorrhage; ap: placental accreta; pa: abnormal placenta; mmf: fetal maternal morbidity and mortality



## VI. INTRODUCCION

El sangrado genital durante el segundo y tercer trimestre afecta al 2 - 5% de las embarazadas, las principales causas corresponden a ginecológicas u obstétricas, aunque hay cierto grupo que no se le encuentra la causa (Perez Luco, 2018).

Las anomalías de la inserción placentaria y de los vasos sanguíneos fetales como placenta previa, placenta acreta y vasa previa se asocian con sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo. (Campuzano, C et al, 2017)

Acretismo Placentario, corresponde a la inserción anormal de las vellosidades coriónicas en la pared uterina y la clasificación presentada en Grado 1: Placenta anormalmente adherente (placenta adherente o creta), grado 2: placenta anormalmente invasiva (Increta) y Grado 3: placenta anormalmente invasiva (Percreta), 3a: limitado a la serosa uterina, 3b: con invasión de la vejiga urinaria, 3c: con invasión de otros tejidos / órganos pélvico (Jauniaux,E et al., 2019)

Hay que destacar que el diagnóstico y tratamiento adecuado ayuda a disminuir la mortalidad materna contemplada en el objetivo 3 de desarrollo sostenible

Existen múltiples estrategias o protocolos de atención que buscan disminuir los índices de mortalidad materno y neonatal, entre estas se encuentran los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales constituyen una segunda etapa estratégica de desarrollo planteada por las Naciones Unidas (NU) con el propósito de crear un conjunto de objetivos mundiales relacionados con los desafíos políticos, económicos y ambientales, con la finalidad de hacer frente a la pobreza extrema y al hambre, prevenir enfermedades mortales entre otras, metas que no se lograron en su totalidad para el año 2015 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, 2015).

La hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo es la segunda causa más frecuente de mortalidad materna en el Ecuador, las mujeres con mayor frecuencia afectadas son las que han tenido pocos controles prenatales, baja escolaridad del sector urbano, multíparas con antecedentes de cesáreas o legrados; pese a ello no terminaron con complicaciones maternas ni neonatales.



Por lo antes mencionado surge la siguiente pregunta de investigación, ¿el reconocimiento temprano de factores de riesgo para acretismo placentario contribuye a la intervención oportuna?

El presente estudio de caso se basa en una usuaria de 30 años con 11 meses ingresada por presentar sangrado transvaginal del segundo periodo del embarazo, con controles prenatales insuficientes, tercera gesta, antecedente de legrado instrumental, se realiza especuloscopia para determinar origen de sangrado y cantidad del mismo, se realiza exámenes complementarios de sangre y de imagen, motivo por el cual se procede a realizar cesárea de emergencia encontrando acretismo placentario sin otra opción terapéutica se realiza histerectomía; permanece hospitalizada bajo control médico y de enfermería al 3 día es dada de alta sin complicaciones con programación de control.



## 1. MARCO TEORICO

### DEFINICION

La hemorragia obstétrica es la pérdida sanguínea que puede presentarse durante el periodo grávido o puerperal, superior a 500 ml post-parto o 1000 ml post-cesárea proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos) (Bravo Aguirre)

De acuerdo al momento en que se presenta la hemorragia obstétrica se puede clasificar en hemorragia anteparto (HAP) y hemorragia posparto. (Asturizaga & Toledo Jaldin, 2015)

El acretismo placentario es la complicación trofoblástica que origina adherencia anormal al miometrio por ausencia total o parcial de la decidua basal, así como alteración de la caduca verdadera que desarrolla penetración de las vellosidades coriales al miometrio. Es responsable de la segunda causa de hemorragia obstétrica generadora de morbilidad asociada, representada por coagulación intravascular diseminada, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, insuficiencia renal aguda, síndrome de Sheehan y finalmente, la muerte en el 7% de los casos. (Karchmer & López Rioja, 2019)

### CAUSAS

Siendo una causa potencial de morbimortalidad materna y fetal, las posibilidades de supervivencia fetal en el tercer trimestre son significativas. (Maldonado, J. et al, 2020), Las hemorragias pueden dividirse según su origen en:

- **De causa obstétrica**, es decir, relacionadas con el embarazo en sí. Dentro de las posibles causas se encuentran la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta, la separación marginal de la placenta, la implantación anormal de la placenta, la rotura de vasos previos, la rotura uterina y el parto prematuro.
- **De causa no obstétrica**, es decir, no relacionadas con el embarazo, como los traumatismos, los desgarros, las infecciones, las varices, los pólipos, el cáncer de cuello del útero. (Redacción Médica, 2020)



Las anomalías de la inserción placentaria y de los vasos sanguíneos fetales como placenta previa, placenta acreta y vasa previa se asocian con sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo. (Campuzano, C et al, 2017)

Placenta Previa (PP es la implantación del tejido de forma subyacente o sobre el orificio cervical interno; es la principal causa de hemorragias en el III trimestre. Existen 3 tipos:

- Marginal: es la ubicación próxima al margen del orificio interno, al cual no cubre.
- Parcial: placenta ocluye parte el orificio, aunque no en su totalidad
- Completa: cubre por completo el orificio interno, este tipo se asocia con el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por causar mayor pérdida de sangre.

Acretismo Placentario, es adherencia anormal por invasión excesiva de las vellosidades al miometrio y se clasifica en 3 tipos según su grado de invasión y extensión en el miometrio (Cruz Venegas, 2016):

- Acreta: es la anomalía placentaria más frecuente (80% de los casos), donde las vellosidades coriales se adhieren al miometrio
- Increta: las vellosidades coriales penetran el miometrio, pero no alcanzan la serosa uterina (15% de los casos)
- Percreta: la forma más severa y menos frecuente (5% de los casos). El trofoblasto invade por completo el miometrio y alcanza la serosa uterina e incluso, puede alcanzar otras estructuras vecinas

Por su extensión:

- Focal: solo involucra pequeñas áreas de la placenta como un cotiledón
- Parcial: involucra dos o más cotiledones
- Total: la superficie completa de la placenta esta anormalmente adherida (Karchmer & López Rioja, 2019)

## **ETIOLOGÍA**

Anomalía de la placentación en la que no se desarrolla completamente la membrana de Nitabuch (capa de fibrina que forma parte de la decidua), lo que



permite que las vellosidades se fijen y/o invadan el miometrio. (Perez Luco, 2018)

Podemos mencionar:

- Edad materna
- Multiparidad
- Cesarea previa
- Tabaquismo
- Abruption placentae (desprendimiento de placenta)
- Placenta previa
- Vasa previa
- Rotura uterina (rara)

### **FISIOPATOLOGIA**

Se han propuesto varios mecanismos; el más antiguo se fundamenta en la teoría de un defecto en las funciones del trofoblasto, que conducen a la adherencia excesiva o invasión del miometrio. La hipótesis actual más prevalente refiere que el trofoblasto, al requerir un ambiente hipóxico, tiene una alta predilección por cicatrices o lesiones en la decidua uterina que tienden a ser acelulares y avasculares, condiciones que permiten la inserción anómala de la placenta con ausencia de la decidua basal y anomalía en la membrana de Nitabuch, así como la invasión de las vellosidades coriales al miometrio. (García-de la Torre, J et al, 2018)

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

En general, cuando hay sangrado vaginal, es profuso durante la separación manual de la placenta después de un parto. Sin embargo, el sangrado puede ser mínimo o estar ausente, pero no se produce la expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posteriores a la salida del feto. (Jaime Barrera, G et al, 2019)

La presencia de placenta acreta suele ser asintomática durante el embarazo, salvo que se asocie a placenta previa, en que se manifiesta como una hemorragia indolora del segundo y tercer trimestre. En caso de existir una invasión de órganos vecinos por una placenta percreta, la sintomatología estará relacionada con el órgano afectado (Karchmer & López Rioja, 2019).



## DIAGNOSTICO

El diagnóstico definitivo se realiza por medio de la histopatología, actualmente es posible realizar un diagnóstico prenatal empleando la ultrasonografía y la resonancia magnética en pacientes que presentan factores de riesgos establecidos. No obstante, el diagnóstico de esta patología puede realizarse clínicamente intraparto (James, C et al., 2015).

La mayoría se diagnostica por medio de ultrasonido en el II trimestre, aunque casi todos estos casos se resuelven. (Cruz Venegas, 2016).

Ante la sospecha de acretismo puede recurrirse a los marcadores ultrasonográficos:

- Múltiples "lagunas" intraplacentarias.
- Interfase útero-vejiga irregular o ausente.
- Miometrio anormalmente delgado en el sitio de placentación.
- Datos sugerentes de placenta previa.

Cuando los hallazgos ultrasonográficos son dudosos puede recurrirse a la imagen por resonancia magnética. El diagnóstico definitivo es histopatológico, pero 18 a 29% de los casos no tienen confirmación patológica de acretismo (García-de la Torre, J et al, 2018)

*The European Working Group on Abnormally Invasive Placenta (EW-AIP)* en el año 2016, propuso la creación de criterios ecográficos diagnósticos actualizados, siendo los más relevantes: la pérdida de "Zona Clara", las lagunas placentarias y en Doppler Color la hipervascularización útero-vesical asociado a puentes placentarios. (Véliz, F, 2018).

El diagnóstico clínico de acretismo se da en el periodo del alumbramiento, ante una severa hemorragia obstétrica debido a la ausencia de desprendimiento de la placenta, con imposibilidad de extracción manual] completa de los cotiledones. 2,3,5,9-11 (acretismo parcial) o la imposibilidad total de alumbramiento con ausencia de plano de clivaje entre placenta y miometrio (acretismo total). Sin embargo, aunque el diagnóstico definitivo consiste en la confirmación histopatológica de la invasión trofoblástica al miometrio después del nacimiento, los estudios de imagen han descrito marcadores sugerentes de acretismo en



época tan temprana como al final del primer trimestre de gestación. (Karchmer & López Rioja, 2019)

### **TRATAMIENTO**

Pese a que se ha descrito tratamientos conservadores, el manejo actual recomendado es la histerectomía abdominal.

El tratamiento del acretismo placentario, debe ser multidisciplinario, que englobará principalmente a Obstetras, Anestesiólogos, Pediatras y servicio de enfermería, así, como banco de sangre y médicos intensivistas (Muñoz Arberas, L et al, 2018).

Existen dos opciones de tratamiento: el conservador que busca preservar la fertilidad (García-de la Torre, J et al, 2018) y hasta radical (cesárea programada e histerectomía). (Muñoz Arberas, L et al, 2018)



## 1.1. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de este trabajo se lleva a cabo a través de un proceso investigativo que tiene como objetivo principal describir las complicaciones obstétricas asociadas a hemorragia de la segunda mitad del embarazo, por lo que se mencionará las teorías de varios autores aquí citados con el fin de beneficiar al conocimiento propio y demás para obtener posibilidades de diagnóstico y diferentes tratamientos.

Identificar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de anomalías de inserción placentaria, pues dependiendo del grado de invasión esta patología puede llevar a hemorragia obstétrica masiva, y alteraciones de la coagulación por pérdida, y por coagulación intravascular diseminada.

Describir los criterios clínicos y pruebas diagnósticas oportunas para la detección del acretismo placentario contribuirá no solo con la sociedad médico-científica sino también con la disminución en el índice de cesáreas que es uno de los principales factores de riesgo asociados al acretismo placentario, tanto maternos como fetales.

La incidencia mundial actual de acretismo es de 3 casos por cada 1000 embarazos, consecuencia del incremento de la cesárea y asociación con la mortalidad materna, incluso de 7%, el Ecuador es uno de los países de América latina con alto índice de mortalidad materna y fetal, correspondiendo la hemorragia obstétrica a la segunda causa de muerte materna.



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





## 1.2. OBJETIVOS

### 1.2.1. Objetivo general

Describir las complicaciones obstétricas asociadas a hemorragia de la segunda mitad del embarazo.

### 1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar factores de riesgo relacionados con el desarrollo de anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales.
- Describir los criterios clínicos y pruebas diagnósticas oportunas para identificar acretismo placentario.



### 1.3. DATOS GENERALES

Nombres completos:	CBLC0620
Edad:	30 años 11 meses 15 días
Fecha de nacimiento:	20/6/1989
Nacionalidad	ecuatoriana
Nivel de estudio	secundaria
Estado civil	casada
Ocupación	ama de casa
Raza	mestiza
Religión	católica
Lugar de residencia	Guaranda
Lugar de procedencia	Guaranda
Fecha de ingreso	3/6/2020 19H 15

## 2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 30 años de edad acude a la emergencia por presentar cuadro clínico compatible con sangrado transvaginal de 45 minutos de evolución; con embarazo de 37,1 semanas de gestación.

Sin antecedentes patológicos personales y familiares de importancia, antecedentes gineco obstetras: FUM: 15/09/2019, FPP: 21/06/2020, EG: 37,2; embarazos dos, un parto normal y un aborto con legrado, periodo intergenésico 10 años, embarazo no planificado, sin utilización de métodos anticonceptivos, pocos controles prenatales (1 en primer nivel de atención), un solo compañero sexual, cumplimiento con el esquema de vacunas.

Grupo sanguíneo ARH+, VHI negativa, sífilis negativa, peso adecuado para edad gestacional.

### 2.2. ANAMNESIS

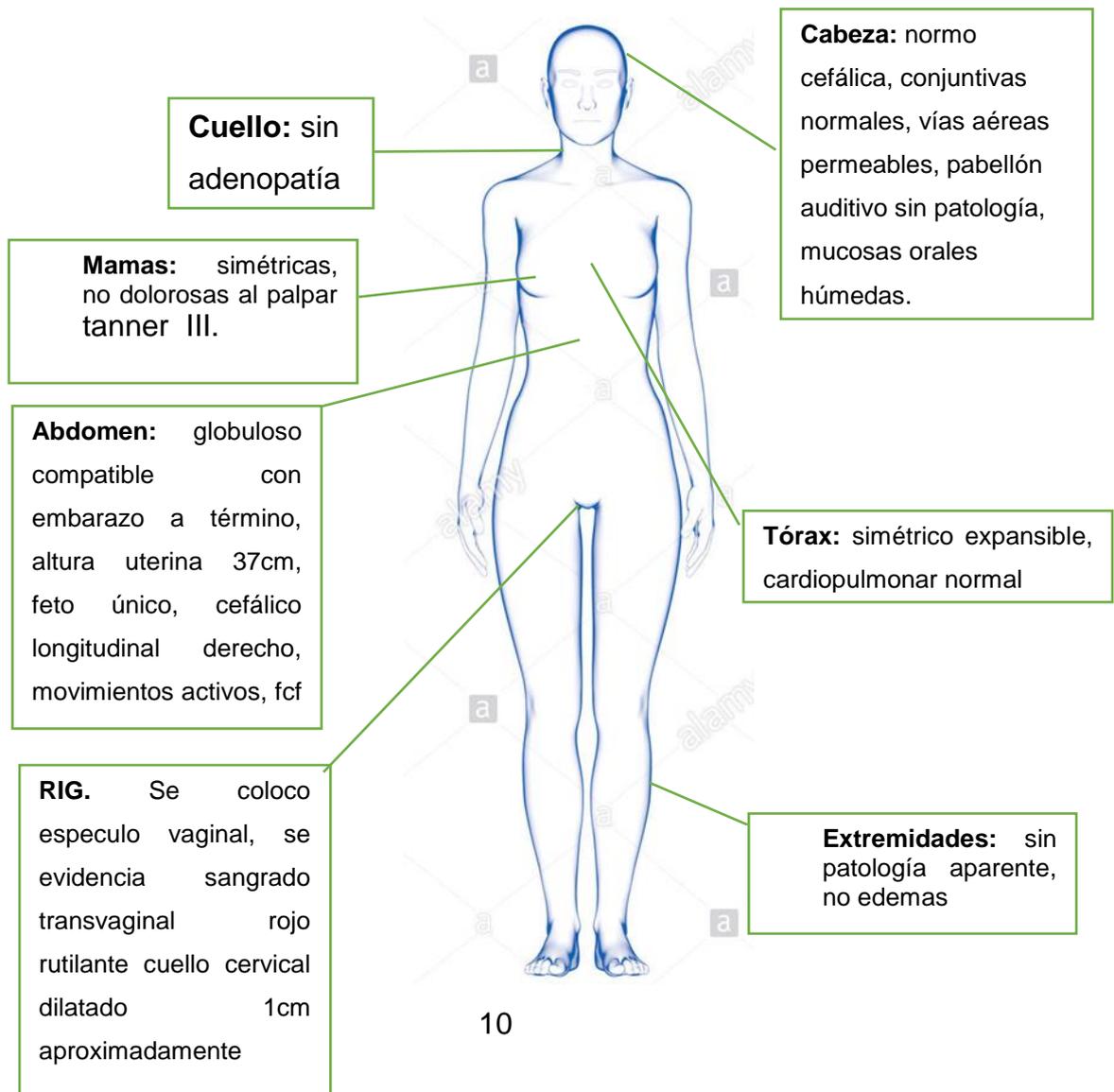
Paciente de 30 años de edad con embarazo de 37 semanas de gestación por fecha de última menstruación, acude al área de emergencia por presentar cuadro clínico de sangrado transvaginal de 45 minutos de evolución aproximadamente

teniendo como causa aparente esfuerzo físico doméstico ( lavar ropa y subir gradas), al inicio de leve intensidad que mancha el interior, conforme pasan los minutos se incrementa el sangrado se coloca una toalla sanitaria para poder acudir hasta la emergencia, al momento se evidencia toalla sanitaria empapada de sangre (100ml), acompañado de esto presenta dolor de leve a moderada intensidad en hipogastrio tipo contracción uterina que disminuye con el reposo.

### 2.3. EXPLORACIÓN CLÍNICA

Signos vitales: Presión arterial: 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca: 100 LPM, frecuencia respiratoria 20rpm, temperatura 36.5°C, estado de conciencia, orientada en tiempo y espacio, Glasgow 15/15, proteinuria: negativa, saturación de oxígeno: 99%, score mama 0

Se detalla de la exploración de la paciente en la siguiente figura:





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





## 2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

FECHA: 03/06/2020

Hora de toma de muestra

19H25

Hora de entrega de resultado 20H15

EXÁMENES DE LABORATORIO	
Leucocitos	9860
Linfocitos	21
HGB:	12.5
HCTO	37.8
PLT	167000
BIOQUIMICA SANGUINEA	
Glucosa:	91.5
Urea:	19.5
Creatinina	0.75
Transaminasa pirúvica	14.0
Transaminasa oxalacética	20.5
SEROLOGICA	
VIH	no reactivo
VDRL	no reactivo
Tiempos de coagulación	TP: 13.5 TTP: 27.2
Grupo sanguíneo	ARH+

<b>Ecografía obstétrica</b> 19H30	Producto único vivo transverso con fcf de 150 lpm DG= Embarazo +/- 37 semanas más placenta previa
<b>Monitoreo fetal</b> 19H43	Tranquilizante sin dinámica uterina fcf 145- 148 por minuto

## 2.5. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

### DIAGNOSTICO PRESUNTIVO



Luego de la valoración gineco obstetra por presentar sangrado del tercer periodo del embarazo de 45 minutos de evolución de 200 a 300 ml aproximado sin alteración del estado materno y fetal se determina Embarazo de 37 semanas de gestación más hemorragia del tercer trimestre.

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Las patologías asociadas con hemorragia obstétrica en el tercer trimestre son **placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, ruptura y atonía uterina.**

Se descarta los diagnósticos de:

- **Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta**, por la presentación clínica; en esta patología es característico el sangrado transvaginal con dolor abdominal, la hipertonía uterina, la polisistolia y la repercusión fetal de grado variable orientan a este diagnóstico.
- **Ruptura Uterina** el dolor es súbito a nivel suprapúbico, acompañado de hipotensión arterial y taquicardia, alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal que traducen compromiso en diferentes grados, e incluso la muerte.
- **Se determina Placenta previa** por el sangrado transvaginal activo indoloro sin actividad uterina y **Acretismo placentario** por los hallazgos en encontrados durante la cesárea de emergencia, implantación de la placenta en todo el miometrio.

### **DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

Paciente por cuadro clínico de sangrado transvaginal sin dinamica uterina, se realiza cesárea de emergencia, se extrae recién nacido sin novedades, alumbramiento placenta previa oclusiva total y acretismo placentario total.

### **2.6. CONDUCTA A SEGUIR**

Cesárea de emergencia para determinar sangrado transvaginal, conservar el binomio materno-fetal y evitar shock hipovolémico; al encontrar acretismo placentario se decide realizar histerectomía conservadora.



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

### Análisis del origen del problema

Los factores de riesgo para acretismo placentario son:

- Edad (mayor de 30 años).
  - Gestas (multípara, 2 a 3 gesta).
  - Placenta previa
  - Historia de legrado uterino
  - Controles prenatales insuficientes.
  - Antecedente de extracción manual placentaria
  - Historia de retención placentaria
  - Antecedente de infección intramniótica.
  - Cesáreas anteriores.
- **Biológicas:** paciente con 30 años 11 meses 15 días de edad, tercera gesta, con antecedente de aborto y legrado hace 10 años, controles prenatales insuficientes en donde no se determina a tiempo la placenta previa.
  - **Física:** esfuerzo físico (lavar ropa y subir gradas) por los quehaceres domésticos.
  - **Ambientales:** vive en casa propia con todos los servicios básicos.
  - **Sociales:** cuida de su esposo, hijo, realiza todas las actividades domésticas como lavar, cocinar, planchar, cuidar de los animales domésticos.

**Procedimientos realizados:** una vez que llega paciente a emergencia del hospital general se recomienda hospitalización, examinar con espéculo para determinar el origen del sangrado y estimar la cantidad del mismo, realizar ecografía obstétrica, realizar exámenes complementarios y cesárea de emergencia. Ante el riesgo de hemorragia e histerectomía por sospecha y luego confirmación de placenta acreta, el quirófano bien equipado con instrumental para histerectomía, con el talento humano correspondiente, hemocomponentes en suficiente cantidad de reserva en el banco de sangre.



### **Tratamiento farmacológico que se administró:**

- Lactato ringer 1000ml stat.
- Cefazolina 1 gramo intravenoso stat
- Solución Salina al 0,9% 1000 ml pasar a 40 gotas por minuto
- Ceftriaxone 1 gramo intravenoso cada 12 horas.
- Hierro sacarosa 300 mg en 300 ml de cloruro de sodio al 0,9% intravenoso cada día.

Paciente durante el transoperatorio sangra 1000 ml aproximadamente por lo que se administra:

- 2 paquetes de glóbulos rojos concentrados

### **2.8. INDICACIÓN CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

Conducta Ginecológica a seguir Histerectomía conservadora por hemorragia uterina debido a acretismo placentario

Las condiciones clínicas de la paciente, daban la indicación de histerectomía considerando las varias bibliografías, de distintos autores consultados en este trabajo, están relacionados.

La conducta médica dado el estado y posición de la placenta que imagenologicamente se presentaba como previa oclusiva total, inicialmente fue para una cesárea, pero al momento del procedimiento se observó acretismo placentario.

### **2.9. SEGUIMIENTO.**

#### **Día 1: En su evolución destacamos:**

Paciente que se realiza cesárea de emergencia por hemorragia transvaginal moderada, por placenta previa oclusiva total, que en los hallazgos se encuentra acretismo placentario, por el cual se indica histerectomía conservadora por la



edad de la paciente, se procede a preservar ovarios, para evitar patología secundaria- menopausia precoz.

Paciente sale de quirófano estable, normotensa, con score mamá de 0, con perdida aproximada sanguínea 1000cc, se coloca dos unidades de hemoderivados.

Desde las 2H45 hasta las 14H30 presento score mama de 1 por frecuencia cardiaca se mantuvo entre 101 y 110.

Biometría hemática de control 02H00: Hto:30.6%, Hb: 9.8g/dl, plaquetas 152000, leucocitos 20940, HCM: 29.6, VCM:92.4, CHCM: 320

### **Día 2: En hospitalización su evolución destacamos**

Paciente de 30 años con puerperio quirúrgico, por cesárea más histerectomía, consiente orientada en tiempo y espacio, con TA 90/60 mm/hg FC 108x' FR 21x' T37.2 °C SO2 96% alerta, Score mama 1, vía periférica permeable, apósito de herida quirúrgica limpia seca, diuresis clara por sonda vesical. Respuesta adecuada a la medicación.

### **Día 3: En hospitalización su evolución destacamos**

Paciente de 30 años con puerperio quirúrgico, por cesárea más histerectomía, consiente orientada en tiempo y espacio, con TA 90/60 mm/hg FC 82x' FR 20x' T36.9 °C SO2 91% alerta, Score mama 0, vía periférica permeable, apósito de herida quirúrgica limpia seca, dolor en sitio quirúrgico. Respuesta adecuada a la medicación. Medidas generales alta hospitalaria

## **2.10. OBSERVACIONES**

Las diferentes bibliografías enfatizaron sobre cómo hacer el diagnóstico y seguimiento adecuado en el caso de este tipo de pacientes.

En este caso se debe destacar el trabajo en conjunto de los profesionales de salud para la adecuada valoración, manejo y seguimiento de pacientes con hemorragia obstétrica del tercer trimestre. Cabe destacar que esta patología



por lo general se debe evaluar los antecedentes de eventos obstétricos anteriores.

Debido a lo antes mencionado se realizó histerectomía con conservación de anexos por la edad de la paciente.

Se debe actuar de manera precisa y adecuada en el momento de detectar este tipo de casos, recordemos que en primer nivel es posible hacer un diagnóstico oportuno y seguimiento.

### **3. CONCLUSIONES**

La hemorragia obstétrica del tercer trimestre por acretismo placentario en obstetricia y ginecología es una de las patologías más complejas de manejar sobre todo porque es una de los factores de riesgos maternos y fetales pues puede causar graves complicaciones como mortalidad materno y neonatal.

Se detallaron los criterios clínicos del acretismo placentario, en el caso de la paciente aparición de hemorragia vaginal indolora acompañada en algunas ocasiones de signos secundarios a la misma como: episodios de anemias, taquicardia, e hipotensión, aunque en cuanto a las pruebas diagnosticas en nuestro país solo se utiliza la ecografía, existen otros medios de diagnóstico documentados en este trabajo, esperando sean considerados en futuros casos.

Se pudo identificar los factores de riesgos asociados al acretismo placentario en este caso fue antecedente el de legrado instrumental previo al embarazo, de acuerdo a



varios autores es uno de los factores de riesgo no siendo el principal o más frecuente.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

Alamy Foto destock ikonacolor /. (2017). *la forma del cuerpo humano femenino*.

<https://www.alamy.es/foto-la-forma-del-cuerpo-humano-femenino-163863195.html>.

Asturizaga, P., & Toledo Jaldin, L. (2015). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. *Revista Médica La Paz*, 20(2). Obtenido de

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000200009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009)

Bravo Aguirre, D. e. (s.f.). Pinzamiento vaginal de arterias uterinas en pacientes con hemorragiapost parto primariaen el hospital de la mujer de aguas calientes. *Pinzamiento vaginal de arterias uterinas en pacientes con*



*hemorragia post parto primaria en el hospital de la mujer de aguas calientes.*

Universidad Autónoma de Aguascalientes, Mexico.

- Campuzano, C et al. (2017). Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. *Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/GPC\\_anomalias\\_de\\_insercion\\_placentaria\\_2017.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/GPC_anomalias_de_insercion_placentaria_2017.pdf)
- Cruz Venegas, I. (Noviembre de 2016). SANGRADO VAGINAL III TRIMESTRE. *Revista Médica Sinergia*, 1(11), 11-16. Obtenido de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/51/77>
- García-de la Torre, J et al. (2018). Acretismo placentario con abordaje predictivo y preventivo de hemorragia obstétrica. *Ginecología y obstetricia de México*, 86(6). Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412018000600357&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000600357&lng=es&nrm=iso)
- Jaime Barrera, G et al. (2019). Diagnóstico y Manejo de ANOMALÍAS EN LA INSERCIÓN PLACENTARIA Y VASA PREVIA. *Guía práctica clínica*. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/589GER.pdf>
- Jauniaux, E et al. (2019). Clasificación FIGO para el diagnóstico clínico de los trastornos del espectro del acretismo placentario. *International of Obstetrics and Gynecology*. Obtenido de [file:///C:/Users/ecarranza/Downloads/Clasificacion\\_FIGO\\_acretismo\\_placentario.pdf](file:///C:/Users/ecarranza/Downloads/Clasificacion_FIGO_acretismo_placentario.pdf)
- Karchmer, S., & López Rioja, M. (2019). Acretismo placentario.- Diagnóstico prenatal. *Acretismo placentario.- Diagnóstico prenatal*. Obtenido de [http://www.revperinatologia.com/images/10\\_Acretismo\\_placentario.-\\_Diagn%C3%B3stico\\_prenatal-ilovepdf-compressed\\_1.pdf](http://www.revperinatologia.com/images/10_Acretismo_placentario.-_Diagn%C3%B3stico_prenatal-ilovepdf-compressed_1.pdf)
- Maldonado, J. et al. (2020). Hemorragias del tercer trimestre. *Formación continuada*.



- Muñoz Arberas, L et al. (2018). Hemorragia masiva en gestación de 16 semanas con diagnóstico de placenta ácreta. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 61(6). Obtenido de [https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n6/PC\\_Hemorragia%20masiva%20en%20gestacion%20de%2016%20semanas,%20con%20diagnostico%20de%20placenta.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n6/PC_Hemorragia%20masiva%20en%20gestacion%20de%2016%20semanas,%20con%20diagnostico%20de%20placenta.pdf)
- Perez Luco, T. (Enero de 2018). *SIntesis-Biblioteca digital dinamica para estudiantes y profesionales de la salud*. Obtenido de SIntesis-Biblioteca digital dinamica para estudiantes y profesionales de la salud: <http://sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-ginecologia-y-obstetricia/135-revision/r-ginecologia-y-obstetricia/1694-26-hemorragias-del-embarazo-parto-y-puerperio>
- Redacción Médica*. (13 de Agosto de 2020). Obtenido de Hemorragia vaginal durante el 2º y 3er trimestre de la gestación: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/hemorragia-vaginal-durante-2o-y-3er-trimestre-de-gestacion>
- Véliz, F. (2018). Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(5). Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000500513](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000500513)



5. ANEXOS

M P Ministerio de Salud Pública							HOSPITAL PROVINCIAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		N° HISTORIA CLÍNICA				
Castro Baniña		Lizaso Canito		Lizaso Canito		0700199557				
SERVICIO			SALA				CAMA N°			
Ginecología			G8				34			
DIAGNÓSTICOS					OPERACIÓN					
PRE-OPERATORIO: Cerebro de 37x4x6+ Hernia del 3er trimestre + Prolapsa previa					PROYECTADA: Cesare					
POST-OPERATORIO: Cerebro de 37x4x6+ hernia del 3er trimestre + prolapsa previa oculta + Cerebral (preoperatorio)					EFECTIVA <input type="checkbox"/> EMERGENCIA <input checked="" type="checkbox"/> PALEATIVA <input type="checkbox"/>					
					REALIZADA POR: Cesaria + Intoxetomina; anestesia "mixta"					
EQUIPO OPERATORIO										
CIRUJANO: Dr. Henry Guevara					INSTRUMENTISTA					
PRIMER AYUDANTE: TCT Guevara					CIRCULANTE					
SEGUNDO AYUDANTE: TCT Guevara					ANESTESISTA: Dr. Guevara					
TERCER AYUDANTE:					AYUDANTE DE ANESTESISTA:					
FECHA DE OPERACIÓN			HORA DE INICIO:	HORA DE TERMINACIÓN:	TIPO DE ANESTESIA					
DÍA	MES	AÑO								
03	06	2010	23:00	1:00	Raquetón					
TIEMPO QUIRÚRGICOS										
DIÉRESIS: Incisión tra. Peritoneal de 12cm longitudinal que comprende pel y tejido celular subcutáneo										
EXPOSICIÓN: Posura y Instrumental										
EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS										
1) Feti vivo, peso, signos vitales										
2) Laparotomía clara en 3er trimestre										
3) Prolapsa previa oculta fetal ca 7cm y 4cm de altura en caz otros de 4cm										
4) Anest. Anals										
PROCEDIMIENTO OPERATORIO										
1) Anest. y Antisepsia										
2) Colocación de campos estériles										
3) Anest. de parto										
4) Apertura abdominal por piel										
5) Histerotomía segmentaria tra. baja										
6) Extracción del producto: Sexo: Femenino Talla: 49 Pro: 2530 Anos: 29										
7) Punción sinovial de protrusión										
8) Limpieza de cavidad uterina										
9) Se excluyen zonas de coágulo placental que seafa profusamente										
10) Histerotomía										
M.S.P. - H.C.U. Form. 017					PROTOCOLO DE OPERACIÓN					

PROTOCOLO POST OPERATORIO



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



**FORMULARIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**  
ENTRADA DE FORM 027 ORIGINAL  
**ADJUNTAR EN LA HCL DEL PACIENTE**  
EN CASO DE PÉRDIDA O TRASPAPELAR EL FORMULARIO EL SMT NO SE RESPONSABILIZA

**SISTEMA NACIONAL DE SANGRE**  
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE  
HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOYA MONTENEGRO 808158  
REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

Nº **01827.2**

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

PRORIDAD DE DEBACHO: ALISTAR  RUTINA 48 min  URGENCIA 18 min  EMERGENCIA 5 min

**1.1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR**

NOMBRES Y APELLIDOS: Carmen Liliaca Castro Benilla SERVICIO: Caba Obstetricia SALA: 60 CAMA: 1  
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD  PASAPORTE  HISTORIA CLÍNICA  FORMULARIO DE EMERGENCIA  Nº DE IDENTIFICACIÓN: 0201992052  
FECHA DE NACIMIENTO: 20.06.1989 EDAD: 30 SEXO: H  M  PESO (Kg): 64 GRUPO ABO RH: A+  
DIAGNÓSTICO CIE 10: Hemorragia del tercer periodo del parto CÓDIGO CIE 10: 0720  
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Choque hipovolémico CÓDIGO CIE 10: R57.1  
TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI  NO  REACCIONES ADVERSA TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI  NO

**1.2. COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES**

INSPECCIÓN	T °C	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO RH	CÓDIGO	VOLUMEN (cc)	FECHA DE CADUCIDAD (d/m/a)	GRUPO ABO RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COONES DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS INREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO INREGULAR
✓	5	LCRSCLP	O+	112000399	292	03/06/2020	A+	A2-	CCCK-	-	-	-	-
✓	5	LCRSCLP	O+	112000954	296	03/06/2020	A+	A2-	CCCK-	-	-	-	-

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 2

OBSERVACIONES: Dr. Walter Galbar C. Laboratorio Clínico Patología Clínica Responsable SGC MSP L1 22 F 112 N 599

**1.3. DATOS DE ENVÍO DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS**

ENVIADO POR: Dr. Walter Galbar FECHA: 03.06.2020 HORA: 22:45 FIRMA: [Firma]  
TRANSPORTADO POR: Dr. Walter Galbar FECHA: 03.06.2020 HORA: 22:45 FIRMA: [Firma]  
RECIBIDO POR: Dra. Catalina Tapanta FECHA: 03.06.2020 HORA: 22:50 FIRMA: [Firma]

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE

**1.4. REGISTRO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL**

HORA DE INICIO DE TRANSFUSIÓN	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO (ADMINISTRATIVO)	HAB ADMINISTRADO	# UNIDADES UTILIZADAS	TEMPERATURA (°C)		TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)		FRECUENCIA CARDÍACA (bpm)		FRECUENCIA RESPIRATORIA (ppm)		TIEMPO TOTAL DE TRANSFUSIÓN	VOLUMEN ADMINISTRADO (cc)	REACCIÓN ADVERSA		
				ANTES	DURANTE	DESPUES	ANTES	DURANTE	DESPUES	ANTES	DURANTE			DESPUES	SI	NO
22:50	112000399	Tapanta	18	-	-	100/60	70/40	105	16	22	22	18	292	30	258	-
23:30	112000954	Tapanta	18	-	-	100/60	70/40	105	16	22	22	20	296	30	186	-

Personal no revisa temperatura en base de datos de historia clínica

**2.1. MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL**

DURANTE LA TRANSFUSIÓN  POSTTRANSFUSIÓN  HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL: \_\_\_\_\_

**2.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS**

ANAFILAXIA  COAGULACIÓN INTRAVASCULAR  FIEBRE  HIPERTENSIÓN  NAÚSEAS  TAQUICARDIA   
CIANOSIS  DOLOR LUMBAR  HEMOGLOBINURIA  HIPOTENSIÓN  SHOCK  URTIICARIA   
DISEÑA  EDEMA PULMONAR  HEMORRAGIA  ICTERICIA  SEROCONVERSIÓN  VÓMITO   
OTRO (ESPECIFICAR):

**2.3. OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE**

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS SI  NO  Nº DE GESTACIONES: \_\_\_\_\_ Nº DE PARTOS: \_\_\_\_\_ Nº DE ABORTOS: \_\_\_\_\_  
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS SI  NO   
COMPROMISO INMUNOLÓGICO SI  NO

**3. EVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUELTO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_  
CAUSA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONSABLE): \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_  
RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_  
RESPONSABLE DE MONITOREO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

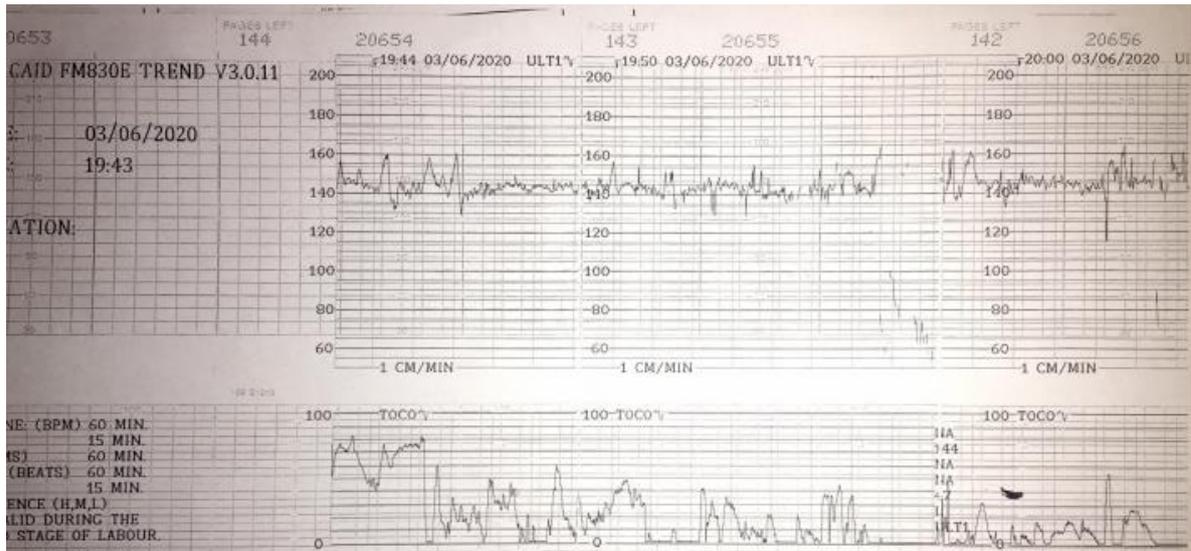
**4. RESPONSABLES**

RESPONSABLE DEL SMT: Walter Galbar CÓDIGO PROFESIONAL: 0201992052  
RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN: Catalina Tapanta CÓDIGO PROFESIONAL: 0202352704  
RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN: Catalina Tapanta CÓDIGO PROFESIONAL: 0202352704

HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOYA MONTENEGRO  
LABORATORIO CLÍNICO  
Dr. Walter Galbar C.  
PATOLOGÍA CLÍNICA  
RESPONSABLE SGC  
MSP L1 22 F 112 N 599

ORIGINAL: Historia Clínica      Copia: Servicio de Medicina Transfusional

REGISTRO DE TRANSFUSION



## MONITOREO FETAL