



**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**

Placenta Previa Oclusiva Parcial diagnóstico y tratamiento en múltipara

#### **AUTORA**

Eliana Katherine Sabando Macías

#### **TUTORA**

Obst. Ana Yupa

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

**2020**



## Contenido

RESUMEN .....	I
ABSTRACT .....	II
INTRODUCCION .....	III
AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA.....	VII
TEMA .....	VIII
I. MARCO TEORICO .....	- 1 -
1.1 JUSTIFICACIÓN .....	- 12 -
1.2 OBJETIVO GENERAL .....	- 14 -
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	- 14 -
1.3 DATOS GENERALES.....	- 15 -
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	- 15 -
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES .....	- 15 -
HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.2 ANAMNESIS .....	- 17 -
2.3 EXAMEN FISICO .....	- 17 -
2.4 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS .....	- 18 -
2.5 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.....	- 19 -



---

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR. ....	- 20 -
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	- 21 -
2.8 SEGUIMIENTO .....	- 22 -
2.9 OBSERVACIONES.....	- 25 -
CONCLUSIONES .....	- 26 -
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	- 27 -
ANEXOS.....	- 30 -



## RESUMEN

El presente estudio de caso clínico pretende fundamentar la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno en las gestantes con placenta previa para disminuir las complicaciones materno fetal.

Caso clínico: paciente femenina de 34 años de edad, con antecedentes de multiparidad, un aborto hace 9 años, cesárea anterior hace 8 años, y controles de embarazo insuficientes. Acude con cuadro clínico de aproximadamente 3 horas de evolución presenta sangrado transvaginal rojo rutilante de modera cantidad sin otra sintomatología acompañante. Al examen físico, abdomen globuloso feto único vivo, movimientos fetales presentes perceptibles por la madre, actividad uterina esporádica. Genitales de múltipara a la especuloscopia se evidencia sangrado activo rojo rutilante sin coágulos de moderada cantidad, cérvix entreabierto. Se solicita exámenes de laboratorio y ecografía obstétrica donde reporta: Embarazo de 33 semanas; placenta previa oclusiva parcial. Se decide ingreso para valorar al binomio materno fetal.

El tratamiento que se indicó: reposo absoluto, hidratación, maduración pulmonar, tocólisis, analgésico. Se trataba de un embarazo pretérmino con conducta expectante, debido al nuevo episodio de sangrado que presento la paciente al octavo día de estar hospitalizada se decide terminar el embarazo por vía alta (cesárea). Se obtuvo recién nacido de sexo femenino APGAR 7-8 peso con diagnóstico de pre-termino más Síndrome de Distress Respiratorio reportado por neonatología. Hemograma post- cesárea de la usuaria indica anemia modera se maneja con hierro parenteral. Posteriormente se otorga el alta.

**Palabras claves:** placenta previa, hemorragia obstétrica, diagnostico, manejo, morbimortalidad materna fetal.



## ABSTRACT

This clinical case study aims to substantiate the importance of timely diagnosis and treatment in pregnant women with placenta previa to reduce maternal-fetal complications.

Clinical case: 34-year-old female patient, with a history of multiparity, an abortion 9 years ago, a previous cesarean section 8 years ago, and insufficient pregnancy controls. The patient presents with a clinical picture of approximately 3 hours of evolution, presenting a moderate amount of bright red transvaginal bleeding without other accompanying symptoms. On physical examination, single living fetus globular abdomen, present fetal movements perceptible by the mother, sporadic uterine activity. Multiparous genitalia at speculometry showed bright red active bleeding without clots of moderate quantity, a slightly open cervix. Laboratory tests and obstetric ultrasound are requested where she reports: 33 weeks pregnancy; partial occlusive placenta previa. Admission is decided to assess the maternal-fetal binomial.

The indicated treatment: absolute rest, hydration, lung maturation, tocolysis, analgesic. It was a preterm pregnancy with expectant management, due to the new episode of bleeding that the patient presented on the eighth day of being hospitalized, it was decided to terminate the pregnancy by discharge (cesarean section). A female APGAR 7-8 weight newborn was obtained with a pre-term diagnosis plus respiratory distress reported by neonatology. Post-caesarean section blood count of the user indicates moderate anemia is managed with parenteral iron. Later the discharge is granted.

**Key words:** placenta previa, obstetric hemorrhage, diagnosis, management, fetal maternal morbidity and mortality.



## INTRODUCCION

La placenta previa es la implantación de la placenta sobre o cerca del orificio cervical interno. Ocurre un sangrado vaginal indoloro con sangre roja y brillante después de las 20 semanas de gestación. El diagnóstico se realiza con ecografía transvaginal o abdominal. El tratamiento consiste en actividad modificada para el sangrado vaginal menor antes de las 36 semanas de edad gestacional, y cesárea entre las 36 y las 37 semanas 6 días. Si el sangrado es intenso o si el estado fetal es preocupante, está indicada la extracción quirúrgica inmediata del feto, en general por cesárea. La incidencia de placenta previa es de 1/250 partos. Si la placenta previa se descubre durante la primera parte del embarazo, en general se resuelve para las 28 semanas a medida que el útero se agranda (Antonette, 2019).

En el año 2011, investigaciones realizadas en países de Latinoamérica como Perú y Ecuador, reportan que la Placenta Previa se presenta con mayor frecuencia en pacientes con antecedentes de cesárea anterior, la edad materna, multiparidad y legrados uterinos. La hemorragia obstétrica en el tercer trimestre por placenta previa presume en un 20%, es la 10ma causa de muerte materna en el Ecuador con el 2.4% (INEC, Ecuador- 2010) y se asocia a una elevada morbimortalidad materno-fetal. Se presenta en un 5% de todos los embarazos, presume ser la 3ra causa de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la 2da causa de histerectomía obstétrica (INEC, 2018).

Según la (OMS, 2017) manifiesta que la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El porcentaje de embarazos complicados por placenta previa es de aproximadamente el 0,3 al 0,5%, con una tasa de mortalidad materna relacionada de 0,3% de los casos. Aumentando frente a embarazos normales de 3 a 4 veces la tasa de mortalidad perinatal.

Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las



mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto; los abortos peligrosos (OPS, OMS, 2019).

En la Región de las Américas según la Organización Mundial de la Salud la tasa de mortalidad materna en el año 2010 por 100000 nacidos vivos es de 62% lo que equivale a 9500 muertes maternas para el 2015 dicha tasa disminuye al 52% representando un 10% menos lo que equivale a 7900 muertes maternas (OMS, 2017).

La (OMS, 2017) indica que en Ecuador la tasa de mortalidad materna en el 2015 es de 64% que es igual a 210 muertes maternas y para el año 2016 según datos del Ministerio de Salud Pública en Ecuador (MSP) dicha cifra disminuyó, existiendo 133 casos de mortalidad materna, en donde la sexta causa es por placenta previa existiendo 6 casos de muertes lo cual representa el 4,51% (Pichincha 2, Azuay 2, Guayas 1 y Esmeraldas 1), los mismos que se dieron entre la edad materna de 32 a 36 años siendo 2 casos durante el embarazo y los restantes en el puerperio (hasta 42 días).

Entre las causas que afectan el periodo de gestación están las hemorragias, que se presentan en la segunda etapa del embarazo, que constituyen la fuente potencial de morbimortalidad materna y fetal, una de las patologías obstétricas es la placenta previa, su incidencia reportada según el Ministerio de salud Pública es de 1 por cada 200 embarazos con diferenciaciones en todo el mundo de acuerdo al estilo de vida y condición genética (MSP, 2017).

De acuerdo al instituto nacional de estadísticas y censos INEC en los resultados emitidos en el año 2018 reporto que en la provincia de Bolívar el porcentaje de muerte materna fue el 13.33% por diferentes patologías entre ellas hemorragias de la segunda mitad del embarazo (INEC, 2018).



El presente estudio de caso se basa en una usuaria de 34 años de edad con antecedentes de multiparidad, un aborto hace nueve años, una cesárea hace ocho años. Es traída por el ECU 911 con cuadro clínico de sangrado transvaginal rojo rutilante de moderada cantidad sin otra sintomatología acompañante.

Examen físico: abdomen globoso útero gestante, feto único vivo, altura uterina 32 centímetros, dorso lateral izquierdo, cefálico, movimientos fetas presentes, frecuencia cardiaca fetal 150 latidos por minuto, actividad uterina esporádica. A la especuloscopia se evidencia sangrado genital rojo rutilante sin coágulos de modera cantidad, cérvix entreabierto. Se solicita diversos exámenes de laboratorio y ecografía obstetricia, siendo esta quien definió el diagnóstico de embarazo de 33 semanas de gestación más placenta previa oclusiva parcial.

En este caso se trata de un embarazo pretérmino con hemorragia a causa de la placenta previa por lo que se resolvió tomar una conducta expectante frente a este cuadro clínico, la determinación del score mama, reposo absoluto, hidratación parenteral, maduración pulmonar fetal, uteroinhibición y analgésicos. Por presentarse a los 8 días un nuevo episodio de sangrado transvaginal y tratarse de un embarazo prematuro, que podría desencadenar complicaciones maternas y neonatales se decide terminar el embarazo por vía alta (cesárea).

Se obtiene recién nacido vivo sexo femenino APGAR 7-8 Peso 2200g Capurro; 35 semanas por lo que fue ingresado al servicio de neonatología con diagnóstico prematuro moderado más Síndrome de Distress Respiratorio.

Los resultados de biometría de control post cesárea de la paciente reportan: Hemoglobina 8 g/dl Hematocrito 26% los que indican un diagnóstico de anemia moderada. Se maneja con hierro parenteral una dosis administrada a de 300mg.

Se procede a dar el alta médica a las 48 horas postparto, indicando tratamiento ambulatorio antibioterapia: cefalexina 500 mg cada 6 horas, analgésico:





paracetamol 500mg cada 8 horas e ibuprofeno 400mg cada 8 horas y hierro oral 120 mg cada día.

### **AGRADECIMIENTO**

Estoy tan agradecida con Dios por darme el don de la perseverancia para poder alcanzar mi meta y la bendición de culminar con éxito mi carrera, brindándome la oportunidad de obtener mi título de Obstetriz del cual me siento feliz, orgullosa y segura que será de provecho y prosperidad en mi porvenir.

A mis padres por su apoyo y confianza en el desarrollo de mi carrera, en especial a mi madre por creer siempre en mí y enseñarme que la educación es muy importante para el ser humano y ser siempre ella la que me daba ánimos para no dejar de soñar.

A mi hermana Sandra, por estar siempre pendiente de mi apoyándome tanto económicamente como moralmente.

A mi gran amor, mi máxima inspiración mi hija por ser mi motor para no rendirme nunca.

A mi cuñada Maritza por estar siempre predispuesta cuando necesitaba de sus conocimientos para realizar algún trabajo.

A mi amiga Arelis con quien he compartido momentos difíciles y logros en este tiempo de amistad, le agradezco por ser incondicional, brindarme su ayuda y apoyo siempre.

Y por supuesto a todas las personas que en algún momento me brindaron su apoyo.

Eliana



## **DEDICATORIA**

Este logro se lo dedico a Dios y a la Virgen María, por guiarme por el buen camino, y darme las fuerzas necesarias para seguir con este sueño que un día decidí emprender, dejando a un lado las adversidades que se presentaron sin perder nunca las ganas de continuar con mi objetivo.

A mis padres por su apoyo incondicional cuidando a mi hija mientras yo seguía mi sueño. Por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar y confiar siempre en mí.

A mi hermosa hija Maelys por ser mi fuente de inspiración y motivación para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Es para mí una gran satisfacción poder dedicarles a ellos lo que, con mucha dedicación, esfuerzo, y trabajo me he ganado.

No ha sido sencillo el camino, pero al fin lo logre.

Eliana



**TEMA**

**“PLACENTA PREVIA OCLUSIVA PARCIAL DIAGNOSTICO Y  
TRATAMIENTO EN MULTIPARA”**



## I. MARCO TEORICO

### PLACENTA PREVIA

#### DEFINICIÓN

Según (Botella, 1993) se denomina placenta previa a la inserción de la placenta en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el orificio cervical interno o quedando muy cerca de él. Generalmente parte de la masa placentaria se sitúa por delante de la presentación fetal en el canal del parto.

Según (Botero, 2008) es la placenta que se implanta completamente o en parte del segmento inferior por delante de la presentación fetal. Normalmente la placenta se implanta en el fondo uterino. Los casos de placenta previa y sus complicaciones continuaran presentándose con el aumento de la edad reproductiva y del número de cesáreas.

Dentro de su historia, la primera descripción de la placenta previa fue la de Guillermeau en 1685, el cual aconsejó a los cirujanos que en los partos definieran qué se presentaba primero, si el feto o la placenta. En 1730, Giffart describió cómo la hemorragia en el parto se debía a la separación entre el orificio cervical interno y la placenta inserta en él. En 1750, fueron Levret en Francia y Smellie en Londres, quienes establecieron el concepto de PP. Desde entonces, su manejo clínico es controvertido. La primera cesárea abdominal por Placenta Previa se realizó en 1892, extendiéndose rápidamente su uso; el tratamiento conservador hasta la viabilidad fetal fue introducido por Johnson en 1945, y el uso de los ultrasonidos para el diagnóstico de la localización de la placenta (Gabriela, 2016).

Por lo general, suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre, aunque puede también suceder en la última parte del primer trimestre. La Placenta Previa es una de las principales causas de hemorragia antes del parto y suele impedir la salida del feto a través del canal del parto por obstrucción a este nivel (Veronica T. , 2015).



Placenta oclusiva: se refiere cuando la masa placentaria cubre el orificio interno. Cuando cubre únicamente parte del el, se denomina oclusiva parcial; y cuando lo cubre completamente se denomina oclusiva total, la cual es clínicamente la más grave y se da en un tercio de los casos, suele presentarse en el segundo o tercer trimestre, presentando como principal síntoma la metrorragia indolora de aparición brusca e inesperada y el diagnostico se realiza mediante la ecografía transvaginal (Botella, 1993).

## **CLASIFICACIÓN**

Se han reconocido 4 tipos de esta anomalía:

- Tipo I: Implantación baja de la placenta. La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio interno, pero se encuentra en estrecha proximidad.
- Tipo II: Placenta previa marginal. La placenta llega al margen del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.
- Tipo III: Placenta previa oclusiva parcial. La placenta cubre parcialmente el orificio interno.
- Tipo IV: Placenta previa oclusiva total. El OCI está cubierto por completo por la placenta (Esther, 2011).

## **ETIOPATOGENIA**

Si bien se acepta que se produce porque el huevo se implanta anormalmente bajo, la etiología específica de la placenta previa no está aclarada. Varios autores admiten dos grupos etiológicos: causas ovulares y causas maternas.

### **Causas Ovulares**

- Fertilización Tardía
- Alteraciones en la capacidad de implantación del blastocito.
- Placenta capsular, la cual se debe a que el trofoblasto en contacto con la decidua capsular no se transforma en corion liso, por lo que el corion



frondoso rodea la vesícula gestacional mucho más extensamente que en las gestaciones normales.

- Gestaciones gemelares, las cuales conllevan un aumento de las necesidades de aporte sanguíneo materno a través de la placenta (Botella, 1993).

### **Causas maternas**

Parece que las alteraciones endometriales debidas a cicatrices, embarazos previos o legrados, reducen el área adecuada para la implantación de la placenta y aumentan la posibilidad de que lo haga en el segmento uterino inferior.

- Edad materna: a medida que aumenta, el riesgo de placenta previa es mayor.
- Multiparidad: en un estudio estadounidense se informó de una incidencia de placenta previa aumentada de manera significativa en mujeres múltiparas en comparación con la de mujeres con paridad más baja.
- Cesárea previa: aumenta la probabilidad de placenta previa; el riesgo se incrementa a medida que aumenta el número de cesáreas. Así mismo, los legrados también estarían implicados en la génesis de placenta previa (Esther, 2011).

### **EPIDEMIOLOGIA**

La incidencia reportada es variable, aunque oscila alrededor de 4 por cada 1 000 embarazos se considera que la incidencia real no se conoce porque depende de diversos factores, destacando entre ellos las diferencias entre los métodos y las técnicas diagnósticas empleadas. La causa precisa es incierta, pero los factores de riesgo predisponentes sí son claros y entre ellos se encuentran la edad materna avanzada (en especial > 34años), gravidez de tres embarazos y más, antecedentes de cesáreas previas, abortos y la presencia de diversas anomalías uterinas (Tena, 2013).



Es una condición relativamente poco frecuente con una incidencia de 0,28 a 2% de todos los nacimientos, sin embargo cuyas cifras van en aumento (Olmedo, 2016).

En el Ecuador, en el transcurso de los últimos 8 años los partos por cesárea se incrementaron alrededor del 60%. A nivel rural, esta práctica aumentó del 16,1% (1999-2004) al 31,5% (2007-2012). En el año 2015, se registraron 8,68 % de partos por cesárea. Debido a este factor de riesgo se ha incrementado potencialmente el cuadro de placenta previa (MSP, 2017).

### **FISIOPATOLOGIA**

La placenta Previa se identifica en el 0.3 al 0.5% de los partos. Las alteraciones epiteliales que podrían modificar la matriz extracelular, pueden aumentar el riesgo de su aparición (Reece A, 2010).

El segmento inferior es un lugar inadecuado para la inserción placentaria, por presentar las siguientes características anatómicas:

**Musculatura:** tienen menos fibras musculares en relación al segmento superior y con mayor cantidad de fibras colágenas por lo que este lugar es muy distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia si hay desprendimiento parcial de la placenta y por supuesto, durante el alumbramiento.

**Endometrio:** el grosor es muy delgado y por lo tanto tiene menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones. Es por ello que el trofoblasto puede invadir decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos (acretismo placentario). La inserción placentaria en el segmento inferior permite que actúa como tumor previo (Orfelinda, 2017).

El cordón umbilical suele tener una implantación excéntrica y en ocasiones adoptar la forma de inserción velamentosa, lo que va acompañado con frecuencia de vasa previa.

Las membranas son espesas y rugosas en la vecindad de los cotiledones y su elasticidad es menor (Veronica B. , 2011).

## **FACTORES DE RIESGO**

Un factor de riesgo es aquel que aumenta la probabilidad de adquirir una enfermedad o afección. Los factores de riesgo incluyen:

- Mujeres múltiples, en las que la zona de inserción placentaria de las sucesivas gestaciones va siendo substituida por tejido cicatricial, restando terreno apto para la implantación de la zona habitual.
- Edad materna avanzada
- Cicatrices uterinas, producidas por operaciones anteriores (miomectomía, cesáreas anteriores, operaciones plásticas por malformaciones uterinas)
- Abortos de repetición o legrados uterinos enérgicos que impiden la regeneración del endometrio en zonas de cavidad uterina
- Gestación múltiple (dos o más fetos)
- Miomas submucosos y pólipos endometriales. Alteraciones funcionales de la mucosa, sinequias intrauterinas o endometriales residuales localizadas (Melgar, 2010).

## **MANIFESTACIONES CLINICAS**

El síntoma principal de la placenta previa es la hemorragia, la cual se presenta en el 90% de los casos. El sangrado es indoloro, intermitente e inmotivado. Generalmente la paciente no relata dolor y no se encuentra una causa desencadenante. El primer episodio generalmente desaparece espontáneamente con el reposo, permitiendo un espacio de tiempo para un adecuado diagnóstico, una oportuna remisión al tercer nivel y planear su tratamiento. Los sangrados posteriores por lo general, son mucho más graves que el primero y ponen en peligro la vida de la paciente y la del feto. Una tercera parte de las pacientes inician el sangrado antes de las 30 semanas, un tercio entre las 34 y 40 semanas de gestación y un tercio con el inicio de trabajo de parto. Los sangrados que ocurren antes de las 28 semanas de





gestación se relacionan con placenta previa total son de mal pronóstico tanto para la madre como para el feto (Botero, 2008).

La sospecha diagnóstica surge del cuadro clínico compatible, y de la especuloscopia confirma el origen uterino del sangrado; no obstante, ante la sospecha está contraindicado tacto vaginal, ya que este puede causar un sangrado severo en alrededor de 5% de las pacientes (Poblete, 2013).

### **COMPLICACIONES MATERNAS**

- Hemorragia grave, necesidad de drogas vasoactivas y transfusión, shock hipovolémico.
- Presencia de placenta acreta, vasa previa, inserción velamentosa de cordón Hemorragia posparto: debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, las pacientes con Placenta Previa tienen un mayor riesgo de hemorragia posparto.
- Histerectomía urgente
- Embolia de líquido amniótico (Universitario, Clinic Barcelona Hospital, 2012).

### **COMPLICACIONES NEONATALES**

- Nacimiento pretérmino significa antes de las 37 semanas del embarazo, esto puede causar Síndrome de Distress Respiratorio (SDR), ictericia, retinopatía del recién nacido, apnea, anemia, infecciones.
- Mala presentación fetal, es decir, que el feto sea mucho más grande o se encuentre en una posición para el parto que no sea la más adecuada. Cuando esto se ve en las ecografías suele recomendarse la cesárea cuando sea el momento del parto.
- Rotura temprana de membranas que puede provocar "hemorragia intraventricular en los recién nacidos" que puede generar trastornos del neurodesarrollo.
- Restricción del crecimiento fetal o PEG, que puede hacer que el bebé sufra un retraso en su crecimiento. Esto puede provocar que nazca más

pequeño y aumenta las complicaciones por "asfixia perinatal, aspiración de meconio, policitemia e hipoglucemia".

- La vasa previa, cuando el cordón umbilical se inserta en la placenta. Esto puede causar "una hemorragia fetal cuando se rompen las membranas fetales" (Raquel, 2020).

## DIAGNÓSTICO

Se establecen por la clínica de hemorragia tan característica.

- Examen obstétrico

El tono uterino es normal, no hay dolor abdominal aunque algunas pacientes lo presentan posiblemente a consecuencia de las contracciones uterinas o separación de la placenta. Esto puede asociarse a Amenaza de Parto Pretérmino o trabajo de parto.

Al realizar las Maniobras de Leopold se puede presentar distocias de presentación o de situación (pelviana, oblicua trasversa) son frecuentes debido a que la placenta se encuarta ocupando la zona inferior del útero y afecta la movilidad normal de feto dentro del útero. La frecuencia cardiaca fetal es variable según la intensidad del sangrado. "Generalmente el feto no presenta alteraciones de hipoxia solo se presentan, si hay una descompensación materna previa hemorragia masiva" (Siteal, 2018).

Una especuloscopia nos permite visualizar el cuello uterino y el sangrado, en el caso de la placenta previa sale a través del orificio cervical externo y se puede visualizar el tejido placentario en caso dilatación cervical (Esther, 2011).

En pacientes con placenta previa está contraindicado el tacto vaginal dado que puede movilizar cotiledones y coágulos formados e incrementar la hemorragia con grave riesgos (Veronica T. , 2015).

Durante el parto, cuando se hace necesario el tacto vaginal, todas las condiciones deben estar creadas para una intervención inmediata si se incrementa el sangramiento, o sea, vena canalizada, transfusión de sangre y

salón de cirugía listos para la intervención. Al tacto vaginal puede percibirse sensación de almohadillamiento a través de los fondos de los sacos vaginales (Rigol, 2004).

➤ La ecografía

Es el método de elección para el diagnóstico de la placenta previa. La ecografía abdominal tiene una sensibilidad del 95%-98%. La ecografía transvaginal permite definir con exactitud la relación de la placenta con el orificio interno siendo su precisión diagnosticada casi del 100%, es segura y no hay contraindicación para realizarla en los casos de sangrado activo del tercer trimestre (Botero, 2008).

Según (MSP, 2017) se recomienda realizar un ultrasonido abdominal de rutina entre las 18 y 24 semanas de gestación el cual incluya la localización de la placenta y la inserción del cordón umbilical. Se recomienda que ante la sospecha de placenta previa en el ultrasonido abdominal, se confirme el diagnóstico mediante ultrasonido transvaginal a las 35-36 semanas. Se recomienda realizar seguimiento mediante ultrasonografía a toda embarazada desde la semana 20 si la placenta cubre total o parcialmente el orificio cervical y en las gestantes con cesárea anterior.

Debe determinarse la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2º y 3º trimestre. La evaluación de una Placenta Previa en la ecografía Transvaginal incluye:

- Visualizar correctamente todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral (corte transversal) rechazando, si es necesario, la presentación fetal.
- Aplicar Doppler color para descartar hematoma marginal o vasa previa.
- Localizar la inserción cordón. -En caso de vejiga parcialmente llena: confirmar el diagnóstico de PP tras la micción.
- Valorar signos de acretismo especialmente en PP con antecedente de cesárea previa (Guisado, 2016).



## **TRATAMIENTO**

Dos variables determinan en el manejo de la placenta previa: la edad gestacional y la intensidad de la hemorragia. En la actualidad el manejo conservador y el uso liberal de la cesárea en lugar de parto vaginal, han sido los responsables de la notable reducción de las tasas de mortalidad materna y perinatal (Botero, 2008).

### **Recomendaciones en placenta previa sintomática**

Se recomienda un tratamiento conservador para alcanzar la madurez fetal en aquellas gestantes en las que no exista compromiso hemodinámico materno ni compromiso fetal en las siguientes condiciones:

- Hemorragia leve.
- Gestante hemodinámicamente estable, no en fase activa de parto.
- Edad gestacional menor a 36-37 semanas.
- Feto vivo, sin compromiso del bienestar fetal.
- El tratamiento conservador para manejo de las gestantes incluirá:
  - Estabilización hemodinámica.
  - Maduración pulmonar.
  - Tocólisis en caso de ser necesario.
  - Valoración del bienestar fetal (MSP, 2017).

Se recomienda en las gestantes con placenta previa sintomática, controladas mediante tratamiento conservador, finalizar la gestación de forma electiva a la semana 37. Si durante el tratamiento conservador en la gestante se presenta hemorragia abundante, inestabilidad hemodinámica materna, pérdida del bienestar fetal, se deberá realizar una cesárea de emergencia (MSP, 2017).

### **Maduración pulmonar**

Iniciar madurez pulmonar fetal desde las semanas 24 hasta las 34 semanas completas de gestación. Aplique esquema de maduración pulmonar:



Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis o dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis (Siteal, 2018).

**El manejo tocolítico se realizará de manera preferencial con nifedipina.**

El uso de tocolíticos está indicado en gestantes con riesgo de parto prematuro, para posponer el nacimiento en al menos 48 horas, favoreciendo el efecto de la maduración pulmonar, reduciendo la morbimortalidad neonatal.

Dosis inicial: 10 a 20 mg vía oral (no utilizar la vía sublingual por el riesgo de descenso brusco de la presión arterial y de la consecuente caída del flujo útero-placentario). Repetir cada 20 minutos si no han disminuido las contracciones. Dosis máxima durante la primera hora: 60 mg. Mantenimiento: 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas, espaciando la toma de acuerdo al cese de las contracciones uterinas. Dosis máxima total: 160 mg/día. Duración del tratamiento: 48 horas como máximo (MSP, 2017).

**Recomendaciones en placenta previa asintomáticas**

En las gestantes con un diagnóstico confirmado de placenta previa oclusiva total, se realizará parto por cesárea. En las gestantes con un diagnóstico confirmado de placenta previa de implantación baja o marginal baja, en las que la placenta está a menos de 2 cm del orificio cervical interno, se recomienda finalizar el embarazo mediante parto por cesárea. Se recomienda que previo a la realización de la cirugía, el equipo quirúrgico conozca la localización de la placenta mediante ultrasonografía preoperatoria para determinar el sitio óptimo de la incisión uterina y evitar complicaciones durante el procedimiento. Se recomienda realizar una cesárea segmentaria transversa si la inserción de la placenta no se extiende hacia la pared uterina anterior por encima de la reflexión vesical. Evitando atravesar la placenta para llegar a cavidad uterina y provocar hemorragia (MSP, 2017).

**Recomendaciones sobre el manejo de anemia**



Se recomienda, durante el período prenatal, realizar la prevención y el tratamiento de la anemia, manteniendo los niveles de hemoglobina por encima de 11 g/dl en el primer trimestre y de 10,5 g/dl en el segundo trimestre, según la guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2017).

En mujeres RhD negativas, no sensibilizadas y que presenten un evento sensibilizante como hemorragia anteparto debido a placenta previa o con signos de acretismo, se debe administrar mínimo 250 UI de inmunoglobulina anti D vía intramuscular hasta 72 horas luego del evento (MSP, 2017).

#### **Finalización del embarazo:**

- Cesárea en placenta previa oclusiva total o parcial.
- Parto por cesárea electiva en mujeres asintomáticas, a las 38 semanas de gestación o antes de 36-37 semanas de gestación para las que tienen sospecha de placenta previa con acretismo.
- Placenta de inserción baja o previa marginal con dilatación cervical avanzada (> 8 centímetros) y las condiciones obstétricas (pelvis adecuada al producto actual y no sangrado profuso) realizar amniotomía y esperar el nacimiento por vía vaginal.
- Si la placenta es baja o marginal y el cuello uterino no es favorable para el trabajo de parto y existe o no sangrado, practicar cesárea (Siteal, 2018).



## **1.1 JUSTIFICACIÓN**

La placenta previa durante el periodo de gestación o el parto representa una complicación en el embarazo la cual puede llevar a hemorragias graves con nefastas complicaciones para la madre y el bebe.

Por las complicaciones obstétricas y neonatales que se presentan como episodios de hemorragias que conllevan a las atenciones de emergencia y hospitalización, la necesidad de transfusiones sanguíneas, los partos prematuros, la atención en cuidados intensivos del recién nacido, las histerectomías, la muerte neonatal, la muerte materna, de la condición de morbimortalidad de la madre y producto , hacia el impacto económico que estas circunstancias derivan, conociéndose los factores de riesgo actualizados podemos prevenir las complicaciones enunciadas. Por todo ello nos es necesario un estudio descriptivo de los factores de riesgos en gestantes con diagnóstico de placenta previa, para prevenir complicaciones, y establecer un monitoreo en la calidad de atención madre-niño (Guisado, 2016).

El problema de Placenta Previa resulta ser de gran importancia obstétrica ya que de su investigación continua y estudio racional en su manejo, contribuye en beneficio a la mayoría de gestantes susceptibles que padecen este trastorno obstétrico que de no haberse tomado las medidas correctas y oportunas del caso, tendría un impacto desfavorable en la obtención de un desarrollo normal del embarazo que afectaría el bienestar del Binomio Madre-Hijo.

Es por eso que en el año 2000 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) la meta 5A que consiste en reducir a tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015; uno de los objetivos del Milenio propone: Mejorar la Salud Materna, reduciendo la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes, a nivel nacional, la reducción de la mortalidad materna –perinatal es una prioridad y se refleja en las metas del Plan Nacional de Desarrollo en el objetivo



uno: “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” (Carbajal, 2014).

El presente caso en estudio se desarrolla mediante la inquisición de la historia clínica de una paciente de 34 años de edad con embarazo de 32.2 semanas de gestación por FUM, que acude por presentar hemorragia transvaginal y a través de la ecografía obstétrica se corroboró el diagnóstico de placenta previa oclusiva parcial.

El desarrollo de esta investigación tiene la finalidad de conocer la importancia del diagnóstico y tratamiento adecuado de la placenta previa, mediante una detallada investigación basada en los riesgos materno fetal y las alternativas para un tratamiento eficaz, con el fin de beneficiar al conocimiento propio y demás, y de esta manera obtener una mayor capacidad de resolución para manejar esta patología obstétrica y evitar complicaciones materno fetal.





## **1.2 OBJETIVO GENERAL**

- Fundamentar la importancia del diagnóstico y manejo oportuno de la placenta previa para de este modo disminuir la morbimortalidad materna fetal.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Investigar los fundamentos teóricos con relación a la placenta previa oclusiva de las gestantes.
- Detallar los riesgos materno fetal ocasionados por la placenta previa durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.
- Describir las alternativas más eficaces y seguras para el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de placenta previa.



### 1.3 DATOS GENERALES

- Nombre: NN
- Documento de Identificación: 0201774775
- Edad: 34 años
- Género: Femenino
- Etnia: Indígena
- Estado Civil: Divorciada
- Ocupación: quehaceres domésticos
- Religión: católica
- Residente: Vinchoa
- Dirección: Vinchoa Grande
- Nivel de instrucción: Superior
- Fecha de Ingreso: 10 de octubre del 2019
- Hospital: Alfredo Noboa Montenegro
- FUM: 28/02/2019

## II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

#### Motivo de consulta

Paciente femenina de 34 años de edad acude al servicio de emergencia traída por ECU 911, refiere presentar sangrado transvaginal rojo rutilante en moderada cantidad, sin otros síntomas acompañantes de aproximadamente 3 horas de evolución.

#### ANTECEDENTES PERSONALES.

Hábitos.

- Alimentación: 3 veces al día, rica en carbohidratos y frutas
- Micciones: 4 a 5 veces
- Deposiciones: 2 veces al día



Toxicológicos.

- Alcoholismo: No refiere
- Tabaquismo: No refiere.

Procedimientos Quirúrgicos.

- Cesárea anterior hace 8 años

Alergias

- No refiere.

### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

- Sin antecedentes familiares de importancia.

### **ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS**

- Menarquia: 12 años
- Ciclos menstruales: regulares
- Métodos anticonceptivos: mesigyna
- Inicio de vida sexual activa: 22 años
- Número de parejas: 1
- Papanicolau: hace 3 años
- Gestas 3; Partos 1; Abortos 1; Cesárea 1; Hijos vivos: 2
- Periodo intergésico: 8 años
- Controles prenatales: 3
- Ecografías obstétricas: 1
- Vacunas en el embarazo: incompleta
- Fecha última de menstruación: 28/02/2019
- Edad gestacional: 32.3 semanas de gestación por FUM
- Fecha probable de parto: 05/12/2019



## 2.2 ANAMNESIS

La paciente fue trasladada por el ECU 911 al Hospital Alfredo Noboa Montenegro Noboa al servicio de emergencia de ginecología, paciente al momento hemodinamicamente estable, consiente orientada y refiere presentar sangrado transvaginal rojo rutilante sin coágulos, de moderada cantidad sin otros síntomas acompañantes de aproximadamente 3 horas de evolución.

## 2.3 EXAMEN FISICO

**General:** Usuaria activa, consciente, alerta, orientado en tiempo, espacio y persona

**Cabeza:** normocéfalica

**Cuello:** Sin adenopatías

**Tórax:** Campos pulmonares ventilados, Ruidos cardiacos rítmicos y audibles.

**Mamas:** simétricas, pezones hiperpigmentados, presencia de calostro.

**Abdomen:** a la inspección se evidencia útero aumentado de tamaño, feto único vivo, altura uterina de 32 cm, dorso longitudinal izquierdo, presentación cefálica, actividad uterina esporádica, frecuencia cardiaca de 150 latidos por minutos.

**Genitales:** de múltipara, normohidratada, a la especuloscopia se evidencia sangrado transvaginal rojo rutilante de moderada cantidad, cérvix entreabierto

**Extremidades:** simétricas, móviles, no edema

## EXÁMEN GINECO OBSTETRICO

- Altura uterina: 32 cm
- Posición: Dorso longitudinal izquierdo
- Presentación: cefálica
- Dinámica uterina: esporádica



- Movimientos fetales: presentes
- FCF: 150 lpm

### SCORE MAMA

- Temperatura: 37°C
- Frecuencia cardiaca: 92X´
- Frecuencia respiratoria: 62X´
- Presión arterial: 100/60 mmHg
- Saturación: 96%
- Proteinuria: negativa

Score mama: 0

## 2.4 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

### EXÁMENES DE LABORATORIO DE INGRESO

- Grupo sanguíneo: ORH positivo
- Tiempo de protrombina: 12.7 segundos
- Tiempo de Trombina parcial: 24 segundos.
- Prueba serológica para Sífilis: no reactiva
- Virus de inmunodeficiencia Humana: no reactiva

### HEMOGRAMA

- Leucocitos: 5.300 u/l
- Hemoglobina: 12.2 g/dl
- Hematocrito: 39 %
- Plaquetas: 211.000

### QUÍMICA SANGUÍNEA

- Glucosa: 85.4 mg/dl
- Urea: 10 mg/dl
- Creatinina: 0.58mg/dl



- Ast:17.6 u/l
- Alt:19.2 u/l

#### UROANALISIS

- Píocitos: 1-3
- Eritrocitos: 0-2
- Bacterias: +

#### EXÁMEN ECOGRÁFICO

Feto único vivo presentación cefálica dorso izquierdo, peso fetal de 2186 gramos. Placenta fundida anterior, lateral izquierdo grado I/II de maduración, se extiende cubriendo parcialmente el cuello uterino, hallazgo compatible con, placenta previa oclusiva parcial. Líquido amniótico normal, bolsillo único de 5.67 cm Impresión diagnóstica ecográfica: Embarazo de 33 semanas por eco a considerar placenta previa oclusiva parcial.

#### EXAMENES DE LABORATORIO POSTQUIRURGICO

##### BIOMETRÍA HEMÁTICA

- Leucocitos: 9.400 u/l
- Hemoglobina:8 g/dl
- Hematocrito: 26 %
- Plaquetas: 209.000

#### 2.5 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.

##### DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Mediante su valoración se evidencia un cuadro clínico caracterizado por sangrado genital rojo rutilante de moderada cantidad, característico por su sintomatología de Placenta Previa.

##### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL



- Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta (D.P.PN)
- Rotura uterina
- Rotura del seno marginal

Aunque existen otras patologías que originan un sangrado y que tienen en cierta sintomatología similitud a la placenta previa, como, lesiones vaginales o cervicales (pólipos, neoplasias, traumatismos), rotura de varices vaginales.

### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Placenta previa oclusiva parcial

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

### Origen del problema

Mediante el historial clínico de la paciente, indica factores de riesgo tales como: multiparidad, historia de aborto, antecedente de cesárea y controles prenatales insuficientes.

- **Biológicas:** podemos apreciar que es una paciente de 34 años de edad, con antecedente de multiparidad, cesárea anterior hace 8 años, aborto hace nueve años, factor importante para que se desencadene la evolución de esta patología obstétrica.
- **Física:** actividad activa por los quehaceres domésticos que realiza en su hogar y en el campo.
- **Ambientales:** no está expuesta a tóxicos de alguna fábrica o a industrias que pudieran perjudicar su salud.
- **Sociales:** conserva buena relación con su esposo e hijos, padres, hermanos y vecinos.



**Procedimientos realizados:** se realizó especuloscopia para determinar el origen del sangrado, exámenes de laboratorio y control de bienestar fetal a través de la ecografía.

- Hidratación
- Maduración pulmonar fetal
- Uteroinhibición
- Parto vía alta: cesárea
- Manejo del tercer periodo del trabajo de parto
- Esterilización tubárica bilateral

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

**Score mama:** Para valoración y detección oportuna de complicaciones maternas mediante la toma de los siguientes parámetros: presión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, estado de conciencia y proteinuria.

**Valoración de bienestar fetal:** monitoreo fetal cada 12 horas, constatar normalidad de la frecuencia cardiaca fetal e identificar oportunamente sufrimiento fetal.

**Valoración ginecológica:** la especuloscopia muestra sangrado moderado por OCE, cérvix entreabierto, evaluar la presencia y origen de la hemorragia.

**Ecografía obstétrica:** Se solicita para valorar la condición y posición de la placenta, el volumen de líquido amniótico, biometría fetal peso y edad gestacional.

**Exámenes de laboratorio:** Para determinar mediante los resultados obtenidos una conducta a seguir se solicita: Biometría hemática, Grupo sanguínea, TP TTP, Química sanguínea, VHI, VDRL, Uroanálisis.





**Hospitalización:** El manejo de la placenta previa puede ser ambulatorio, cuando la paciente no presenta ningún tipo de síntomas. Si presenta hemorragia se debe hospitalizar, porque no se puede predecir el desenlace del cuadro (Med Wave, 2008).

**Maduración pulmonar:** administración de corticoides como uso terapéutico para maduración pulmonar con Dexametasona 6mg intramuscular cada doce horas por 4 dosis. Se realiza como profilaxis preventiva ante un posible parto pretérmino.

**Uteroinhibición:** aplicación de tocolíticos como manejo expectante para la inhibición de actividad uterina con Nifedipina 10 mg cada 20 minutos por 4 dosis y luego cada 6 horas.

**Cesárea de emergencia:** Es una intervención cuya indicación surge como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

## 2.8 SEGUIMIENTO

Paciente femenina de 34 años de edad multigesta es ingresada al servicio de emergencia por presentar sangrado transvaginal rojo rutilante de moderada cantidad sin otros síntomas acompañantes, de aproximadamente 3 horas de evolución. Por lo que se decide realizar exámenes de laboratorio y ecografía obstétrica.

Con los resultados de los procedimientos realizados se determina placenta previa oclusiva parcial con embarazo de +/-33 semanas más amenaza de parto pretérmino. Por lo que se decide su hospitalización.

**Fecha y hora de ingreso: 10/10/2019 a las 05:00**

### Manejo Hospitalario

- Valorar score mama cada 8 horas



- Control de sangrado genital
- Monitoreo fetal
- Control obstétrico

### Tratamiento farmacológico

- Se canaliza vía periférica con lactato de ringer 500ml a chorro y luego 40 gotas por minuto
- Maduración pulmonar fetal: dexametasona 6mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis
- Uteroinhibición: nifedipina 10 mg cada 20 minutos por 4 dosis y luego cada 6 horas.
- Analgésico: paracetamol 1g parenteral cada 8 horas

### 17/10/2019 08:00

Usuaría cursó siete días hospitalizada, en el cual no presentó episodio de sangrado transvaginal, ni pérdida de líquido amniótico.

Se realizó monitoreo fetal reactivo, FCF:138 lpm, actividad Uterina: Negativa  
Score mama: 0

### 18/10/2019 a las 20:00

Paciente con 8 días de hospitalización luego de la cual presenta sangrado transvaginal rojo rutilante de leve a moderada cantidad, por lo que se decide terminar el embarazo por vía alta (cesárea).

Por los factores de predisponentes que presentó la paciente se le dio una Asesoría de Planificación Familiar y también optó por una esterilización tubárica.

### INDICACIONES PREQUIRURGICAS

- Autorización para procedimiento quirúrgico
- Hidratación
- Antibioticoterapia profiláctica



- Alistar 2 plaquetas globulares por razones necesarias

## NOTA POSTQUIRURGICA

La paciente no presentó ninguna complicación. Diagnóstico: Parto único por cesárea más planificación familiar (Estilización Tubárica Bilateral).

## EXPLORACION Y HALLAGOS QUIRURGICOS

Útero gestante aumentado de tamaño con múltiples varices en segmento.

Líquido amniótico claro en adecuada cantidad.

Recién nacido sexo femenino

Placenta previa oclusiva parcial sangrante

Anexos macroscópicamente normales

Sangrado 700ml

Se obtuvo producto único vivo de sexo femenino con APGAR 7-8 al minuto del nacimiento con un peso de 2200 gr, Capurro 35 semanas, con diagnóstico de prematuro moderado más Síndrome de Distress Respiratorio, neonato es ingresado a cuidados neonatológico para observación y realización de exámenes complementarios.

**La biometría de control post-cesárea reporta:** Hemoglobina 8 g/dl Hematocrito 26% lo que indica un diagnóstico de anemia moderada se maneja con hierro parenteral con una dosis administrada de 300mg. Se otorga el alta médica a las 48 horas de hospitalización en buenas condiciones generales. Se recomendó para su uso ambulatorio Antibioticoterapia: Cefalexina cada 6 horas por 5 días, analgésico: paracetamol 500mg cada 8 horas e ibuprofeno 400mg cada 8 horas por 3 días, hierro oral 120mg cada día.



## **2.9 OBSERVACIONES.**

En este caso se debe destacar que a la usuaria se le realizaron los procedimientos necesarios para el manejo clínico de acuerdo a los protocolos de la placenta previa.

Del historial obstétrico (3 gestas) multiparidad, un aborto espontáneo hace 9 años, cesárea previa hace 8 años, los cuales son factores predisponentes para desencadenar esta patología obstétrica.

Antes de realizar procedimiento quirúrgico (cesárea) se informó a la paciente, las complicaciones maternas por patologías placentarias y fetales por ser un embarazo pre-termino, acepto y firmo voluntariamente el consentimiento informado.

La cesárea se llevó a cabo sin complicaciones maternas, aunque por la prematurez del embarazo el resultado fue un recién nacido en condiciones desfavorables con diagnóstico de prematuro moderado más Síndrome de Distress Respiratorio, neonato es ingresado a cuidados neonatológico para observación y realización de exámenes complementarios.

Se solicitó biometría de control post-cesárea la que reporta hemoglobina 8g/dl hematocrito 26% dando como diagnóstico anemia moderada, se manejó con hierro parenteral.



## **CONCLUSIONES**

Mediante una minuciosa anamnesis realizada a la paciente, se determina que las causas de la placenta previa oclusiva parcial, probablemente están sujetas a los antecedentes gineco-obstetricos: La multiparidad (gestas tres), un aborto hace nueve años, una cicatriz uterina previa hace ocho años y controles prenatales insuficientes.

En el presente análisis del caso clínico se determina que usuaria tras presentar sangrados de moderada cantidad a repetición. Y sin respuesta favorable al tratamiento se procedió a terminar el embarazo por vía alta(cesárea) para evitar complicaciones placentarias y neonatales.

Debido a la prematurez del embarazo, se obtuvo un neonato prematuro más Síndrome de Distress Respiratorio y en la madre se diagnosticó una anemia moderada post cesárea.

Aquí radica la importancia de los controles prenatales y detectar a tiempo las patologías presentes en el embarazo mediante un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar complicaciones materno fetal.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Antonette, D. (2019). La placenta previa. *Manual MSD version para profesionales*.
- Bonilla, F. (2007). *Obstetricia Reproduccion y Ginecologia basicas*. Buenos Aires: Panamericana.
- Botella, J. (1993). *La placenta*. Diaz de Santos.
- Botero, H. y. (2008). *Obstetricia y Ginecologia*. Bogota: Copyright.
- Carbajal, F. (2014). *Universidad Autonoma del Estado de Mexico*.
- Castellanos, S. A. (2017). *Universidad Autonoma de Honduras*.
- Cevallos, D. M. (2017). *Protocolo de Score Mama y Claves obstetricas indice*. Ambato.
- Dr. Jorge A. Carvajal C. PhD.Dra. María Isabel Barriga C. (2019). *Manual de obstetricia y Ginecologia*.
- Esther, L. (2011). *Seminario La Placenta Previa*. Obtenido de [https://www.chospab.es/area\\_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112\\_1.pdf](https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf)
- Fernandez, J. L. (2017). *Ginecologia y Obstetricia Manual de consulta rapida*. Buenos Aires: Panamericana.
- Gabriela, L. (2016). *Repositorio Universidad Tecnica de Ambato*. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23850/2/L%C3%B3pez%20Novoa%20Gabriela%20Fernanda.pdf>
- Guisado, C. (2016). *Universidad Ricardo Palma*.



- INEC. (2018). *Ecuador en cifras*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
- Med Wave. (2008). *Manejo de distocia intempestiva del parto Distocias placentarias*. Obtenido de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/1655>
- MedlinePlus. (2018). *La placenta*. *MedlinePlus*.
- Melgar, F. P. (2010). *Placenta previa*. *Ucebol*, 44.
- Ministerio de Salud Publica. (2016). *Atención del parto por cesárea*. Quito.
- MSP. (2017). *Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-ANOMALIAS-INSERCION-PLACENTARIA-17-01-2017.pdf>
- MSP. (2017). *Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales*. Quito.
- Olmedo, S. A. (2016). Generalidades sobre placenta previa y acre-tismo placentario. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR –HSJD*, 12.
- OMS. (2017). Factores de riesgo para placenta previa. *Revista Ocronos*.
- OPS, OMS. (2019). *Salud materna*. *Organizacion panamerica de la salud Organizacion mundial de la salud de las Americas*.
- Orfelinda, F. (2017). *Repositorio de Universidad Jose Carlos Mariátegui*. Obtenido de *Placenta y Acretismo Placentario* : [http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/ujcm/255/Orfelinda\\_TrabajoAcademico\\_SegundaEspecialidad\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/ujcm/255/Orfelinda_TrabajoAcademico_SegundaEspecialidad_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Padilla, G. M. (2015). *Placenta Previa*. Obtenido de <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/30/3/GRETEL%20MARTINEZ%20PADILLA%20-%20PLACENTA%20PREVIA.pdf>



Perez Aliaga Carlos. (2011). Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. *Peruana de Ginecología y obstetricia*, 20.

Poblete, E. O. (2013). *Alto riesgo obstetrico*. Chile: Ediciones.

Raquel, L. (2020). La placenta previo o baja, riegos que tiene y como se trata. *20 minutos*.

Reece A, H. J. (2010). *Obstetricia Clinica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Rigol, O. (2004). *Obstetricia y Ginecologia*. la Habana: Ciencias Medicas.

Siteal. (2018). *Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas*.  
Obtenido de [https://www.siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/ni\\_6199.pdf](https://www.siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/ni_6199.pdf)

Tena, D. G. (2013). *Ginecologia y Obstetricia*. Mexico: Alfil.

Universitario, Clinic Barcelona Hospital. (2012). La placenta. *Protocols medicina fetal y perinatal*, 4.

Veronica, B. (27 de Junio de 2011). *Repositorio Universidad Católica de Guayaquil*. Obtenido de Atención de enfermería a usuarias con placenta previa: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7358/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-331.pdf>

Veronica, T. (2015). *Repositorio de la Universidad de Guayaquil*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/34320/1/CD%201393-%20TORRES%20MENENDEZ%20VERONICA%20JACQUELINE.pdf>

Vivas, D. G. (2017). *Repositorio de la Universidad de los Andes*.



**ANEXOS**

**EXÁMENES DE LABORATORIO DE INGRESO**

**HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO**  
**CODIGO-HGANM-10102019-25042E**

APPELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	CEDULA DE CIUDADANIA
TENELEMA	CECILIA	MARIANITA	34	0201774775
EMERGENCIA	FECHA DE ENTREGA	10-OCTUBRE-2019	HCL	

<b>1 HEMATOLOGICO</b>		<b>3 COPROLOGICO Y COPROPARASITARIO</b>			
HEMOGLOBINA	39 %	NB	12.7 g/dl	VCM	86
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION PLAQNETAS				HCM	28.5
LEUCOCITOS	5.300			CHCM	33.3
METAM	%	BASO F	%	FACTOR RH	POSITIVO
CAYAD	%	MON OC	%	COOMBS	
SEGME	68 %	LINFO	29 %	TIEMPO DE COAG T P	12.7 S
EOSIN	3 %	ATIP	%	TIEMPO DE SANG T P	24.8 S
ANALISTA RESP: LIC. MARCO JARA		ROTAVIRUS:			

<b>2 UROANALISIS</b>		<b>4 QUIMICA</b>									
ELEMENTAL		MICROSCOPIO		DETERMINACION	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA	DETERMINACION	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
DENSIDAD	1.020	ASPECTO	TRANSP	GLUCOSA EN AYUN	85.4	mg/dl	70-115	TRANSAMINASA PIRUVICA (AST)	17.6	u/l	31-41
pH	5	PIOCITOS /C	1-3	GLUCOSA 2 HORAS		mg/dl	110-130	TRANSAMINASA OXALACETICA	19.2	u/l	31-35
PROTEINA		ERITROCITOS /C	0-2	UREA	10.0	mg/dl	15-50	FOSFATASA ALCALINA		u/l	Mn170
GLUCOSA		CELULAS EP	ESCASAS	CREATININA	0.58	mg/dl	0,6-1,1	FOSFATASA ACIDA		mg/dl	Mn 200
CETONA		BACTERIAS	+	BILIRUBINA TOTAL		mg/dl	Mn1,1	COLESTEROL TOTAL		mg/dl	My35
HEMOGLOBINA		HONGOS		BILIRUBINA DIRECTA		mg/dl	Mn0,2	COLESTEROL HDL		mg/dl	
BILIRUBINA		MOCO		BILIRUBINA INDIRECTA		mg/dl	Mn0.85	COLESTEROL LDL		mg/dl	
UROBILINOGENO		CRISTALES		PROTEINA TOTAL		g/dl	5,7-8,0	TRIGLICERIDOS		mg/dl	75-150
NITRITO		CILINDROS		ALBUMINA		g/dl	3,5-5,2	HIERRO SERICO		u/l	Mn100
LEUCITOS				GLOBULINA		g/dl	2,3-3,3	AMILASA		u/l	Mn 60
GRAM:				ACIDO URICO		mg/dl	2,3-8,2	LIPASA		u/l	
ANALISTA RESP: LIC. MARCO JARA		ANALISTA RESP: LIC. MARCO JARA									

<b>5 SEROLOGIA</b>			<b>6 SECRECIONES VAGINALES</b>		
VIH	NO REACTIVO	ASTO			
VDRL	NO REACTIVO	LATEX			
TORCH		PCR			
ANALISTA RESP: LIC. MARCO JARA					

<b>7 AGLUTINACIONES FEBRILES</b>		<b>8 OTROS</b>	
		CRISTALOGRAFIA	
		PSA	

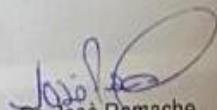


## ECOGRAFIA OBSTETRICA

SRA. CECILIA NINABANDA TENELEMA 0201774775 34 AÑOS

Feto único vivo presentación cefálica dorso izquierdo, situación longitudinal. Actividad cardíaca positiva, movimientos fetales presentes. Cerebro sin alteraciones. Corazón con cuatro cavidades, Riñones sin patología. FCF: 151 x min. DBP: 82 mm. CC: 305 mm FEMUR: 82 mm CA: 294 mm. Peso aproximado de 2186 gramos. Sexo femenino. Líquido amniótico normal, bolsillo único de 5.67 cm. Placenta fúndica anterior, lateral izquierda grado I/II de maduración, se extiende cubriendo parcialmente el cuello uterino, hallazgo compatible con, placenta previa oclusiva parcial.

CONCLUSIÓN: EN PRINCIPIO EMBARAZO DE 33 SEMANAS +/- 1 SEMANA DE AMENORREA- A CONSIDERAR PLACENTA PREVIA .

  
Dr. José Remache.

MÉDICO RADIOLOGO  
MSP.1031-R06-13-70

**INFORME POSTQUIRURGICO-CESAREA**

NOMBRE		APELLIDO	SEXO (M-F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA C
TANM.		Cecilia Mercedes	F	12	02017741

REGISTRAR EN ROJO LA ADMINISTRACION DE FARMACOS Y OTROS PR  
(EN)

EVOLUCION		2 PRESCRIPCIONES		
D)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERÍA Y OTRO PERSONAL)	FIRMAR AL PIE PRESCRIP ADMII FARM INSU
2019	3h30-	<p><b>NOTA POSTCESAREA.</b></p> <p>Bajo norma aseptica y controlada                      prueba oncológica realizada                      con Dg. Embrío 33sema.                      + Placenta Pravia Sangrante                      + Perdida Satisfecha.</p> <p>Se realiza:                      Cesarea + Estabilización                      febril bilateral.</p> <p>Hallazgos</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utero gestante aumentado tamaño a nivel de segmento uterino múltiple varios uterinos.</li> <li>2. Líquido amniótico claro adecuada cantidad.</li> <li>3. RN vivo sexo femenino. APGAR: 7-8. Peso: 2200gr. Talla 44,5cm. Cerebro: 35sema.</li> <li>4. Placenta previa adhesiva parcial.</li> <li>5. Anexos macroscópicos normales.</li> <li>6. Sangrado + 400ml.</li> </ol> <p>TA: 114/60 FC: 89                      FR: 22 T: 38,8                      Sat 93% Alerta                      Pruebas Negativas.</p> <p>SCORE MAMA (0)                      Utero contenido, loquios poca cantidad.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NPO x 4h luego dieta blanda ✓</li> <li>2. SCORE mamario c/8h ✓</li> <li>3. CGV c/15min x 2h ✓</li> <li>4. Control AFV y suprado c/15min x 2h ✓</li> <li>5. Masaje uterino c/15min x 2h ✓</li> <li>6. Solución Salina 0,9% 1000cc ✓                          + 10cc oxitocina IV 30pr ✓</li> <li>7. Cefazolina 1g IV q6h ✓</li> <li>8. Metorolol 60 y 20 q6h ✓</li> <li>9. Paracetamol 1gr IV q6h ✓</li> <li>10. Paracetamol 50 y 20 q6h ✓</li> <li>11. Tabaxa sardi verbal 8h ✓</li> <li>12. BH: 6h ✓</li> <li>13. Necesidad ✓</li> </ol> <p><i>Juan M. Cevallos</i></p> <p>Dr. Juan José Granda S.                      REG. Nº 15-86055996                      GINECOLOGO                      ESPECIALISTA</p>	



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

---

