



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD

CARRERA DE OBSTETRICIA

Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Obstetrix/Obstetra.

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

“Conducta obstétrica ante embarazo de 31 semanas más desprendimiento prematuro de placenta más óbito fetal”

AUTOR

Andrea Julyssa Bricio Quintana

TUTOR

Dra. Katterine Vásquez Bone

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021



INDICE

AGRADECIMIENTO	4
DEDICATORIA	5
TEMA	6
RESUMEN	7
SUMMARY	8
INTRODUCCION	9
I. MARCO TEORICO	10
DEFINICION	10
EPIDEMIOLOGIA.....	10
FISIOPATOLOGIA.....	11
CLASIFICACION.....	11
ETIOPATOGENIA.....	12
FACTORES DE RIESGO.....	13
SINTOMAS	14
COMPLICACIONES MATERNAS.....	15
DIAGNÓSTICO	17
TRATAMIENTO	18
1.1. JUSTIFICACION	19
1.2. OBJETIVOS	20
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	20
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
1.3. DATOS GENERALES	21
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	21
2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	21
2.2. HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE	22
ANAMNESIS.....	23
2.3. EXPLORACION CLINICA	23
2.4. EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	24
2.5. FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	26
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:	26
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:	26
DIAGNOSTICO DEFINITIVO:.....	26



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



2.6. ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR. 26	
Origen del problema	26
Procedimientos a realizar	26
2.7. INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	27
2.8. SEGUIMIENTO	28
2.9. OBSERVACIONES	29
CONCLUSIONES.	29
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	30
ANEXOS	32



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



AGRADECIMIENTO

Después de un largo periodo que nos enseñó a valorar muchas cosas, tengo mucho que agradecerle a Dios, agradezco la vida, agradezco el tener a mi familia, a pesar de no estar completa.

A mis padres WILLIAM y MARIELA por su gran amor y apoyo que han depositado en mí, los amo y no podría estar más feliz al celebrar un logro más junto a ustedes.

A mi hermana LILIANA, por su cariño y por el apoyo brindado a lo largo de mi formación universitaria.

A mi pequeño amor mi sobrino MATTHEWS por ser mi motor, mi fortaleza, por cada día animarme con sus muestras de cariño.

A mi esposo ADILSON que ha sido mi apoyo incondicional en todo el proceso, en los buenos y malos momentos, gracias por creer en mí, en que lo lograría y hoy estar junto a mi celebrándolo.

A cada uno de los docentes que estuvieron guiándome en este trayecto, por sus conocimientos y su afán de formar grandes profesionales.

Al gran equipo de profesionales que compartieron conmigo a lo largo de mi internado que me brindaron sus conocimientos y experiencias con paciencia y cariño, un equipo que me recibió con las manos abiertas con los que compartí muchos momentos especiales.

Andrea Bricio Q.



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



DEDICATORIA

Dedico este logro principalmente a Dios por darme la sabiduría y siempre guiar el caminar de mi vida, por darme la fortaleza necesaria para no desfallecer, también va a dedicado a mis padres WILLIAN Y MARIELA por ser mi pilar fundamental que con su apoyo incondicional me ayudaron a lograr culminar mi carrera profesional. A mi hermana por estar presente en cada momento de dificultad y de felicidad, A mi esposo por estar siempre a mi lado apoyándome en cada paso, A mi papi JUPI por tenerme siempre en sus oraciones pidiéndole a Dios que cuide de mí, a mi mami TILE, la persona más importante que hoy no está a mi lado, pero sé que desde el cielo está muy orgullosa de mí, su partida me lleno de muchas más fuerzas de cumplir este sueño y aquí estoy, lográndolo por ustedes.

Andrea Bricio Q.



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



TEMA

“CONDUCTA OBSTETRICA ANTE EMBARAZO DE 31 SEMANAS MAS
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA MAS OBITO FETAL”



RESUMEN

El desprendimiento prematuro de placenta se define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente insertada antes del inicio del parto. Esto se produce en un 0,4-1% de las gestaciones. Esta patología se asocia a una elevada morbimortalidad materno-fetal. Por tal motivo se decide dar estudio y seguimiento a dicha patología en el caso de una paciente de 33 años de edad granmúltipara con Desprendimiento Prematuro de Placenta y Embarazo de 31 semanas con feto único y frecuencia cardiaca fetal ausente, el mismo que se presentó en el Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López.

El diagnóstico se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. El empleo de la ecografía tiene una utilidad muy limitada para el diagnóstico debido a su baja sensibilidad. La actitud va a estar condicionada por el estado materno y fetal, el grado de desprendimiento placentario y la edad gestacional en el momento del diagnóstico.

En este documento se refleja la situación que atraviesa el personal de salud y la madre debido a las complicaciones que se presentan, por lo cual se decide la interrupción inmediata del embarazo a causa del óbito fetal provocado por un desprendimiento de placenta a las 31 semanas de gestación.

PALABRAS CLAVE: Desprendimiento Prematuro De Placenta Normoinsertada, Morbi-Mortalidad, Granmúltipara, Óbito Fetal.



SUMMARY

Placental abruption is the partial or complete separation of a placenta, it is normally inserted before the onset labor. This occurs in a range of 0.4- 1% of pregnancy. This pathology is associated with a high maternal fetal morbidity and mortality. As a consequence, a study and a follow up related to this pathology in the case of a 33-year-old grand multipara patient with Premature Detachment of Placenta and Pregnancy of 31 weeks with single fetus and absent fetal heart rate, the same that was presented at the Basic Hospital Dr. Rafael Serrano Lopez

Diagnosis is based primarily on clinical manifestations. The use of ultrasound has a limited utility for diagnosis due to its low sensitivity. The attitude will be conditioned by the maternal and fetal state as well as the degree of placental abruption and the gestational age at the time of diagnosis.

This document reflects the situation healthcare professional and women face, due to the placental abruption at 31 weeks gestation, therefore, the immediate termination of pregnancy due to fetal-death.

KEY WORDS: Premature Detachment, Normoinserted placenta, Grand multipara, still birth.



INTRODUCCION

El Desprendimiento Prematuro de Placenta normalmente inserta (DPPNI) es la separación prematura, parcial o total, de una placenta normoinserta de su inserción decidual después de la semana 20 o 22 de gestación y antes del periodo del alumbramiento. Se estima que se produce en 6,5 embarazos por cada 1.000 nacimientos. (Parache J T. J., 2003)

El Desprendimiento Prematuro de Placenta se produce por una lesión o malformación vascular en las arterias espirales del miometrio o por la presión existente en los vasos, de esta manera la rotura de un vaso arterial en la decidua basal producirá una hemorragia que se transformará en hematoma, este hematoma ira despegando la cara materna de la placenta del útero produciendo el desprendimiento. (Romero, Agosto 11, 2020)

La importancia del estudio de este caso ante una paciente granmultípara que cursa un embarazo de 31 semanas más desprendimiento prematuro de placenta es dar a conocer las causas de esta patología que podrían provocar complicaciones en el binomio materno-fetal evitando el paso del oxígeno hacia el feto y una significativa pérdida de sangre en la madre.

El desprendimiento prematuro de placenta es una situación de emergencia según su grado, en el caso de un desprendimiento total se deberá interrumpir el embarazo inmediatamente mediante cesárea, es frecuente que se obtenga como producto un bebe muerto.



I. MARCO TEORICO

DEFINICION

El desprendimiento prematuro de placenta es un problema durante el embarazo en el que la placenta se separa de la pared del útero en forma muy temprana. La placenta es un órgano redondo y plano que se forma durante el embarazo. Le proporciona al bebé alimento y oxígeno de la madre.

- Durante un embarazo normal, la placenta se mantiene firmemente adherida a la pared interna del útero hasta que el bebé haya nacido.
- Con el desprendimiento prematuro de placenta, la placenta se separa (se desprende) de la pared del útero demasiado temprano, antes del nacimiento del bebé. (El personal de Healthwise, 2021)

El desprendimiento prematuro de placenta puede ser muy perjudicial. En raras ocasiones, puede causar la muerte.

- El bebé puede nacer demasiado temprano (prematuro) o con bajo peso.
- La madre puede perder mucha sangre.

El desprendimiento prematuro de placenta suele suceder en el tercer trimestre. Pero puede suceder en cualquier momento después de la semana 20 de embarazo. También se llama desprendimiento placentario o abrupción placentaria. (El personal de Healthwise, 2021)

EPIDEMIOLOGIA

El desprendimiento prematuro de placenta es más frecuente en multíparas y en mujeres de edad avanzada (ambos factores pueden relacionarse, no obstante, hoy en día es más frecuente la mujer primigesta con edad avanzada). Es posible que existan además factores raciales, aunque también podrían relacionarse con condiciones socioeconómicas. En general, se estima que se producen síntomas expresivos en 1/500 partos, considerando el total de desprendimiento prematuro de placenta en 1/100 partos. (Gallegos, 28/03/2008)



FISIOPATOLOGIA

El inicio de su fisiopatología es una hemorragia en la decidua basal; en muchos casos la fuente del sangrado es un pequeño vaso arterial que se rompe debido a una alteración patológica de este, pero en otros casos, la hemorragia se inicia a partir de un vaso feto-placentario. El resultado es que la decidua se diseca progresivamente por el hematoma formado, quedando una fina capa de esta en contacto con la cara materna de la placenta y el resto permanece unida al miometrio. (Valdez, 2015)

Un aspecto muy interesante es la alta tasa de sufrimiento fetal, aun a pesar de pequeños desprendimientos. La lesión de los vasos placentarios y deciduales pueden poner en marcha la síntesis de sustancias que aumentan la contracción uterina, en especial las prostaglandinas, lo que condicionaría un incremento de la actividad uterina con el aumento del número, intensidad y duración de las contracciones uterinas, así como del tono uterino, que cuando sobrepasa los 15mmHg provoca disminución del intercambio gaseoso y consecuentemente sufrimiento fetal. (Valdez, 2015)

Existen varios mecanismos fisiopatológicos, quizás el más importante sea la rotura por lesión (isquemia) de los vasos sanguíneos de la decidua basal, produciéndose extravasación sanguínea y formación del hematoma, el cual al crecer producirá mayor separación de la masa placentaria y aumentará los desgarros vasculares, llevándolo a extravasación sanguínea. (Valdez, 2015)

CLASIFICACION

- ✓ **GRADO 0:** Sin manifestaciones clínicas. Diagnóstico post/parto
- ✓ **GRADO I:** Desprendimiento leve (Menor al 30%), Estado materno conservado, Útero normal o ligera hipertonia, Sangrado escaso, No hay compromiso del bienestar fetal.

Laboratorio: Fibrinógeno mayor de 150 mg% Coágulo firme y sin lisis.

- ✓ **GRADO II:** Desprendimiento moderado (30 –60%) Estado materno afectado (Taquicardia. Hipotensión moderada) Hipertonia uterina.



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



Irritabilidad miometrial con dolor a la palpación, Hemorragia externa moderada. Interna determina crecimiento uterino, Sufrimiento fetal. En algunos casos muerte fetal.

Complementarios: Fibrinógeno entre 120 –150 mg%, Coagulación normal. Lisis del coágulo entre 1 –2 horas.

- ✓ **GRADO III:** Desprendimiento grave (Más del 90%) Estado materno con signos de shock, Dolor abdominal externo (Intenso) Útero de consistencia leñosa, Hemorragia profusa (Interna, externa o mixta) Foco fetal no audible por muerte del feto.

Laboratorio: Fibrinógeno menor a 100 mg%, La sangre puede o no coagular, Lisis antes de la hora. (German E, 2009)

ETIOPATOGENIA

La causa exacta del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (D.P.P.N.) no es aún bien conocida, sin embargo, podemos citar diversos factores predisponentes y precipitantes del accidente. El síndrome hipertensivo del embarazo es la causa más frecuentemente hallada en los desprendimientos que conllevan a la muerte fetal, es decir en las formas graves de esta enfermedad. La hipertensión inducida por el embarazo se da en un 40 a 60%, siendo no menos importante la hipertensión arterial crónica en las madres. Los traumatismos externos, la descompresión brusca del útero en los casos de polihidramnios y embarazo gemelar, como así también la brevedad del cordón ya sea real o aparente y la diabetes pregestacional, se encuentran entre múltiples factores de menor frecuencia que pueden desencadenar el desprendimiento de la placenta. (Vispo Silvina N, OCT, 2001)

Los factores de riesgo asociados de mayor relevancia son la edad materna avanzada > 35 años, la alta paridad, la primiparidad, el tabaquismo, el alcoholismo, las presentaciones viciosas y la endometritis, los cuales contribuyen significativamente en el desarrollo de infartos placentarios y en el D.P.PN.



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



Según la Escuela Uruguaya de Álvarez y Caldeiro: la hipertensión es la causa de todos los procesos de desprendimiento como un fenómeno primitivo aunque también puede aparecer secundariamente agravando el cuadro esto explicaría el mecanismo fisiopatológico. (Vispo Silvina N, OCT, 2001)

En el desprendimiento existe un aumento del tono y la presión intramiométral entonces el miometrio comprime los vasos que lo atraviesan colapsando las venas, no así las arterias, porque su presión es superior a la presión intramuscular.

La sangre que sigue entrando al útero halla dificultades para salir entonces la presión sanguínea de los capilares, venas y lagos sanguíneos sigue aumentando alcanzando valores muy altos hasta que se rompen y dan origen al hematoma y al desprendimiento. A esto también se suman la anoxia y el hecho de que la presión sanguínea intrauterina es siempre mayor a la presión de líquido amniótico lo que facilita aún más el estallido de los vasos. (Vispo Silvina N, OCT, 2001)

Al desprenderse los cotiledones placentarios la sangre materna de los espacios intervelllosos se acumula entre la placenta y la pared uterina constituyendo el hematoma retroplacentario cuyo volumen está en relación con la extensión del desprendimiento, de la cual van a depender las manifestaciones clínicas. (Vispo Silvina N, OCT, 2001)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para el desprendimiento de placenta incluyen:

- ✓ Edad materna avanzada
- ✓ Hipertensión (inducida por el embarazo o crónica)
- ✓ Isquemia placentaria (enfermedad isquémica placentaria) que se manifiesta con una restricción del crecimiento intrauterino
- ✓ Infecciones intraamnióticas (corioamnionitis)



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



- ✓ Vasculitis
- ✓ Otros trastornos vasculares
- ✓ Desprendimiento placentario previo
- ✓ Traumatismo abdominal
- ✓ Trastornos trombóticos maternos adquiridos
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Rotura prematura de membranas , sobre todo en mujeres que tienen polihidramnios
- ✓ Uso de cocaína (riesgo de hasta el 10%) (Dulay, Oct, 2020)

SINTOMAS

Los síntomas de abrupción placentaria (desprendimiento placentario) dependen del grado de desprendimiento y de la cantidad de sangre perdida (que puede ser muy importante).

Los síntomas pueden incluir dolor abdominal repentino, constante o en forma de calambres o cólicos, sensibilidad al palpar el abdomen y una caída peligrosa de la presión arterial (choque o shock). Algunas mujeres no experimentan síntomas. (Dulay, Oct, 2020)

La hemorragia se produce en el lugar en que estaba adherida la placenta. La sangre puede pasar por el cuello uterino y salir por la vagina (hemorragia externa), o bien quedarse retenida detrás de la placenta (hemorragia oculta). Por ello, las mujeres pueden tener o no hemorragia vaginal. Si se produce sangrado, la sangre puede ser de color rojo brillante o rojo oscuro, y el sangrado puede ser continuo o irregular.

El desprendimiento prematuro de la placenta provoca en ocasiones una pérdida abundante de sangre con una coagulación diseminada en el interior de los vasos sanguíneos (coagulación intravascular diseminada), insuficiencia renal , y hemorragia en las paredes del útero, sobre todo en las mujeres embarazadas que también sufren preeclampsia. (Dulay, Oct, 2020)



Cuando la placenta se desprende, el suministro de oxígeno y de nutrientes al feto se reduce. Si el desprendimiento se produce de repente, y disminuye en gran medida el aporte de oxígeno, el feto puede morir. Si se produce gradualmente y con menos extensión, el feto puede crecer menos de lo esperado (restricción del crecimiento intrauterino) o puede haber muy poco líquido amniótico (oligohidramnios). El desprendimiento gradual puede ocasionar menos dolor abdominal y tener menor riesgo de choque (shock) en la madre que el desprendimiento repentino, pero se incrementa el riesgo de rotura prematura subsiguiente de las membranas. (Dulay, Oct, 2020)

COMPLICACIONES MATERNAS

Cuando el desprendimiento no es diagnosticado y tratado a tiempo, podría llevar a complicaciones maternas y fetales, entre estas complicaciones tenemos:

❖ SHOCK HIPOVOLÉMICO

Presente entre 5-15 % de los casos de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta (DPPNI). Determinado por una disminución de la perfusión de los tejidos debido a una disminución del volumen circulante con la consiguiente deficiencia de oxigenación tanto materna como fetal. Hay que tener en cuenta que la gravedad no va en consonancia con la pérdida sanguínea externa ya que se producen hemorragias ocultas.

Ante signos de shock como son palidez, hipotensión, taquicardia, temblor se deben de instaurar medidas para la reposición de volumen con solución salina y cristaloides y solicitar urgentemente sangre para su transfusión. El control de la perfusión tisular se puede realizar con una sonda de Foley ya que refleja por la diuresis el estado renal que se considera bueno si es de más de 60 ml/h y malo con menos de 30 ml/h. (Calderón, 2014)

❖ UTERO DE COUVELAIRE

Proceso hemorrágico de la musculatura uterina que acompaña al desprendimiento de placenta grave. La sangre extravasada discurre entre las



fibrillas musculares y por debajo del peritoneo uterino y el útero no se contrae bien.

❖ **COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID)**

Se presenta en aproximadamente el 10% de los casos, aumentado si se trata de un desprendimiento severo. Su aparición en casos de desprendimiento leve es mínima.

El sistema de coagulación que existe en el organismo se pone en marcha para la formación de trombos mediante dos vías: la vía intrínseca que está iniciada por las plaquetas o la vía extrínseca que está inducida por la acción de la tromboplastina tisular sobre la sangre. Ambas vías convergen en la formación de trombina. Para el control de este sistema de gran potencia está el sistema fibrinolítico que se encarga de la destrucción de los trombos formados. Ambos sistemas se encuentran en equilibrio. (Calderón, 2014)

Ante un Desprendimiento de Placenta Normo Inserta (DPPNI) se produce liberación a la sangre de tromboplastina tisular que va a activar la cascada de la coagulación produciendo:

- Aumento en el consumo de fibrinógeno y de factores de coagulación que producirán microtrombos que se localizarán en órganos distales.
- Aumento de los productos de degradación del fibrinógeno que inhiben la trombina dificultando en un segundo tiempo la coagulación.
- Activación del sistema fibrinolítico lo que produce destrucción del fibrinógeno y de la fibrina lo que agrava el cuadro. (Calderón, 2014)

Por todo ello se producirá una disminución de los depósitos de fibrinógeno, de factores de la coagulación plasmáticos y de las plaquetas y los pocos que queden se usaran en la formación de nuevos trombos creándose así un círculo vicioso.

❖ **NECROSIS ISQUÉMICA DE ÓRGANOS DISTALES**



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



Es una complicación severa para la madre y se debe a la hipovolemia. Afecta a riñones, suprarrenales, hipófisis (Síndrome de Sheehan o necrosis hipofisaria), e hígado.

Debido a la anoxia y a los depósitos de fibrina que se producen puede aparecer necrosis tubular aguda renal o necrosis cortical aguda y bilateral. Se manifiestan ambas mediante oligoanuria, aunque hay que tener en cuenta que la necrosis tubular aguda puede aparecer tarde en el contexto de un desprendimiento, aunque suele ser reversible.

La necrosis cortical aguda es de aparición más precoz y de carácter irreversible ya que se debe fundamentalmente a depósitos de trombina en las arterias interlobulares.

❖ **COMPLICACIONES FETALES:**

Se incluyen la hipoxia y sufrimiento fetal, crecimiento intrauterino retardado, prematuridad, anemia, y óbito. (Calderón, 2014)

DIAGNÓSTICO

La presentación clínica son los síntomas clásicos de desprendimiento placentario: sangrado vaginal oscuro y dolor abdominal. Es importante saber sin embargo que el desprendimiento puede ocurrir con ninguno de estos signos. La cantidad del sangrado no tiene relación con el grado de desprendimiento. Al examen físico se puede encontrar un útero hipertónico y contracciones uterinas frecuentes. Además, se puede encontrar bradicardia fetal si el grado de desprendimiento es severo. Al igual que en cualquier sangrado vaginal que se presente durante el embarazo el examen vaginal debe iniciarse con la especuloscopia para hacer diagnóstico diferencial con otras etiologías como placenta previa. (Acuña, Dic, 2017)

La ecografía es útil para identificar un hematoma retroplacentario y para excluir otros trastornos asociados con sangrado vaginal y dolor abdominal. La identificación de un hematoma retroplacentario es el hallazgo ecográfico clásico del desprendimiento placentario y apoya firmemente el diagnóstico clínico, pero



está ausente en muchas otras pacientes. La sensibilidad de la ecografía para el diagnóstico del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta (DPPNI) es baja, oscilando entre el 25-50%, por tanto, la ausencia de hallazgos en la ecografía no excluye la posibilidad de un DPPNI. (Acuña, Dic, 2017)

TRATAMIENTO

El manejo dependerá del compromiso fetal (feto vivo o muerto), edad gestacional y del grado de compromiso hemodinámico materno:

Cuando el feto está vivo y tenemos la alta sospecha de que se trata de un DPP (generalmente hay sufrimiento fetal), el término de la gestación por la vía más rápida posible será la medida más adecuada, para los casos de gestaciones a término. En casos de gestaciones pretérmino, en las cuales se tenga la sospecha de un Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP), pero no esté comprometida la salud fetal, ni el estado hemodinámico materno (como casos de amenaza de parto pretérmino con sangrado transvaginal escaso) se podría tener una conducta expectante, con estricto monitoreo de las funciones vitales de la madre y monitoreo electrónico fetal y, ante alteraciones de las mismas, la conducta más adecuada sería una cesárea de emergencia, independientemente de la edad gestacional. En los casos más severos con feto muerto, generalmente el desprendimiento es superior al 50%; la asociación de Coagulación Intravascular Diseminada (CID) es 30%. En estos casos, el manejo comprenderá:

- Parto vaginal a la brevedad, de ser posible; en caso contrario, se procede a realizar cesárea.
- Estabilización hemodinámica, para lo cual usamos cristaloides y coloides y, de ser necesaria, la transfusión de hemoderivados. (clinic, 2020)

Debemos tener en cuenta que una vez que se produjo la expulsión del feto y la placenta, el útero debe contraerse para calmar el sangrado. Pero, en los casos más severos de Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP), generalmente con sangrado oculto, nos podemos encontrar con el miometrio totalmente infiltrado por sangre (útero de Couvelaire), lo cual dificulta su capacidad contráctil, además de presentarse en estos casos trastornos de la coagulación que pueden



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



agravar la hemorragia posparto; por lo que son necesarios el masaje uterino intenso, el uso de uterotónicos, ligadura de arteria hipogástricas e incluso histerectomía de emergencia. (clinic, 2020)

1.1. JUSTIFICACION

La importancia del estudio de este caso es para informar sobre la problemática que existe a nivel de salud gineco-obstétrica, mi interés en el presente trabajo es concientizar a las mujeres que cursan por un embarazo o están en planificación, sobre las posibles complicaciones a las que están expuestas al no tener sus debidos cuidados.

Este caso trata sobre una paciente de 33 años de edad que cursaba un embarazo de 31 semanas con riesgo alto no modificable por su granmultiparidad, obesidad e insuficientes controles prenatales, presentó contracciones dolorosas y sangrado vaginal escaso, fue diagnosticada como desprendimiento prematuro de placenta normoinserta generando complicaciones graves para el binomio madre-hijo.

La especialidad de Obstetricia tiene como finalidad la prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones maternas, como profesional de la salud mi interés es disminuir la incidencia de muertes perinatales y por medio del presente estudio llegar a las mujeres haciéndoles conocer sobre los factores de riesgo y diversas enfermedades durante la gestación.

Pero la tasa de mortalidad materna —la proporción de madres que no sobreviven al parto en comparación con las que lo hacen— en las regiones en desarrollo es todavía 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas. (ONU, 2020)



1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Establecer los factores y complicaciones relacionadas al desprendimiento prematuro de placenta en una paciente de 33 años granmúltipara en el hospital Rafael Serrano López.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Analizar la incidencia de mortalidad materno-fetal por desprendimiento prematuro de placenta.
- ✓ Indicar la relevancia del control prenatal durante el embarazo.
- ✓ Establecer los factores predisponentes del desprendimiento prematuro de placenta



1.3. DATOS GENERALES

Código: GOTIMIJA	Edad: 33 años
Género: Femenino	Fecha de nacimiento: 01/01/87
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama de casa
Nivel de estudio: 5to de Básica	Raza: Mestizo
Religión: católica	Nivel socioeconómico: Bajo
Domicilio: Barrio 28 de mayo-La Libertad-Santa Elena	Hospital: Básico Dr. Rafael Serrano López

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Andrea Bricio Q.

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino de 33 años de edad que al momento cursa con embarazo de 31 semanas, acude a la emergencia por presentar contracciones dolorosas de aproximadamente 8 horas de evolución acompañado de escaso sangrado vaginal, se realiza valoración ginecológica y se constata hipertonía uterina, además se realiza rastreo ecográfico en el que se corrobora un útero grávido con feto único sin latidos cardiacos por lo que se ingresa para la interrupción inmediata del embarazo.



2.2. HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE

Antecedentes Personales y Familiar		
Antecedentes personales:	patológicos	No refiere
Antecedentes familiares:	patológicos	Madre diabética
Antecedentes quirúrgicos:		No refiere
Antecedentes alérgicos:		No refiere
Hábitos:		No alcohol, no drogas

Antecedentes Gineco-Obstétricos	
Menarquia: 13 años	Ciclos menstruales: 28 días
Planificación familiar: No	Inicio de vida sexual: 15 años
Parejas sexuales: 2	Gestas: 06 Partos: 06
FUM: 20/Marzo/2020	Controles prenatales: 2 CS. Virgen del Carmen
Vacunas: 2	Ecografía en Cs: No
PIG: 1 Año	ITS: Ninguno

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Andrea Bricio Q.

Primera atención de la paciente (17/10/2020)

Preparación:

Peso: 68.5 kg	Talla: 149.2 cm
----------------------	------------------------



Score mama: 2	TA: 110/70 FC: 113 T: 36.7°C FR: 20 Rx` SPO2: 98% ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta PROTEINURIA: Negativo
----------------------	---

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Andrea Bricio Q.

ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino granmultípara de 33 años de edad orientada en tiempo, espacio y persona. Sin signos ni síntomas neurológicos aparentes, Glasgow 15/15, acude a la emergencia del Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López por presentar contracciones dolorosas acompañado de sangrado vaginal en escasa cantidad de aproximadamente 8 horas de evolución. Paciente que al momento cursa con embarazo de 31 semanas por ecografía del segundo trimestre es atendida en la emergencia donde se realizan exámenes de laboratorio y ecografía obstétrica para corroborar bienestar fetal donde se confirma un diagnóstico de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta con Sufrimiento Fetal. Por todo lo anterior siguiendo los criterios de las guías práctica clínica del Ministerio de Salud Pública se ingresa para la interrupción inmediata del embarazo previa recepción de resultado de la biometría que informa: Hemoglobina de 8.4 y Hematocrito 25, por lo cual se solicita un mínimo de 2 unidades de glóbulos rojos a otras unidades de salud.

2.3. EXPLORACION CLINICA

EXAMEN FISICO

- **Neurológico:** Paciente orientada en tiempo, espacio y persona, que responde al interrogatorio con lenguaje claro y coherente, no focalización neurológica.



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



- **Cabeza:** Normocéfala, mucosas normocoloreadas y húmedas, vías aéreas libres, pabellón auditivo sin patología.
- **Cuello:** Simétrico y sin adenopatías.
- **Tórax:** Simétrico y con buena expansibilidad.
- **Aparato Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos y de buen tono, no soplos, tensión arterial 110/70, frecuencia cardiaca de 113.
- **Aparato Respiratorio:** Murmullo vesicular audible, no estertores, frecuencia respiratoria de 20.
- **Abdomen:** Distendido por el embarazo, altura uterina de 36 cm, frecuencia cardiaca fetal ausente, dinámica uterina aumentada (hipertónico).
- **Tacto Vaginal:** Cuello posterior de multípara entreabierto con escasa salida de sangre por canal vaginal.
- **Extremidades:** Sin edemas.

2.4. EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Ecografía del Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López (17/10/2020)

Al rastreo ecográfico: se reporta embarazo de 31 semanas con desprendimiento prematuro de placenta en grado III con feto único con latidos cardiacos ausente.

EXAMENES DE LABORATORIO (18/10/2020)

Hemoglobina	6.9 g/dl
Hematocrito	20 %
Grupo Sanguíneo	O
Factor RH	Positivo
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP):	55 sg
Tiempo de protrombina (TP):	5 sg
Glucosa	108.00 mg/dl
Urea	23.20
Creatinina	0.54 mg/dl



Ácido úrico	2.10 mg/dl
Bilirrubina directa	0.55 mg/dl
Bilirrubina total	1.10 mg/dl
TGO	38.50 U/L
TGP	10.50 U/L
VIH	No reactivo
VDRL	Negativo

Medidas generales y terapéuticas

- ✓ Ingreso hospitalario
- ✓ Preparar para cesárea
- ✓ Control de signos vitales
- ✓ vigilar el estado hemodinámico de la paciente.
- ✓ Transfundir hemoderivados
- ✓ dieta líquida en la mañana y blanda hipograsa en la tarde.
- ✓ Apoyo psicosocial
- ✓ Ceftriaxona 1 gramo I.V cada 12 horas.
- ✓ Metronidazol 500 mg I.V cada 8 horas
- ✓ Acido tranexámico 1 gramo I.V cada 8 horas.
- ✓ Paracetamol 1 gramo I.V stat.
- ✓ Ketorolaco 30 mg I.V cada 8 horas.
- ✓ cloruro de sodio al 0.9% 300 ml + hierro 300 mg pasar I.V lento en 3 horas.
- ✓ Balance hídrico.

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Andrea Bricio Q.



2.5. FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

- Embarazo de 31 semanas + hemorragia del tercer trimestre.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Placenta previa

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

- Embarazo de 31 semanas + hemorragia del tercer trimestre.
- Atención materna por muerte intrauterino.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio.
- Parto por cesárea con histerectomía.

2.6. ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Origen del problema

Una vez recopilada toda la información de la paciente, y al observar los signos clínicos presentados se puede determinar un diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta asociado a la granmultiparidad como principal factor de riesgo y un periodo intergenésico corto dando origen a dicha patología.

Procedimientos a realizar

Luego del estudio de este caso y posterior a la examinación de la paciente se procede a establecer el diagnóstico de: (Embarazo de 31 semanas/



Desprendimiento prematuro de placenta Grado III/ muerte fetal intrauterino/ Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio) se procede a realizar el adecuado manejo mediante lo siguiente:

1. Cesárea de emergencia.
2. Histerectomía abdominal total en bloque.
3. Transfusión de hemoderivados.
4. Tratamiento antibiótico.

2.7. INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

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. (Publica, 2015)

Histerectomía abdominal total en bloque: Se extrae el útero a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, de unas seis a ocho pulgadas de longitud. Este procedimiento se suele utilizar cuando se deben extirpar los ovarios y las trompas de Falopio, cuando el útero está agrandado, o cuando la enfermedad se ha propagado a la cavidad pélvica, como en un caso de endometriosis o cáncer. La principal incisión quirúrgica puede ser vertical, desde el ombligo al pubis, u horizontal, a lo largo de la parte superior de la línea del vello púbico. (Stanford Children Healt, 2021)

Transfusión de hemoderivados: Una transfusión es un procedimiento médico relativamente sencillo que utilizan los médicos para reponer las pérdidas de sangre, o de cualquier parte de la sangre, como los glóbulos rojos o las plaquetas.



Las transfusiones se suelen administrar a través de una línea intravenosa, un tubo que se inserta en una vena mediante una aguja muy fina. El procedimiento completo suele durar aproximadamente de dos a cuatro horas, dependiendo de la cantidad de sangre que se necesite. (Maureen F. Edelson, 2012)

Tratamiento Antibiótico: Los antibióticos son medicamentos que combaten infecciones causadas por bacterias en los seres humanos y los animales ya sea matando las bacterias o dificultando su crecimiento y multiplicación. (Division de enfermedades Bacterianas , 2021)

2.8. SEGUIMIENTO

Paciente de sexo femenino es ingresada en el servicio de emergencia Gineco-Obstetricia del Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López, por presentar contracciones dolorosas acompañada de sangrado vaginal escaso. Al momento de la valoración paciente hemodinamicamente estable, afebril, eupneica orientada en tres esferas, a la palpación abdomen grávido, altura uterina 36 cm, con producto único sin presencia de latidos cardiacos fetales e hipertonia uterina, se solicitan exámenes de laboratorio que reporta: hemoglobina 8.4 g/dl, hematocrito de 25%. Por ser paciente con criterio de morbilidad materna extremadamente grave se solicitan dos pintas de sangre a unidades de salud de la provincia. Una vez recabados los resultados de los procedimientos realizados se determina un diagnóstico de: embarazo de 31 semanas/ desprendimiento prematuro de placenta Grado III/ muerte fetal intrauterino/ anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio, por todo lo anterior se prepara a la paciente para la interrupción inmediata del embarazo.

El procedimiento a seguir es el siguiente:

Canalizar dos vías permeables, colocar sonda vaginal, se procede a administrar una unidad de glóbulos rojos previa anestesia raquídea, asepsia y antisepsia se realiza histerectomía total en bloque por desprendimiento prematuro de placenta



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



al 100%, sin complicaciones transoperatorias, finalizando la cirugía con una pérdida hemática de 600ml.

Paciente al momento alerta con hidratación y administrando Gelafusin y cubierta con antibiótico pasa a sala de recuperación, se le realiza control y seguimiento de constantes vitales manteniéndose dentro de los parámetros normales se procede a administrar segunda unidad de glóbulos rojos, pasadas las 36 horas post evento paciente manifiesta decaimiento y malestar general por lo que se solicitan exámenes de control los cuales reportan hemoglobina de 6.9 g/dl se indica transfundir dos unidades de sangre.

Transcurrido el tercer día de hospitalización paciente refiere mejoría de su estado de salud respecto a horas previas deambula por sala sin complicación alguna, se realiza exámenes de laboratorio postransfusional con hemoglobina 8.3g/dL y hematocrito de 25%.

Al cuarto día de hospitalización es valorada en pase de visita donde el jefe de guardia indica alta hospitalaria con medicación y control por consulta externa en ginecología.

2.9. OBSERVACIONES

Paciente en embarazo actual refirió insuficientes controles prenatales por problemas económicos, Paciente manifestó no haber tenido complicaciones en gestas previas.

Antecedentes Gineco-Obstétricos desfavorables a causa de granmultiparidad por gestas 06 partos 06 periodo intergenésico corto de 1 año, además refiere no haber planificado en toda su historia obstétrica por creencias religiosas.

CONCLUSIONES.



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



El presente trabajo ayuda a conocer nuevos avances en la Obstetricia para mejorar el manejo ante casos similares de compromiso de bienestar del binomio materno-fetal como lo es el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, evitando así el aumento en la incidencia de muertes tanto maternas como fetales.

Es importante informar a las pacientes sobre los riesgos modificables y no modificables dando a conocer las complicaciones que podrían padecer en caso de no llevar un adecuado control prenatal y en base a esto trabajar para mejorar las medidas preventivas, disminuir la incidencia de mortalidad materno-fetal y obtener resultados positivos.

Además se debe comunicar a las paciente sobre los principales factores que fueron predisponentes para desarrollar esta patología, y así dar seguimiento luego del alta hospitalaria para evitar reincidencias, en otros casos donde no existan complicaciones irreversibles como en este caso que finalizo con una histerectomía total.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acuña, T. M. (Dic, 2017). Sangrados Vaginales de la segunda mitad del embarazo. *REVISTA MEDICA SINERGIA*, 3-6.

Calderón, A. (2014). *DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA.MORBI-MORTALIDAD Y RESULTADOS PERINATALES EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL IMIEM EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2012.* TOLUCA, MÉXICO.



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



- clinic, M. (2020). Guia de Mayo Clinic, para un embarazo saludable. Rochester, Estados Unidos.
- Division de enfermedades Bacterianas . (2021). *centro de prevencion y control de enfermedades* .
- Dulay, A. T. (Oct, 2020). Desprendimiento de Placenta (ABRUPTIO PLACENTAE). In *Manual MSD version para profesionales*. Kenilworth, NJ, USA.
- El personal de Healthwise. (2021). DPPNI Gineco-Obstetricia. *Articulo virtual obtenido de <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/temas-de-salud/desprendimiento-prematuro-de-placenta-hw180726>*.
- Gallegos, C. (28/03/2008). Placenta Previa. Desprendimiento de Placenta. *Revista electronica de portales medicos.com obtenida de <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1010/3/Placenta-previa.-Desprendimiento-de-placenta,3>*.
- German E, C. (2009). *DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA- GINECO-OBSTETRICIA* Google academico obtenido en [http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41139/desprendimient o_placenta.pdf?sequence=11&isAllowed=y](http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41139/desprendimient_o_placenta.pdf?sequence=11&isAllowed=y).
- Maureen F. Edelson, M. (2012). TRANSFUSION DE SANGRE EN HEMORRAGIA DURANTE EL EMBARAZO. In *REVISTA VIRTUAL OBTENIDA DE <https://kidshealth.org/es/teens/transfusions.html>*.
- ONU. (2020). *OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE*.
- Parache J, T. J. (2003).
- Parache J, T. J. (2003). *Protocolos de la SEGO, Desprendimiento Prematuro de Placenta*.
- Publica, M. d. (2015). Guia Practica Clinica. In *Atencion del parto por cesarea* (p. 12). Quito.
- Romero, E. L. (Agosto 11, 2020). GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA EN LA SEGUNDA FASE DEL PARTO. *Revista electronica de portales medicos*.
- Stanford Children Healt. (2021). *Google Academico obtenido en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hysterectomy-92-P09291>*.
- Valdez, C. G. (2015). *revista de medicina e investigacion*, 109-115.
- Vispo Silvina N, D. C. (OCT, 2001). ABRUPTIO PLACENTAE. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N°* 109, 18-21.



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



ANEXOS



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



Página 1 de 2

N° de Código: 201017063	3N°Cédula: 0927837229
Apellidos: GONZALEZ TIGRERO	N°Historia Clínica: 0927837229
Nombres: MIRIAN JAZMIN	Especialidad : EMERGENCIA
Género: FEMENINO	Fecha de Ingreso: 18/10/2020 05:44
Edad: 34	Médico Solicitante: GONZALEZ VIVO RENE
Provincia: SANTA ELENA	Fecha Imp.: 13/09/2021 15:20
Responsable T.M: SUM	Tipo de Muestra: SANGRE
Área de Apoyo: EMERGENCIA	N°Orden: 581696
MUESTRA IDONEA: X	MUESTRA NO IDONEA:

Prueba	Resultado	Valores de Ref.
--------	-----------	-----------------

HEMOGRAMA

BIOMETRIA

HGB	+6,9 g/dL	(11,00 - 17,00)
HCT	+20,0 %	(35,00 - 55,00)

Validado por: SORAYA URIÑA
18/10/2020 6:24:13

SEROLOGIA

V.D.R.L	NO REACTIVO	INMUNOCROMATOGRAFIA
---------------	-------------	---------------------

Validado por: SORAYA URIÑA
18/10/2020 6:24:13

BIOQUÍMICA

GLUCOSA	108,00 mg/dl	(70,00 - 110,00)
UREA	23,20 mg/dl	(15,00 - 45,00)
CREATININA	0,54 mg/dl	Hombres 0,70 - 1,20 Mujeres 0,50 - 0,90
BILIRRUBINA TOTAL	+1,10 mg/dl	(0,00 - 1,00)
BILIRRUBINA DIRECTA	+0,55 mg/dl	(0,00 - 0,20)
AC. ÚRICO	+2,10 mg/dl	(2,60 - 7,20)
BILIRRUBINA INDIRECTA	0,55 mg/dl	(0,00 - 0,80)
TGP/ALT	10,50 U/l	(0,00 - 40,00)
TGO/AST	38,50 U/l	(0,00 - 40,00)

Validado por: SORAYA URIÑA
18/10/2020 6:24:13

N° de Código: 201017063	3M°Cédula: 0927837229
Apellidos: GONZALEZ TIGRERO	N°Historia Clínica: 0927837229
Nombres: MIRIAN JAZMIN	Especialidad : EMERGENCIA
Género: FEMENINO	Fecha de Ingreso: 18/10/2020 05:44
Edad: 34	Médico Solicitante: GONZALEZ VIVO RENE
Provincia: SANTA ELENA	Fecha Imp.: 13/09/2021 15:20
Responsable T.M: SUM	Tipo de Muestra: SANGRE
Área de Apoyo: EMERGENCIA	N°Orden: 581686
MUESTRA IDONEA: X	MUESTRA NO IDONEA:

Prueba	Resultado	Valores de Ref.
--------	-----------	-----------------

HEMATOLOGIA

HEMOSTASIA

TIEMPO DE SANGRIA	40''	min	(1:00 - 4:00)
TIEMPO COAGULACIÓN	3' 55''		

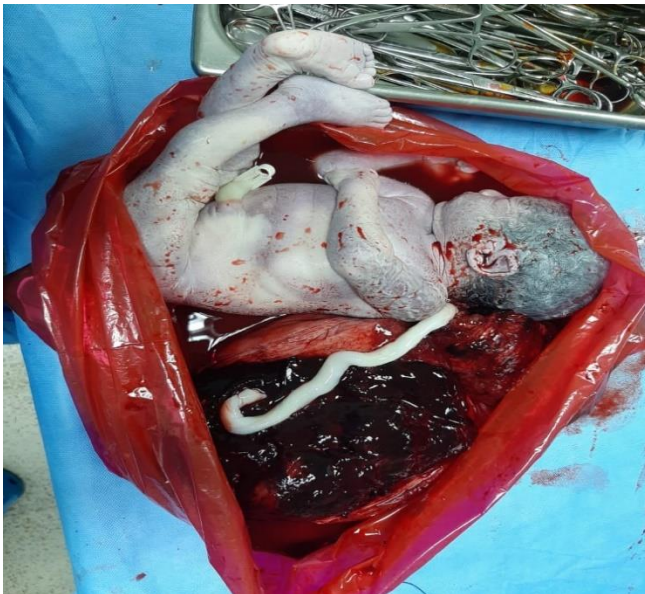
Validado por: SORAYA URIÑA
18/10/2020 6:24:13

INMUNOHEMATOLOGÍA

GRUPO SANGUINEO	O
FACTOR RH	POSITIVO

Validado por: SORAYA URIÑA
18/10/2020 6:24:13

Figura #1-2 Exámenes de laboratorio postoperatorio



Figura#3 Óbito Fetal

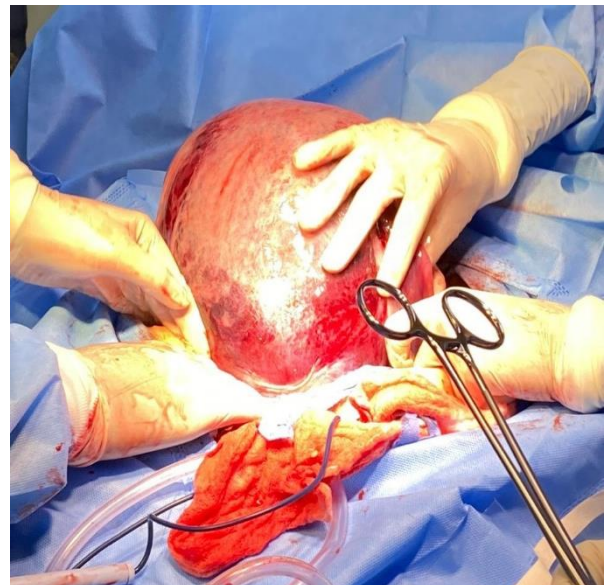


figura #4 Histerectomía por DPPNI