



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



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD  
CARRERA DE OBSTETRICA**

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

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO**

“Conducta Obstétrica ante Anomalía de Inserción Placentaria en Secundigesta de 39  
años con periodo Intergenesico largo”

**AUTOR**

Ana Estefany Verdezoto Sánchez

**TUTOR**

Dr. Jorge Edison Lung Álvarez Msc.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021



## ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO.....	4
II. DEDICATORIA.....	5
III. TEMA.....	6
IV. RESUMEN.....	7
V. ABSTRACT.....	8
VI. INTRODUCCION .....	9
1. MARCO TEORICO .....	10
1.1. DEFINICION .....	10
1.2. CAUSAS .....	10
1.1.1 Incidencia.....	10
1.2.2. Factores de Riesgo.....	11
1.3. ETIOLOGÍA.....	12
1.4 FISIOPATOLOGIA.....	12
1.5 MANIFESTACIOS CLINICAS .....	13
1.6 DIAGNOSTICO.....	13
1.6.1 Vigilancia materno fetal.....	14
1.6.2 Complicaciones Maternas Fetales .....	14
1.7 TRATAMIENTO.....	15
1.7.1 Medidas generales.....	15
1.7.2 Manejo de placenta previa.....	15
1.7.3 Manejo en gestantes sintomáticas.....	15
1.7.4 Manejo en gestantes sin síntomas.....	16
1.7.5 Manejo farmacológico de la hemorragia posparto.....	16
1.8 JUSTIFICACION .....	18
1.9 OBJETIVOS .....	19



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



1.9.1	Objetivo General.....	19
1.9.2	Objetivo Especifico.....	19
1.10	DATOS GENERALES .....	20
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO .....</b>	<b>21</b>
2.1	ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA .....	21
2.2	HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE .....	21
2.3	ANAMNESIS .....	22
2.4	EXPLORACION CLINICA.....	23
2.5	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS .....	24
2.6	FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	27
2.7	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	28
2.8	INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES. ....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.9	SEGUIMIENTO.....	29
<b>3</b>	<b>OBSERVACIONES .....</b>	<b>42</b>
<b>4</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>46</b>



## **I. AGRADECIMIENTO**

Al haber concluido esta etapa maravillosa de mi vida quiero agradecer infinitamente en primer lugar a Dios quien ha sido siempre la luz de mis ojos y el protector de cada uno de mis pasos tanto en mi vida personal, familiar y como futura profesional.

A mis amados Padres FAUSTO y CUMANDA quienes han sido mi pilar fundamental durante todo este camino lleno de obstáculos, anécdotas, tristezas y alegrías. Toda mi vida estaré eternamente agradecida por su amor, esfuerzo, sacrificio y dedicación a mi formación académica. Son el impulso que me ayuda a seguir adelante, para soñar en grande y actuar en pequeño que todo es posible si amas lo que haces. Sin ellos definitivamente no podría ser la mujer que ahora soy.

A mis hermanos Marco, Xavier y Diana por sus palabras de apoyo incondicional. A mi familia en general en especial a mi Abuelito José, que ya no se encuentra con nosotros en la vida terrenal, como me gustaría decirle que lo logré y mirar su sonrisa de satisfacción.

A mis amigas y compañeros que me deja esta hermosa carrera de Obstetricia.

A mis Docentes por ser la guía y ejemplo para ser una excelente profesional. En especial a mi tutor por su ayuda y conocimiento en el desarrollo de este trabajo de investigación.

A mi linda Universidad Técnica de Babahoyo donde tuve la oportunidad de formarme como profesional y llevo conmigo momentos inolvidables.

Ana Verdezoto S.



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



## **II. DEDICATORIA**

Con todo mi corazón dedico este presente trabajo de investigación a Dios por su sabiduría y perspicacia durante toda mi vida personal , familiar y profesional ;dedicó a mis amados Padres Fausto y Cumanda, quienes han sido el pilar fundamental ,durante todo este camino de buenos y malos momentos. Eternamente estaré agradecida con ellos por su amor, esfuerzo, sacrificio y dedicación a mi formación académica .Definitivamente sin ellos no podría ser la mujer que ahora soy. A mis hermanos, familia por su apoyo incondicional y a todos quienes formaron parte del crecimiento y desarrollo de esta maravillosa Obstetra.

Ana Verdezoto S.



### **III. TEMA**

“CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE ANOMALÍA DE INSERCIÓN PLACENTARIA EN SECUNDIGESTA DE 39 AÑOS CON PERIODO INTERGENESICO LARGO”.



#### IV. RESUMEN

Debemos tener en cuenta que las anomalías de inserción placentaria son ocasionadas por una inadecuada inserción o invasión de la placenta. En la placenta previa hay un desarrollo de la placenta en el segmento uterino inferior situándose próxima o cubriendo el orificio cervical interno. Los índices de placenta previa están en aumento por lo cual es relevante la identificación oportuna de los factores desde sus controles prenatales, considerando entre los principales edad materna, periodo intergenésico mayor a 7 años y embarazo no programado observados en la paciente.

Por tal motivo se decide dar estudio y seguimiento desde primer nivel de atención hasta un segundo nivel a una paciente secundigesta con Placenta Previa Oclusiva Parcial de 39 años con periodo intergenesico largo. Permitiendo evaluar el manejo y conducta de los profesionales de la Salud mediante los controles prenatales, ecografías, exámenes de laboratorio, monitoreo y vigilancia del binomio materno fetal. No obstante, en el diagnóstico y valoración terapéutica de la finalización de la gestación para poder prevenir complicaciones que ponga en riesgo la vida de la madre e hijo.

**PALABRAS CLAVE:** HEMORRAGIA, PLACENTA, EMBARAZO, PLACENTA PREVIA, CESAREA.



## V. ABSTRACT

We must bear in mind that placental insertion anomalies are caused by an inadequate insertion or invasion of the placenta. In the placenta previa there is a development of the placenta in the lower uterine segment, located near or covering the internal cervical os. The placenta previa indices are increasing, which is why the timely identification of the factors from their prenatal controls is relevant, considering among the main ones maternal age, intergenetic period greater than 7 years and unscheduled pregnancy observed in the patient.

For this reason, it was decided to study and follow-up from the first level of care to a second level to a 39-year-old second-pregnant patient with Partial Previa Occlusive Placenta with a long intergenetic period, allowing to evaluate the management and conduct of Health professionals through controls prenatal care, ultrasound, laboratory tests, monitoring and surveillance of the maternal-fetal pairing. However, in the diagnosis and therapeutic evaluation of the end of pregnancy in order to prevent complications that put the life of the mother and child at risk.

**KEY WORDS:** BLEEDING, PLACENTA, PREGNANCY, PLACENTA PREVIA, CESAREA.



## **VI. INTRODUCCION**

La inadecuada inserción de la placenta hace referencia a ciertas anomalías placentarias, entre las más común podemos mencionar a la placenta previa cuando esta se sitúa próxima o cubre el cuello uterino. Se la asocia con sangrado vaginal desde la segunda mitad del embarazo incrementando la mortalidad para el binomio. (Ministerio de Salud Pública, 2017).

En América Latina fallecen alrededor de 16 mujeres como consecuencia de las hemorragias obstétricas durante o después del parto, por lo tanto es fundamental identificar ciertos factores de riesgo. (La Organización Panamericana de la Salud 2015).

El presente caso reviste interés por el seguimiento y manejo realizado en una paciente secundigesta de 39 años con periodo intergenésico largo, embarazo no planificado, antecedentes de amenaza de aborto y antecedentes de parto prematuro, que fue hospitalizada a las 32.2 semanas de gestación por ecografía extrapolada de primer trimestre y 31.2 semanas por ecografía actual, debido a diagnóstico de placenta previa oclusiva parcial, por lo cual se considera su ingreso para vigilancia y control por Ginecología Obstétrica. La conducta terapéutica aplicada fue ideal, la cual es prescrita en la historia clínica, con el propósito de precautelar el progreso de la gestación y prevenir complicaciones materno-fetales.



## **1. MARCO TEORICO**

### **1.1. DEFINICION**

Una inadecuada inserción de la placenta está relacionada con las anomalías placentarias entre las cuales se puede mencionar a la placenta previa cuando esta se sitúa próxima o cubre en su totalidad el orificio cervical interno. El sangrado vaginal que se presenta desde la segunda mitad del embarazo se asocia a esta patología, incremento la morbilidad y mortalidad para el binomio. (Ministerio de Salud Pública, 2017).

La placenta previa suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre, aunque también se puede presentar en la última parte del primer trimestre. Se considera una de las principales causas de hemorragia antes del parto debido a que impide la salida del feto a través del canal del parto. (Melgar, y otros, 2010).

Esta patología requiere de diferentes recursos materiales, tecnológicos y humanos para el diagnóstico y tratamiento, debido al aumento del índice de cesáreas y la edad avanzada al iniciar el embarazo conlleva al incremento del riesgo de presentar anomalías de inserción placentaria. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

### **1.2. CAUSAS**

#### **1.1.1 Incidencia**

La atención durante el periodo prenatal es la oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Incluye la promoción de una vida saludable, la detección y la prevención de enfermedades. (La Organización Mundial de la Salud, 2016).

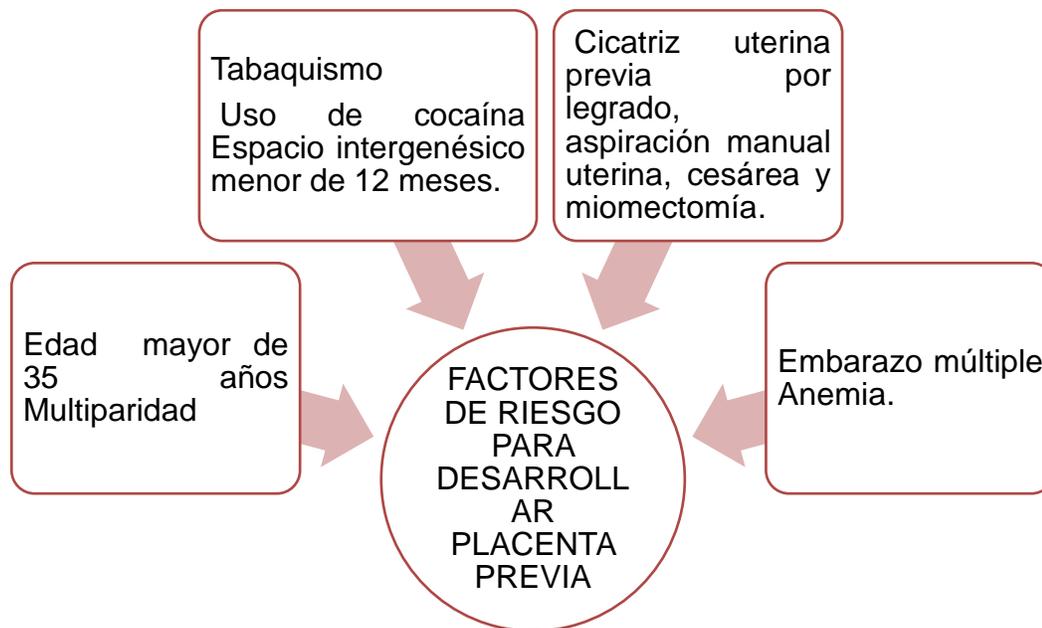
Las principales causas de mortalidad maternas son detectables y prevenibles mediante el control prenatal temprano permitiendo la identificación de los principales factores de riesgo obstétricos perinatales. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

La incidencia ha aumentado y se estima actualmente en 1/200 gestaciones por lo tanto la placenta previa supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre que conlleva a una elevada mortalidad materno fetal. Se considera la tercera causa de transfusión durante la gestación, parto, puerperio y la segunda causa de histerectomía. (López, 2011).

Cuando la placenta cubre parcialmente el orificio cervical interno y son diagnosticadas por ecografía dentro de la semana 19 solo persisten en un 12% hasta el momento del parto; mientras que aquellas diagnosticadas después de la semana 32, persisten hasta el 73% de los casos. Si dentro del segundo y tercer trimestre ocurre un sangrado inusual se debe referir al especialista. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

### 1.2.2. Factores de Riesgo

Se detalla los factores de riesgo en la siguiente figura: **Figura 1.**



**Fuente:** Guía de Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales 2017.



### 1.3. ETIOLOGÍA

Se desconoce la causa subyacente de la placenta previa, pero está relacionada con una vascularización anormal del endometrio, la capa interna del útero, por razón de una cicatrización o atrofia causada por traumatismos previos, cirugías y demás existe una asociación entre el daño endometrial y los factores de riesgo. (Bagga & Sze, 2019).

### 1.4 FISIOPATOLOGIA

La formación de la placenta humana comienza con el trofoectodermo, que da lugar a una capa de células trofoblásticas que rodea el blastocito. Desde entonces hasta el término del embarazo, el trofoblasto desempeña un papel crítico en la interfaz materna fetal. Las células trofoblásticas exhiben la estructura, función y patrón de desarrollo más variable de la placenta. Su capacidad de invadir hace posible la implantación, su intervención en la nutrición del producto y su función de órgano endocrino es esencial para las adaptaciones fisiológicas y para el mantenimiento del embarazo. (Williams Obstetricia, 2019).

Se considera que la placenta pasa por un proceso conocido como trofotropismo, una proliferación de las vellosidades trofoblásticas hacia el área del útero con mejor aporte sanguíneo generalmente hacia el fondo del útero. A su vez, en zonas cercanas al cuello uterino se atrofia porque hay menos vascularización, pero cuando existe una cicatrización o lesión hay más posibilidad de que la placenta se desarrolle en ese lugar. (Ávila, Alfaro, & Olmedo, 2016).

#### 1.4.1 CLASIFICACIÓN

Según el grado de ocupación de la masa placentaria sobre el orificio cervical interno. En la siguiente **tabla 1**. Se menciona la clasificación.

**Tabla 1.** *Clasificación de la placenta Previa*

Inserción baja	El borde placentario está a 2 cm del orificio
----------------	---



	cervical interno.
Placenta previa marginal	Es adyacente al margen pero no cubre la abertura cervical.
Placenta previa parcial	La placenta cubre parte del orificio cervical interno.
Placenta previa centra	El cuello uterino está cubierto en su totalidad.

**Fuente:** Guía de Práctica Clínica (2017).

### 1.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se debe tener en cuenta que desde las 20 semanas se sospecha de placenta previa ante la presencia de sangrado vaginal rojo rutilante indoloro o sangrado después de la relación sexual, puede haber sangrado acompañado de dolor por las contracciones uterinas. Si el sangrado ocurre antes de las 34 semanas y ponga en peligro la vida de la mujer requiere de la terminación del embarazo independiente de la edad gestacional. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

La ausencia de las contracciones y del dolor eran considerados los hallazgos típicos que podían diferenciar esta condición de un desprendimiento de placenta. Sin embargo, algunas mujeres con placenta previa tienen contracciones además del sangrado, por lo que el diagnóstico clínico de placenta previa requiere confirmación ultrasonografía. (Ávila , Alfaro, & Olmedo , 2016).

### 1.6 DIAGNOSTICO

Se recomienda realizar un estudio morfológico por ecografía a la semana 18 o 24, siendo óptimo a las 22 semanas, momento en el cual la ecografía permite determinar la vitalidad fetal, biometría fetal, anatomía fetal y observación de la inserción placentaria. (Ecuador, 2015).



Es importante notar que solo un 10% de los casos son diagnosticados mediante la ecografía de las 20-24 semanas, por lo tanto la localización placentaria debe ser reevaluada a las 35 o 36 semanas para determinar un diagnóstico. ( Carvajal & Barriga , 2019).

Se puede utilizar ultrasonido transabdominal como el transvagial, se considera que ecografía transvagial permite visualizar con más precisión la ubicación de la placenta en relación al orificio cervical. Se ha demostrado que el ultrasonido vaginal es seguro incluso si hay sangrado. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

El diagnóstico oportuno se realiza mediante la anamnesis con la recopilación de información esencial de la paciente, los hallazgos clínicos mediante la exploración física en relación con los pruebas de laboratorio e imagen por ecografía.

### **1.6.1 Vigilancia materno fetal**

La observación se lleva a cabo mensualmente en sus controles prenatales hasta la semana 32 al ser ingresada para seguimiento y control por Gineco Obstetricia debido a Diagnóstico de Placenta Previa . EL manejo extra hospitalario es apropiado en mujeres estables con apoyo en el hogar, cercanía a una casa de salud. Por otra parte, el manejo intrahospitalario y conservador se recomienda en aquellas mujeres con sangrado. (Ávila , Alfaro , & Olmedo , 2016).

### **1.6.2 Complicaciones Maternas Fetales**

Es importante vigilar las posibles complicaciones:

- Parto prematuro
- Distocia de presentación fetal
- Hemorragia grave que conlleve a un shock hipovolémico.
- Hemorragia posparto debido a la inserción placentaria en el segmento uterino inferior.
- Histerectomía urgente.



- Muerte materna y fetal. (Perelló, Mula, & López, 2012).

## 1.7 TRATAMIENTO

### 1.7.1 Medidas generales

En cada control se da indicaciones respecto al estilo de vida de la mujer embarazada, los signos de alarma recalcando la disminución o ausencia de movimientos fetales y sangrado transvaginal, además que debe evitar el ejercicio, trabajos forzados y actividad sexual. Está recomendado desde el primer trimestre dar ácido fólico 0.4 mg + 60 mg de hierro elemental, calcio mediante la ingesta de lácteos o comprimidos de calcio y ácido acetilsalicílico 100 mg vía oral.

### 1.7.2 Manejo de placenta previa

Según la Guía de Anomalías de inserción placentaria (2017). Se recomienda:

- La estabilización hemodinámica.
- Corticoides antenatales para maduración pulmonar entre la semana 24 -34 ,los más recomendados son la betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis o dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis.
- Se debe realizar tocolisis con nifedipino dosis inicial 10 a 20 mg VO ,se repite cada 20 minutos, si no disminuye las contracciones la dosis máxima es 60 mg durante la primera, dosis de mantenimiento de 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas , dosis total máxima 160 mg .

### 1.7.3 Manejo en gestantes sintomáticas.

- Se recomienda Hospitalización, no tacto vaginal, vías venosas, vigilancia materna y monitorización fetal.



- En gestantes con menos de 34 semanas se administra corticoides.
- Si la edad gestacional es menor de 36 semanas el manejo es expectante.
- A las 36 -37 semanas, está indicada la interrupción del embarazo de forma electiva.
- Si el sagrado es importante y hay compromiso materno fetal la interrupción del embarazo, por cesárea de urgencia es independiente de la edad gestacional. ( Carvajal & Barriga, 2019).

#### 1.7.4 Manejo en gestantes sin síntomas.

- Se recomienda que el equipo quirúrgico identifique la localización de la placenta mediante ultrasonido preoperatorio para determinar el sitio de incisión uterina y evitar complicaciones durante el procedimiento. (Ministerio de Salud del Ecuador, 2017).
- En Mujeres con embarazo mayor 16 semanas, se realizará seguimiento ecográfico a la semana 32, solo en aquellas con inserción a menos de 2 cm del orificio cervical interno. En Mujeres que cursan embarazo mayor 32 semanas, se realizará seguimiento ecográfico a las 36 semanas solo aquellas con inserción baja u oclusiva total. ( Carvajal & Barriga, 2019).

#### 1.7.5 Manejo farmacológico de la hemorragia posparto.

Toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica se debe considerarse una hemorragia posparto. Se menciona el manejo farmacológico en la **tabla 2**.

**Tabla 2.** Prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto

Prevención	Tratamiento
<b>Oxitocina:</b> profilaxis de primera línea 10 UI/ml IM o 5 UI IV lento dentro del primer minuto después del parto.	Oxitocina 10 UI/ml IM o 5 UI IV lento, o 20-40 UI en 1000 ml de solución cristaloides en infusión IV a 250 ml/h.



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



<b>Misoprostol:</b> si oxitocina no está disponible 600 mcg de misoprostol VO dentro del primer minuto.	Misoprostol 800 µg sublingual (4 tabletas de 200 mcg).
<b>Ergonovina o Metilergonovina:</b> solo en ausencia de contraindicaciones 0,2 mg IM después del parto.	Ergonovina o Metilergonovina 0,2 mg IM, se puede repetir cada 2 a 4 horas, máximo 5 dosis (1 mg) en 24 horas.

**Fuente:** Guía de Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales (2017).



## **1.8 JUSTIFICACION**

El presente estudio de caso clínico se lleva a cabo con el fin de evaluar el control prenatal, seguimiento evolutivo del embarazo de 32 .2 semanas con Placenta Previa Parcial .Este caso resulta relevante al identificar en forma oportuna los factores de riesgo modificables y no modificables desde sus controles prenatales, considerando entre los principales edad matera, antecedentes de cesárea, periodo intergenésico mayor a 7 años y embarazo no programado. Dicha circunstancia fue motivo de impulso para dar seguimiento a la evolución y desarrollo del caso clínico con el objetivo de prevenir ciertas complicaciones que conllevan a la morbimortalidad materna y perinatal.

Cabe recalcar que el personal de salud tanto médicos y obstetras estuvieron preparados para manejo de esta patología mediante el cuidado integral de la madre y feto desde sus controles prenatales, lo que se evidencio en el seguimiento, procedimiento quirúrgico y recuperación.



## 1.9 OBJETIVOS

### 1.9.1 Objetivo General

- Analizar la evolución del embarazo de 32 .2 semanas en paciente con placenta previa oclusiva parcial con el fin de evitar el desarrollo de complicaciones.

### 1.9.2 Objetivo Especifico

- Describir la evolución y manejo terapéutico ante una paciente con diagnóstico de placenta previa oclusiva parcial.
- Identificar los factores riesgo predisponentes para desarrollar placenta previa.
- Analizar la pertinencia de los exámenes complementarios indicados en la paciente.



### 1.10 DATOS GENERALES

Nombre: <b>xxx</b>	Edad: <b>39 años</b>
Género: <b>Femenino</b>	Estado civil: Unión libre
Nacionalidad: <b>Ecuatoriana</b>	Ocupación: Ama de casa
Lugar de Nacimiento: <b>Bolívar/Guaranda</b>	Fecha de nacimiento: 13/01/72
Residencia: <b>Guaranda</b>	Raza: Mestizo
Instrucción: <b>Secundaria</b>	Nivel socioeconómico: Bajo
Religión: <b>Católica</b>	Grupo sanguíneo: O Rh +
Lateralidad: <b>Diestra</b>	Hospital: Básico Alfredo Noboa Montenegro

**Fuente:** Historia clínica de la paciente.



## 2 METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino de 39 años de edad, acude a esta casa de salud por sus propios medios en compañía de familiar , refiere cuadro clínico hace aproximadamente 8 horas de evolución caracterizado por sangrado transvaginal de cantidad moderada acompañado de dolor abdominal tipo contracción .Es ingresada para seguimiento y manejo por Ginecológica.

### 2.2 HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE

Antecedentes Personales y Familiares	
Antecedentes patológicos personales:	No refiere
Antecedentes patológicos familiares:	Madre Hipertensa
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere
Antecedentes alérgicos:	No refiere
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere

Antecedentes Gineco- Obstétricos	
Menarquia:	15 años
Ciclos menstruales :	Regulares de 28 días
Dismenorrea:	Si
Inicio de vida sexual:	18 años



Parejas sexuales:	1
Papanicolaou:	Si , hace 3 años
Planificación familiar:	Si, descuido en toma de anticonceptivo.
Gestas: 1 Partos: 0 Abortos: 0	Cerarea:1
Periodo Intergenesico:	10 años
Fecha de la última menstruación :	01/07/2021 No confiable
Controles prenatales:	4 /Cordero Crespo.
Vacunas: 2	Ecografía en Cs: 1

**Fuente:** Historia clínica de la paciente.

### 2.3 ANAMNESIS

Paciente femenina de 39 años, secundigesta es hospitalizada para vigilancia por cuadro clínico de hace aproximadamente 8 horas de evolución caracterizado por sangrado transvaginal de cantidad moderada, acompañado de dolor abdominal tipo contracción y por ecografía actual la cual reporta Embarazo de 31.2 semanas Gestacion más placenta previa oclusiva parcial.

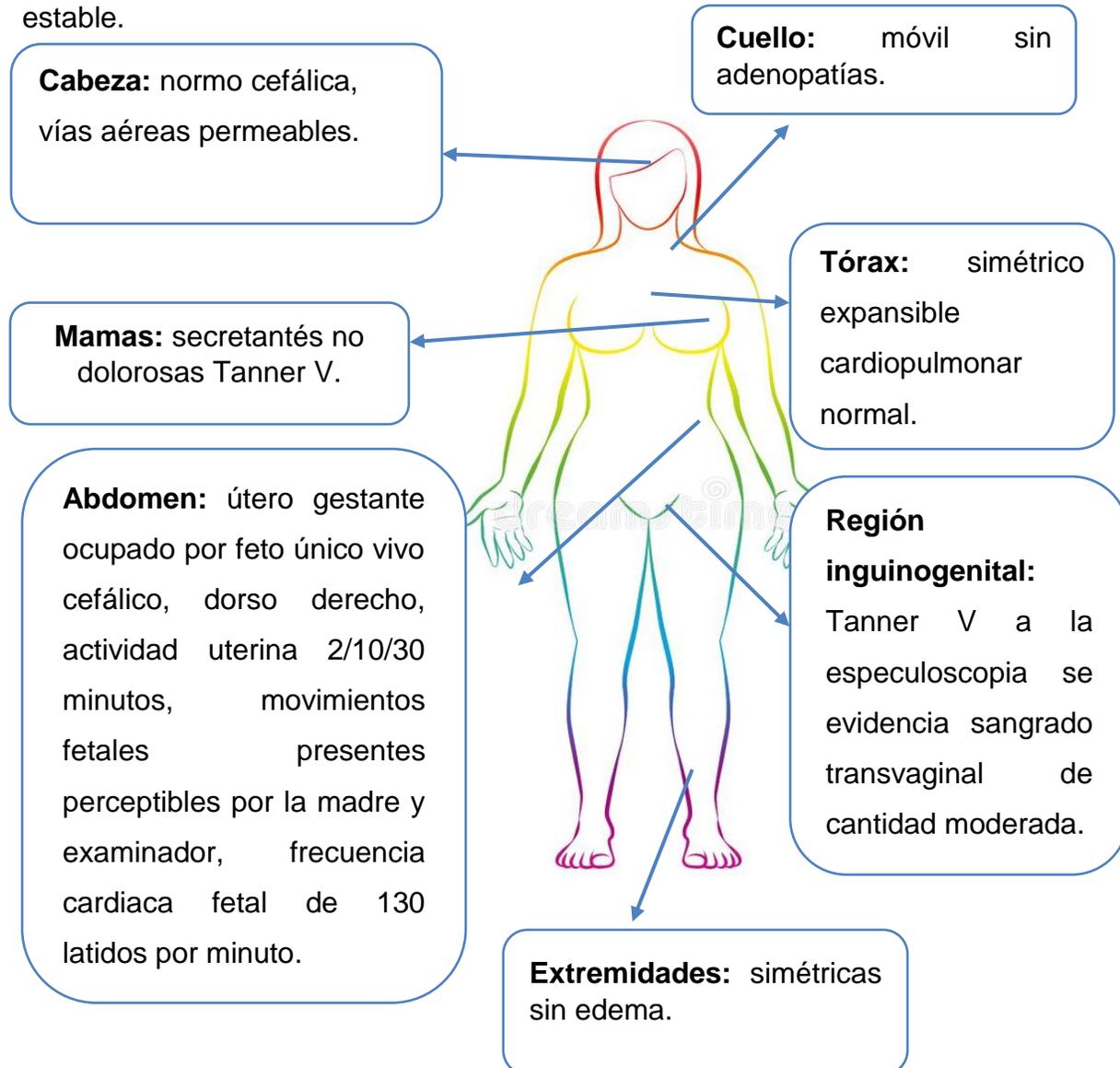
Paciente orientada en tiempo espacio y persona, movimientos fetales presentes perceptibles por la madre, frecuencia cardiaca fetal 130 latidos por minuto.

Paciente refiere que tuvo una atención previa en primer nivel donde le recomiendan reposo absoluto por amenaza de parto prematuro.

## 2.4 EXPLORACION CLINICA

Se detalla de la exploración de la gestante en la siguiente figura: **Figura 2.**

**General:** Paciente consciente, orientada en espacio y persona. hemodinámicamente estable.



**Fuente:** Historia clínica / **Figura 2** (Furian, 2013).



## 2.5 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

<p><b>Ecografía realizada de manera particular</b>  <b>(29 /08 /20):</b></p>	<p><b>Ecografía realizada en el</b>  <b>Cetro de Salud Cordero</b>  <b>Crespo</b>  <b>(24 /11 /20):</b></p>
<p>Hallazgos: útero incrementado de tamaño, se evidencia saco gestacional que alberga embrión único vivo, movimientos espontáneos. Inserción cori placentaria fundica que muestra 2 hematomas que min 22.2 y 11.5 mm. ID: Embarazo de 8.4 semanas más Amenaza de aborto.</p>	<p>Al rastreo ecográfico: se reporta feto único vivo ,situación transverso, FCF de 148 latidos, movimientos fetales presentes ,líquido amniótico normal ,placenta posterior I/III, lateralización izquierda .ID: Embarazo de 20.4 semanas más placenta de Inserción parcialmente baja</p>

<b>Ecografías del Hospital Alfredo Noboa Montenegro</b>	
<p><b>Ecografía realizada el (01 /02/21) al ingreso de la paciente</b> :reporta útero gestante con feto único ,vivo, transverso ,frecuencia cardiaca fetal 142 latidos por min, placenta posterior oclusiva parcial ,líquido amniótico máximo bolsillo vertical 4.2 cm.</p> <p><b>ID:</b> Embarazo de 31.2 semanas más placenta previa parcial.</p>	<p><b>Ecografía realizada el (17/02/21):</b>reporta útero gestante con feto único ,vivo, cefálico ,frecuencia cardiaca fetal 150 latidos por min, movimientos fetales espontáneos , líquido amniótico máximo bolsillo vertical 5 cm ,placenta posterior previa.ID: Embarazo de 33 semanas más placenta previa .</p>



<p><b>Ecografía realizada el (20/02/21).</b></p> <p>Reporta feto único, vivo, frecuencia cardiaca fetal 145 lpm, peso aproximado 2.300 gramos, movimientos fetales espontáneos , líquido amniótico máximo bolsillo vertical 6.56 cm ,placenta persiste oclusión cervical del 50% y criterios de acretismo placentario.</p> <p><b>ID:</b> Embarazo de 34 semanas más placenta previa oclusiva parcial a considerar a acretismo placentario.</p>	<p><b>Ecografía realizada antes del procedimiento quirúrgico el (15/03/21).</b></p> <p>Reporta feto único ,vivo, cefálico ,frecuencia cardiaca fetal 136 latidos por min ,líquido amniótico bolsillo único de 6.02cm, placenta fundica anterior se extiende cubriendo el cuello uterino ,existe vasos tortuosos y heterogéneos compatibles con placenta previa y acretismo placentario. <b>ID:</b> Embarazo de 36 semanas más placenta previa oclusiva parcial a considerar a acretismo placentario.</p>
--	--

Resultados de laboratorio al momento del ingreso:

<b>EXAMENES DE LABORATORIO</b>	
<b>HEMATOLOGICOS</b>	
Hemoglobina:	12.3 g/dl
Hematocrito:	37%
Leucocitos:	8000 10/uL
Plaquetas:	274.000 10/uL
Linfocitos:	34 %



Eosinófilos:	3%
Grupo sanguíneo/ Factor Rh:	O Rh positivo
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP):	21.9 seg
Tiempo de protrombina (TP):	13.3 sg
<b>QUIMICA SANGUINEA</b>	
Glucosa en Ayunas:	67.8 mg/dl
Creatinina:	0,60 mg/dl
Bilirrubina total:	0,28 mg/dl
Aspartato aminotransferasa (TGO):	19.1 U/L
Alanina aminotransferasa (TGP):	18.8 U/L
<b>UROANALISIS</b>	
Densidad / pH:	1025 / 5
Piocytes:	2-4
Eritrocitos :	0-2
Bacterias :	+++
<b>SEROLOGIA</b>	
HIV 1-2 generación:	no reactivo
VDRL:	negativo
<b>OTROS</b>	
SARS COV 2 : IgG y IgM Negativo	



### Medidas generales y terapéuticas

- Dieta hiperproteica.
- Reposo Absoluto.
- Restricción de tactos vaginales.
- Control de signos vitales más Score mama.
- Control Obstétrico y monitoreo fetal.
- Ecografía obstétrica y exámenes de laboratorio según sea necesario.
- Interconsulta a Neonatología y Psicología.
- Solución salina al 0.9% 1000 ml pasar a 28 gotas.
- Betametasona 12 mg IM cada 24 horas dos dosis.
- Nifedipino 10 mg VO cada 20 min 3 dosis.

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

## 2.6 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

### Diagnostico presuntivo:

Embarazo de 32 .2 semanas de gestación con placenta previa oclusiva parcia

### Diagnóstico diferencial:

- Abruption placentario.
- Trabajo de parto prematuro.
- Ruptura prematura de membranas.



- Infección de vías urinarias.

### **Diagnóstico definitivo**

Embarazo de 32 .2 semanas de gestación más placenta previa oclusiva parcial.

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

Desde el primer control prenatal se debe identificar ciertos riesgos que predispongan el desarrollo de patologías placentarias .Las inasistencias de la paciente a los controles dificulta el seguimiento del embarazo ,la atención brindada desde primer nivel con visitas domiciliarias ayuda al asesoramiento de las posibles complicaciones materno fetales .El sangrado transvaginal es considerado una emergencia en obstetricia por lo tanto es fundamental la correcta valoración , diagnóstico y referencia de esta patología .

## **2.8 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES**

De acuerdo a la Guía del Control prenatal (2015). Se debe recalcar las indicaciones generales optadas durante los controles:

- Asesoría en alimentación.
- Reposo absoluto.
- Hierro más ácido fólico.
- Calcio (ingesta de lácteos o comprimidos de calcio).
- Ácido acetilsalicílico desde las 12 semanas de embarazo.
- Signos o señales de alarma.
- Exámenes de laboratorio y ecografías.

El parto pre término resulta un gran dilema para el profesional de la salud en pacientes con placenta previa, la inhibición farmacológica del parto ha mostrado sus



beneficios en la prolongación del embarazo y además posibilita la administración de corticoides. ( Nápoles , 2013).

El parto prematuro es una de las principales complicaciones en pacientes que tengan menos de 34 semanas se recomienda administrar corticoides antenatales para maduración pulmonar en gestantes con riesgo. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

## 2.9 SEGUIMIENTO

Se detalla los Controles prenatales realizados en la unidad de salud:

<b>1 er Control Prenatal ( 29/08/20)</b>	
<p>Paciente acude a su primer control con Obstetra. Al momento con Signos vitales:</p> <p>TA: 90/60; FC: 86; FR: 20; T: 36.5 C, SPO2: 95%; Proteinuria: negativa; consciente/alerta.</p> <p><b>Score mama: 0</b></p> <p>Peso: 64. 8 kg ,Talla: 1.55 cm .IMC: 27</p> <p>Paciente femenina de 39 años, ama de casa, antecedentes personales no refiere, antecedentes familiares madre hipertensa, antecedentes, gineco obstétricos: gestas 1, partos 1, periodo intergenesico de 10 años. Fecha de última menstruación no confiable.</p> <p><b>Motivo de consulta:</b> control prenatal más captación temprana.</p> <p><b>Enfermedad actual:</b> Paciente femenina acude con ecografía obstétrica particular que reporta embarazo 8.4 semanas .Paciente</p>	<p><b>Medidas generales e Indicaciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Asesoría en medidas de higiene.</li><li>2. Asesoría en alimentación.</li><li>3. Consejería en lactancia exclusiva los primeros 6 meses</li><li>4. Pla de parto y transporte.</li><li>5. Tamizaje de violencia.</li><li>6. Preconcejeria VIH.</li><li>7. Signos de peligro.</li><li>8. Hierro 60 mg más ácido fólico 400 mcg VO por 30 días.</li><li>9. Exámenes de rutina: biometría, química sanguínea, uroanálisis, TORH.</li><li>10. Ecografía Obstétrica.</li><li>11. Vacuna antitetánica</li></ol>



<p>manifiesta no haberse colocado anticonceptivo inyectable.</p> <p><b>Examen físico:</b> Paciente orientada en tiempo y espacio, mamas suaves depresibles no dolorosas, cardiopulmonar normal, abdomen gestante frecuencia cardiaca a un no perceptible por campana de pinar. Región genital se evidencia sangrado vaginal en escasa cantidad y extremidades sin edema. Prueba rápida de Sífilis ,Chagas y VIH :Negativa</p> <p><b>ID:</b> Embarazo de 8.4 semanas por ecografía</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Madre añosa.</p> <p>Amenaza de aborto.</p> <p>Embarazo no planificado.</p> <p>Periodo intergenesico mayor de 7 años.</p> <p>Antecedentes familiares madre hipertensa.</p> <p>Riesgo alto /riesgo no modificable.</p>	<p>12. Control odontológico</p> <p>13. Se recomienda reposo</p> <p>Ecografía realizada de manera particular reporta: útero incrementado de tamaño, se evidencia saco gestacional que alberga embrión único vivo. Inserción corioplacentaria fundica que muestra 2 hematomas que min 22.2 y 11.5 mm.</p> <p><b>ID:</b> Embarazo de 8.4 semanas más Amenaza de aborto.</p>
--	--



## 2 do Control Prenatal ( 17/09/20)

Se realiza visita domiciliaria debido a inasistencia de la paciente a control. Al momento con Signos vitales:

TA: 90/60; FC: 83; FR: 20; T: 36.6 C, SPO2: 95%; Proteinuria: negativa; consciente/alerta.

**Score mama: 0**

Peso: 63 kg ,Talla: 1.55 cm .IMC: 26.25

**Motivo de consulta:** seguimiento de control prenatal en domicilio.

**Enfermedad actual:** Paciente refiere haber presentado dolor abdominal tipo cólico acompañado de sangrado hace aproximadamente 2 días .Manifiesta que no acude a control de embarazo por motivo de trabajo.

**Examen físico:** Paciente conciente orientada en tiempo y espacio persona, abdomen gestante ocupado por feto único vivo, frecuencia cardiaca 150 lpm, actividad uterina negativa. Región genital no se evidencia secreción ni sangrado vaginal y extremidades sin edema.

**ID:** Embarazo de 11.1 semanas por ecografía  
Sobrepeso

### Exámenes de laboratorio:

#### Biometría:

Hemoglobina: 12.3 g/dl

Hematocrito: 36%

Grupo sanguíneo/ Factor Rh: O Rh positivo.

#### Química sanguínea:

**Glucosa :** 70.40 mg/dl

Urea : 21.10 mg/dl

Ácido úrico: 5.10 mg/dl

#### Autoinmunes e infecciosas:

TORCH: negativo.

Exámenes de laboratorio dentro del parámetro normal.

#### Medidas generales e Indicaciones:

1. Asesoría en medidas de higiene.
2. Asesoría en alimentación.
3. Consejería en lactancia exclusiva los primeros 6 meses.
4. Signos de alarma.
5. Continuar con Hierro más ácido fólico.
6. Ecografía Obstétrica.
7. Referencia al hospital Alfredo Noboa.



Amenaza de aborto.	8. Se sugiere reposo relativo.
Se realiza visita domiciliaria el (05/10/20) no encontrando a la paciente en el domicilio, se realiza llamada telefónica en la que manifiesta la paciente que no presenta ninguna complicación, no está en la ciudad que regresara aproximadamente en un mes a su domicilio por trabajo de su esposo.	
<b>3 er Control Prenatal ( 08 /12/20)</b>	
<p>Se realiza visita domiciliaria por inasistencia a control. Al momento con Signos vitales:</p> <p>TA: 97/60; FC: 97; FR: 20; T: 36.8 C, SPO2: 96%; Proteinuria: negativa; consciente/alerta.</p> <p><b>Score mama: 0</b></p> <p>Peso: 66 kg ,Talla: 1.55 cm .IMC: 27.5</p> <p><b>Motivo de consulta:</b> seguimiento de control prenatal en domicilio.</p> <p><b>Enfermedad actual:</b> Paciente no refiere molestias, asintomática.</p> <p><b>Examen físico:</b> Paciente conciente orientada en tiempo y espacio, abdomen gestante ocupado por feto único vivo, transverso, movimientos fetales presentes, Frecuencia cardiaca fetal 140 lpm, actividad uterina negativa, AFU 20 semanas. Región genital no se evidencia secreción ni sangrado vaginal y extremidades sin edema.</p> <p><b>ID:</b> Embarazo de 23 semanas por ecografía</p>	<p><b>Se revisa rastreo ecográfico (24/11/20):</b> se reporta feto único vivo transverso, dorso derecho, FCF de 148 Lx, líquido amniótico normal, placenta posterior I/III. <b>ID:</b> embarazo de 20 semanas más placenta de inserción baja.</p> <p><b>Medidas generales e Indicaciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Asesoría en alimentación.</li><li>2. Consejería en lactancia exclusiva los primeros 6 meses.</li><li>3. Signos de alarma.</li><li>4. Continuar con Hierro más ácido fólico.</li><li>5. Calcio 500 mg VO cada 8 horas por 30 días.</li><li>6. Ácido acetilsalicílico 100 mg VO una diaria por la noche.</li><li>7. Se sugiere reposo relativo.</li><li>8. Se da asesoría sobre la</li></ol>



Sobrepeso /ganancia inadecuada de peso.	importancia de asistir a los controles prenatales.
<b>4 to Control Prenatal ( 23 /01 /21)</b>	
<p>Al momento con Signos vitales:</p> <p>TA: 90/60; FC: 92; FR: 20; T: 36.6 C, SPO2: 94%; Proteinuria: negativa; consciente/alerta.</p> <p><b>Score mama: 0</b></p> <p>Peso: 67 kg ,Talla: 1.55 cm .IMC: 27.9</p> <p><b>Motivo de consulta:</b> Control prenatal</p> <p><b>Enfermedad actual:</b> Paciente refiere haber acudido por emergencia al hospital por sangrado vaginal el (20 /01/21) le sugieren reposo absoluto.</p> <p><b>Examen físico:</b> Paciente conciente orientada en tiempo y espacio, abdomen gestante ocupado por feto único vivo, transverso, movimientos fetales presentes, Frecuencia cardiaca fetal 149 lpm, actividad uterina negativa, AFU 28 semanas. Región genital se evidencia sangrado vaginal en escasa cantidad y extremidades sin edema.</p> <p><b>ID:</b> Embarazo de 30 semanas de gestación.</p> <p>Sobrepeso /Amenaza de parto pre terminó.</p>	<p><b>Medidas generales e Indicaciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Asesoría en alimentación.</li><li>2. Consejería en lactancia exclusiva los primeros 6 meses</li><li>3. Continuar con Hierro más ácido fólico.</li><li>4. Continuar con Calcio y Ácido acetilsalicílico.</li><li>5. Se sugiere reposo absoluto.</li><li>6. Ecografía obstétrica</li><li>7. Signos de alarma.</li><li>8. Acudir por emergencia en caso de molestias.</li></ol>

**INGRESO HOSPITALARIO (01/02/20)**



<p>Paciente de sexo femenino de 39 años de edad, acude a emergencia del hospital por sus propios medios en compañía de familiar, refiere cuadro clínico hace aproximadamente 8 horas de evolución caracterizada por sangrado transvaginal de cantidad moderada acompañado de dolor abdominal tipo contracción.</p> <p><b>Se toman signos vitales:</b></p> <p>Score mama: TA: 100/60; FC: 82; FR: 21; T: 36.2 C, SPO2: 95%; Proteinuria: - ; consciente/alerta. <b>Score mama: 0</b></p> <p><b>EXAMEN FÍSICO:</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables.</p> <p><b>Cuello:</b> móvil sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> simétrico, expansible cardiopulmonar normal.</p> <p><b>Mamas:</b> secretantes no dolorosas Tanner V.</p> <p><b>Abdomen:</b> útero gestante ocupado por feto único vivo cefálico ,dorso derecho ,actividad uterina 2/10/30 minutos ,movimientos fetales presentes perceptibles por la madre y examinador</p>	<p><b>EL RASTREO ECOGRAFICO</b></p> <p><b>REPORTA:</b> útero gestante con feto único ,vivo, transverso ,frecuencia cardiaca fetal 142 latidos por min, placenta posterior oclusiva parcial ,líquido amniótico máximo bolsillo vertical 4.2 cm. <b>ID:</b> Embarazo de 31.2 semanas más placenta previa oclusiva parcial.</p> <p><b>EXÁMENES DE LABORATORIO</b></p> <p><b>HEMATOLOGICOS:</b></p> <p><b>Hemoglobina:</b> 12.3 g/dl</p> <p><b>Hematocrito:</b> 37%</p> <p><b>Leucocitos:</b> 8000 10/uL</p> <p><b>Plaquetas:</b> 274.000 10/uL</p> <p><b>Linfocitos:</b> 34 % <b>Eosinófilos:</b> 3%</p> <p><b>Grupo sanguíneo/ Factor Rh:</b> O Rh positivo.</p> <p><b>Tiempo parcial de tromboplastina (TTP):</b> 21.9 seg</p> <p><b>Tiempo de protrombina (TP):</b> 13.3 seg</p> <p><b>QUIMICA SANGUINEA:</b></p> <p><b>Glucosa en Ayunas:</b> 67.8 mg/dl</p> <p><b>Creatinina:</b> 0,60 mg/dl</p> <p><b>Bilirrubina total:</b> 0,28 mg/dl</p> <p><b>Aspartato aminotransferasa (TGO):</b> 19.1 U/L</p> <p><b>Alanina-aminotransferasa (TGP):</b> 18.8 U/L</p>
---	--



<p>,frecuencia cardiaca fetal de 130 latidos por minute</p> <p><b>Región inguinogenital:</b> Tanner V a la especuloscopia se evidencia sangrado transvaginal de cantidad moderada.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas sin edema.</p> <p><b>ID:</b> Embarazo de 32.2 semanas Gestacion por Ecografia extrapolada de primer trimestre y 31.2 Semanas por Ecografia actul mas Placenta previa oclusiva parcial</p>	<p><b>UROANALISIS:</b></p> <p><b>Densidad / pH:</b> 1025 / 5 <b>Piocytes:</b> 2-4</p> <p><b>Eritrocitos :</b> 0-2 <b>Bacterias :</b> +++</p> <p><b>SEROLOGIA:</b></p> <p><b>HIV 1-2 generación:</b> no reactivo</p> <p><b>VDRL:</b> negativo</p> <p><b>OTROS:</b> SARS COV 2 IgG y IgM Negativo.</p> <p><b>Medidas generales y terapéuticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Es ingresada para seguimiento y manejo por Ginecológica por presentar embarazo de alto riesgo.</li><li>• Dieta hiperproteica.</li><li>• Reposo Absoluto.</li><li>• Restricción de tactos vaginales.</li><li>• Control de signos vitales más Score mama cada 8 horas.</li><li>• Control Obstétrico cada 6 horas.</li><li>• Monitoreo fetal cada 8 horas.</li><li>• Ecografía obstétrica y exámenes de laboratorio según sea necesario.</li><li>• Interconsulta a Neonatología Solución salina al 0.9% 1000 ml</li></ul>
---	---



	<p>pasar IV 28 gotas por min.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Betametasona 12 mg IM cada 24 horas dos dosis.</li><li>• Nifedipino 10 mg VO cada 20 min por 3 dosis y luego cada 8 horas.</li></ul>
<p>Interconsulta de Neonatología reporta referencia intrauterino a casa de salud de mayor complejidad, en caso de presentar trabajo de parto debido a espacio físico reducido con límite de capacidad resolutiva neonatal.</p>	

### SEGUIMIENTO POR SEMANAS DE HOSPITALIZACION

- Durante la hospitalización de la paciente a las 33 Semanas de gestación, paciente conciente, hemodinamicamente estable refiere sangrado vaginal de cantidad moderada se evidencia manchado de pañal .Control de signos vitales: TA: 100/60; FC: 81; FR: 20; T: 36.2 C, SPO2: 95%; Proteinuria: - ; conciente/alerta. **Score mama:** 0. Al examen físico Abdomen gestante ocupado por feto único vivo FCF 135 lpm, Monitoreo fetal reactivo.  
Se realiza biometría de control: Hemoglobina 11 g/dl, Hematocrito 36%, plaquetas 260.000 10/u, leucocitos 5900 10/uL, segmentados 66% y linfocitos 34 %.
- A las 34 Semanas de gestación, paciente conciente hemodinamicamente estable refiere sangrado en mínima cantidad. Signos vitales: TA: 90/60; FC: 80; FR: 19 ; T: 36.8 C, SPO2: 94%; Proteinuria: - ; conciente/alerta. **Score mama:** 0.  
Se realiza Ecografía que reporta útero gestante con feto único ,vivo, cefálico ,frecuencia cardiaca fetal 150 latidos por min, movimientos fetales



espontáneos , líquido amniótico máximo bolsillo vertical 5 cm ,placenta posterior previa.

Se solicita uroanálisis de control que reporta densidad / pH 1025 / 5, Píocitos incontables y bacterias ++. Se inicia antibioticoterapia con Ceftriazona 1 gr IV cada 12 horas por 5 días y luego 1 gr IV cada 6 horas por 2 días.

**ID:** Embarazo de 33 semanas más placenta previa más infección de vías urinarias.

- A las 35 Semanas de gestación, paciente estable no refiere molestias, con signos vitales: TA: 100/60; FC: 80; FR: 21; T: 36.3 C, SPO2: 95%; Proteinuria: - ; consciente/alerta. **Score mama: 0**, al examen físico Abdomen gestante ocupado por feto único vivo FCF 140 lpm, monitoreo fetal reactivo categoría I patrón normal, región genital se evidencia sangrado en mínima cantidad.

Se realiza biometría de control: Hemoglobina 12.6 g/dl, Hematocrito 38%, Plaquetas 406.000 10/uL, leucocitos 7600 10/uL, segmentados 69 %y linfocitos 34 %.

Se solicita uro análisis que reporta piocitos 6-7, eritrocitos 1-2 y bacterias ++. Se indica Cefalexina 500 mg VO cada 6 horas por 5 días, Suplemento vitamínico S 26 mama diario un vaso.

Se solicita Ecografía que reporta feto único, vivo, frecuencia cardiaca fetal 145 lpm, peso aproximado 2.300 gramos, movimientos fetales espontáneos , líquido amniótico máximo bolsillo vertical 6.56 cm ,placenta persiste oclusión cervical del 50% y criterios de acretismo placentario.

**ID:** Embarazo de 35 semanas más placenta previa oclusiva parcial a considerar acretismo placentario.

Se inicia cadena de llamadas para referencia a tercer nivel sin respuesta.

- A las 36 Semanas de gestación, paciente conciente hemodinamicamente estable no refiere molestias ni sangrado vaginal, signos vitales dentro del parámetro normal, control obstétrico y monitoreo fetal cada 8 horas.

Se solicita interconsulta a Psicología que manifiesta que paciente es conciente



del riesgo, estrés con reacción ansiosa depresiva por adaptación al cambio de contexto de su hogar al hospital se trabaja con terapia conductual y emocional.

**PROCEDIMIENTO QUIRURGICO /CESAREA (15 /03/21)**

<p>A las 37 semanas de gestación la paciente inicia trabajo de parto por lo cual se planifica procedimiento quirúrgico /Cesárea más posible histerectomía vs ligadura de trompas por riesgo asociado acretismo placentario.</p> <p>Paciente consiente orientada en tiempo espacio y persona refiere dolor abdominal tipo contracción que se irradia a región lumbar.</p> <p><b>Se toman signos vitales:</b></p> <p>Score mama: TA: 90/70; FC: 102; FR: 21; T: 36.6 C, SPO2: 95%; Proteinuria: - ; consciente/alerta. <b>Score mama: 1</b></p> <p><b>EXAMEN FÍSICO:</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables.</p> <p><b>Cuello:</b> móvil sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> simétrico expansible</p>	<p><b>EL RASTREO ECOGRÁFICO</b></p> <p>Reporta feto único ,vivo, cefálico ,frecuencia cardiaca fetal 136 latidos por min ,líquido amniótico bolsillo único de 6.02cm, placenta fundica anterior se extiende cubriendo el cuello uterino ,existe vasos tortuosos y heterogéneos compatibles con placenta previa y acretismo placentario <b>ID:</b> Embarazo de 36 semanas más placenta previa oclusiva parcial a considerar a acretismo placentario.</p> <p><b>EXÁMENES DE LABORATORIO</b></p> <p><b>HEMATOLOGICOS:</b></p> <p><b>Hemoglobina:</b> 14 g/dl</p> <p><b>Hematocrito:</b> 42 %</p> <p><b>Leucocitos:</b> 178.000 10/uL</p> <p><b>Plaquetas:</b> 5300 10/uL</p> <p><b>Linfocitos:</b> 38 % <b>Segmentados :</b>59</p> <p><b>Grupo sanguíneo/ Factor Rh:</b> O Rh</p>
--	--



<p>cardiopulmonar normal.</p> <p><b>Mamas:</b> secretantes no dolorosas Tanner V.</p> <p><b>Abdomen:</b> útero gestante ocupado por feto único vivo cefálico, dorso derecho, actividad uterina 3/10/30 minutos, movimientos fetales presentes perceptibles por examinador, frecuencia cardiaca fetal de 136 latidos por minute y AFU 37 semanas.</p> <p><b>Región inguinogenital:</b> genitales externos de multípara a la especuloscopia se evidencia mínimo sangrado vaginal cérvix cerrado.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas sin edema.</p> <p><b>ID:</b> Embarazo de 37.5 semanas de Gestacion mas Placenta previa oclusiva parcial .</p>	<p>positivo.</p> <p><b>Tiempo parcial de tromboplastina (TTP):</b> 20.3 seg</p> <p><b>Tiempo de protrombina (TP):</b> 12.1 sg</p> <p><b>QUIMICA SANGUINEA:</b></p> <p><b>Glucosa en Ayunas:</b> 80 mg/dl</p> <p><b>Aspartato aminotransferasa (TGO):</b> 40 U/L</p> <p><b>Alanina-aminotransferasa (TGP):</b> 30 U/L</p> <p><b>UROANALISIS:</b></p> <p><b>Densidad / pH:</b> 1025 / 5 <b>Piocytes:</b> 2-3</p> <p><b>Eritrocitos :</b> 0-2 <b>Bacterias :</b> ++</p> <p><b>Medidas generales y terapéuticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Control Obstétrico y monitoreo fetal STAT.</li><li>• Control de signos vitales más Score mama cada 8 horas.</li><li>• Nada por vía oral.</li><li>• Comunicar a Anestesiología</li><li>• Comunicar a Neonatología.</li><li>• Consentimiento informado</li><li>• Vendaje de miembros inferiores.</li><li>• Cloruro de Sodio al 0.9% 1000 ml</li></ul>
---	--



	<p>pasar a IV 28 gotas por min.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ceftriazona 1 gr IV 30 minutos antes del procedimiento quirúrgico.</li><li>• Preparar dos paquetes globulares.</li></ul>
--	--

POST QUIRURGICO INMEDIATO	
<p>Se realiza cesarea bajo normas de asepsia y antiasepsia previa anestecia raquidea sin complicaciones mas esterilizacion bilateral.</p> <p><b>HALLAZGOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Útero gestante incrementado de tamaño.</li><li>• Líquido amniótico claro con grumos.</li><li>• Recién nacido masculino, APGAR 8/9, peso 2.350 gr.</li><li>• Placenta previa oclusiva parcial sin signos de acretismo.</li><li>• Anexos macroscópicamente normales.</li><li>• Sangrado aproximado 600 ml.</li></ul> <p><b>ID:</b> Puerperio quirúrgico inmediato más salpingectomia bilateral.</p> <p>Score mama: TA: 110/70; FC: 90; FR: 20; T: 36.6 C, SPO2: 94%; Proteinuria: - ;</p>	<p><b>Medidas generales y terapéuticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nada por vía oral por 4 horas luego dieta blanda.</li><li>• Control de signos vitales por 15 min y luego cada 4 horas.</li><li>• Score mama cada 4 horas.</li><li>• Control de altura de fondo uterino y sangrado por 15 min y luego cada 2 horas.</li><li>• Cloruro de Sodio al 0.9% 1000 ml más 20 UI de oxitocina pasar a IV 100 ml /h.</li><li>• Ceftriazona 1 gr IV cada 12 horas.</li><li>• Paracetamol 1gr IV cada 8 horas.</li><li>• Tramadol 100 mg IV lento diluido por razones necesarias.</li><li>• Misoprostol 800 mcg vía rectal ya.</li><li>• Ranitidina 50 mg IV cada 8 horas.</li></ul>



consciente/alerta. <b>Score mama: 0</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retirar zona vesical en 8 horas.</li><li>• Biometría Hemática en 8 horas.</li><li>• Comunicar novedades.</li></ul>
<p>El procedimiento quirúrgico fue exitoso, paciente post procedimiento no refiere molestias hemodinamente estable sin complicaciones .Biometría de control: hemoglobina 12 g/dl, hematocrito 36%, plaquetas 210.000 10/uL, leucocitos 9.300 10/uL, segmentados 78 %, linfocitos 22 %.Es dada el alta al cumplir sus 48 horas post cesárea conjuntamente con su bebe .Score mama: TA: 100 /80 ; FC: 84; FR: 20; T: 36.2 C, SPO2: 94%; Proteinuria: - ; consciente/alerta. <b>Score mama: 0.</b></p> <p>Se da indicaciones al egreso:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Signos de alarma.</li><li>• Cefalexina 500 mg VO cada 6 horas por 5 días.</li><li>• Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas por 3 días.</li><li>• Ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas por 3 días.</li><li>• Hierro 60 mg más 400 mcg de ácido fólico VO diario por 30 días.</li><li>• Control y seguimiento en Centro de Salud.</li></ul>	



### 3 OBSERVACIONES

El seguimiento realizado de forma detallada de la evolución y manejo terapéutico aplicado con la paciente desde el Centro de Salud hasta el establecimiento de segundo Nivel fue adecuado según la patología.

Se realizó la captación temprana del embarazo que fue favorable para identificación de factores de riesgo modificables y no modificables, a pesar de que se observó inasistencia a cada control por parte de la paciente, el personal de salud optó por realizar visitas domiciliarias y llamadas telefónicas.

Durante la hospitalización por varias semanas hasta la finalización de la gestación, la paciente fue conciente del riesgo de su embarazo y se mostró receptiva a las recomendaciones otorgadas por el personal médico, ha sido muy colaboradora en la ejecución de todo el tratamiento por lo que se le ha estado informando su evolución.

Durante el seguimiento se observó que estudios ecográficos realizados en las últimas semanas de embarazo se mostraron inexactos al indicar acretismo placentario.

La paciente recibió alta médica con cuadro clínico favorable después de varias semanas de hospitalización.

Se revisó guías de práctica clínica, libros, artículos de revistas y varias bibliografías que fueron de gran ayuda para entender mejor esta patología obstétrica, donde se pudo identificar factores de riesgo que contribuyen a la evolución de este caso clínico.



#### 4 CONCLUSIONES

Al finalizar el presente caso clínico se pudo determinar la importancia del seguimiento realizado en el Centro de Salud Cordero Crespo mediante la captación temprana de la gestación y sus controles prenatales.

Es relevante la identificación oportuna de los diferentes factores de riesgo modificable y no modificable desde sus controles prenatales, considerando entre los principales edad materna, antecedentes de cesárea, periodo intergenésico mayor a 7 años y embarazo no programado los cuales dan paso al desarrollo de esta patología.

Se determinó la evolución y el manejo terapéutico conjuntamente con los exámenes complementarios indicados en el establecimiento de segundo nivel de atención.

Se hace énfasis en la atención primaria que desempeña una Obstetra desde la captación de la embarazada el seguimiento, valoración clínica, exámenes para la detección temprana de patologías o condiciones que pongan en riesgo el binomio materno fetal.

Se logró el alta médica de la paciente conjuntamente con su bebé con cuadro clínico favorable sin complicación alguna.



## 5 BIBLIOGRAFÍA

- Carvajal , J., & Barriga, M. (2019). *MANUAL OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA* (Vol. Décima Edición). Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2019.pdf> ,281-284.
- Carvajal, J., & Barriga , M. (2019). *OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA* (Décima Edición ed.). Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2019.pdf>,276-277.
- Nápoles , D. (2013). Los tocolíticos en el parto pretérmino: un dilema actual. *Scielo*, 1-2. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n9/san14179.pdf>.
- Andia Melgar, B., Fuentes, C., Pozo, O., & Rojas. (2010). PLACENTA PREVIA. *Revista Bolivariana*. Obtenido de <https://studylib.es/doc/8221953/placenta-previa-1---revistas-bolivianas>.
- Ávila , S., Alfaro, T., & Olmedo , J. (2016). Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 6, 11-12. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>.
- Ávila , S., Alfaro , T., & Olmedo , J. (2016). Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 5-6. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>
- Bagga, A., & Sze, A. (2019). *Europe PMC*. Obtenido de Book from StatPearls Publishing, Treasure Island: [https://europepmc.org/article/NBK/nbk539818#\\_article-27262\\_s16\\_](https://europepmc.org/article/NBK/nbk539818#_article-27262_s16_),
- Furian, P. H. (2013). Figura humana icono de la mujer de la silueta. *Figura humana icono de la mujer de la silueta*. dreamstime. Obtenido de <https://es.dreamstime.com/mujer-coloreada-arco-iris-femenino-de-la-silueta-forma-del-cuerpo-humana-pendiente-ejemplo-vector-esquema-en-el-fondo-blanco-image143241510>
- La Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *La Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de La Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.
- Melgar, A., Fuentes, C., Pozo, O., Roja, M., Vizcarra, H., & Arancibia, F. (2010). Placenta Previa. Obtenido de la *Revista Bolivariana* <https://studylib.es/doc/8221953/placenta-previa-1---revistas-bolivianas>.



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



- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Guías de práctica clínica*. Obtenido de Guías de práctica clínica: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-ANOMALIAS-INSERCIÓN-PLACENTARIA-17-01-2017.pdf>,12-17.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de Guía de Práctica Clínica: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>,20-23.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Control Prenatal Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>,24-26.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>,14-15.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de Guía de Práctica Clínica: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-ANOMALIAS-INSERCIÓN-PLACENTARIA-17-01-2017.pdf>,18-20.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de Guía de Práctica Clínica: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-ANOMALIAS-INSERCIÓN-PLACENTARIA-17-01-2017.pdf>,23-24.
- Perelló, M., Mula, R., & López, M. (2012). *Servei de Medicina Maternofetal*. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%3%ADas.%20hemorragia%203er%20t.pdf>,1-4.
- Williams Obstetricia. (2019). *Implantación y desarrollo de la placenta* (25 ed., Vol. 25). Ciudad de México 80-86.

## 6 ANEXOS

**HOSPITAL BASICO GUARANDA**  
Atención de: Clínica, Gineco/Obstetricia, Pediatría, Traumatología,  
Medicina General. **Emergencias: 24 horas**  
Av. Cándido Rada y Salinas (Plaza Roja)  
Teléfono: 03 2983 310 Celular: 0986114650

**SERVICIO DE ECOGRAFIA**  
Guaranda, 29 de agosto de 2020

**PACIENTE:**  
SRA. MARGOTH MARTINEZ

**ESTUDIO SOLICITADO:**  
ECO OBSTETRICO TEMPRANO

**HALLAZGOS:**  
Útero incrementado de tamaño, se evidencia saco gestacional que alberga embrión único, vivo, movimientos espontáneos y sutiles, que corresponde a 8.4 semanas de gestación.  
Latido cardiaco visible, FCF: 174 por minuto.  
Inserción corioplacentaria fúndica: muestra 2 hematomas que miden 22.2 y 11.5 mm.  
Líquido en adecuada cantidad.

**CONCLUSIÓN:**  
• Embarazo de 8.4 semanas por Eco + Amenaza de aborto.

*+23,5*  
*32w = 11 febrero 2021*

*Atentamente,*  
Dra. Johanna Chimbo O.  
MEDICO C.H.G.

**Anexo 1.** Ecografía realizada de manera particular con la que acude la paciente a su primer control prenatal.

**INFORME RASTREO OBSTETRICO.**

**FUM**

Vejiga:	Llena	Semillena	X	Vacía	Aspecto normal	X
Útero:	Anteroversión	X	Retroversión	Medio Versión		
Miometrio:	Homogéneo	SI	X	NO	Tumores	SI NO X
Saco Gestacional:	Visible	SI	NO	Diámetro SG		CM
Paredes del S.G.:	Regulares	X	Irregulares	Gruesas		
Botón Emb.:	Visible	SI	NO	Ausente		

**Biometría fetal.**

Feto:	Único	X	Múltiple	L.C.F. 148	Presente	X	Ausente
Mov. Fetal:	Presente	X	Ausente	Mov. Car. Fetal	Presente	X	Ausente
Situación:	Long.	Oblicuo	TRANSVERSO			X	
PRESENTACION		PELVICA	Hombro	Indiferente			
Posición:		BPD4.81 CM		LF 3.19 CM			

**PESO 368 GR**  
SEXO CORDON UMBILICAL 2 ARTERIAS 1 VENA  
Placenta.

Localización:	Anterior	Posterior	X	Funicia	
Lateralizada a:	Derecha	Izquierda	X		
Grado de madurez placentaria:	0	I	X	II	III
Líquido amniótico:cm	Normal	X	Escaso	Moderadamente disminuido	Aumentado

**CONCLUSION. EMBARAZO DE 20 SEMANAS 4 DIA MAS MENOS 1 SEMANA 5 DIA DE AMENORREA. PLACENTA DE INSERCIÓN PARCIALMENTE BAJA.**

*Dra. Maritza Navarro*  
LIBRO2\_FOLIO 1427 - No. 2774  
www.salud.gob.ec - salud@distrito02d01.saludzonas.gob.ec

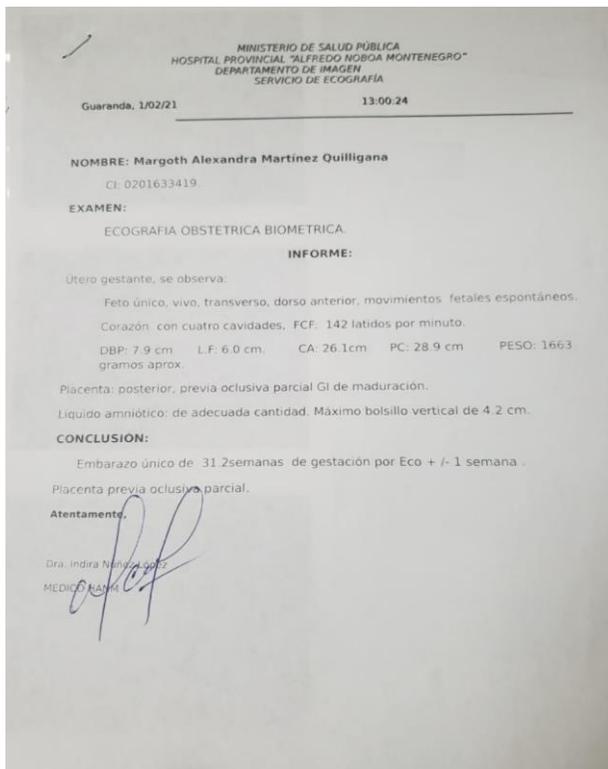
**ESPEJO Y CORONEL GARCIA**  
Teléfonos: 593 (3) 2982 728

**Anexo 2.** Referencia del primer nivel de atención a las 11 semanas de gestación.

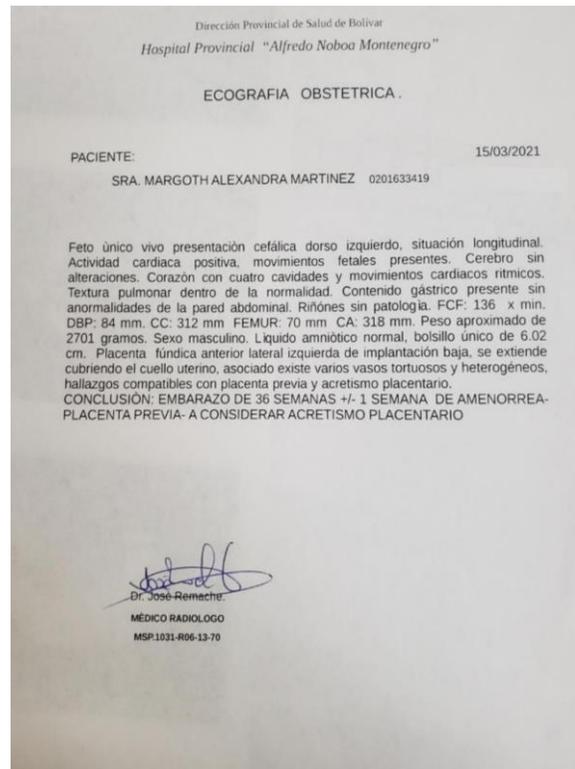




UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Anexo 5. Ecografía al ingreso de la paciente.



Anexo 6. Ecografía realizada antes del procedimiento quirúrgico.



Anexo 7. En la cirugía se extrae Placenta íntegra sin complicaciones.