



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXÁMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**PLACENTA PREVIA OCLUSIVA EN MÚLTIPARA CON EMBARAZO DE 36,6
SEMANAS DE GESTACIÓN.**

AUTORA:

MARIA LOURDES GARCIA LOPEZ

TUTOR:

DR. CESAR BERMEO NICOLA

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2018

INDICE

RESUMEN.....	I
ABSTRACT	II
INTRODUCCIÓN.....	III
I. MARCO TEÓRICO	1
CASO CLÍNICO	1
PLACENTA PREVIA.....	1
CAUSAS	2
ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	2
CLASIFICACIÓN	2
ETIOLOGÍA	3
PATOGENIA	4
EPIDEMIOLOGIA.....	4
FISIOPATOLOGÍA	5
CLÍNICA.....	6
DIAGNÓSTICO.....	7
EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.....	7
PROFILAXIS	8
TRATAMIENTO	9
I.1 JUSTIFICACIÓN	11
1.2 OBJETIVOS.....	12
1.3 DATOS GENERALES.....	13
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	14
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.....	14
HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE.....	14
ANTECEDENTES FAMILIARES.....	14
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.....	14
•	15
2.2 ANAMNESIS.....	15

2.3 EXAMEN FÍSICO.....	16
EXÁMEN GINECO OBSTETRICO.....	17
2.4 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	17
2.5 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.....	18
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	19
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	19
2.8 SEGUIMIENTO	20
9 OBSERVACIONES.....	21
CONCLUSIONES.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	1
ANEXOS.....	3

RESUMEN

El presente estudio de caso clínico, pretende reconocer claramente que las hemorragias de la segunda mitad del embarazo constituyen una causa potencial de morbimortalidad materna y fetal.

La placenta previa es una patología caracterizada anatómicamente por la inserción parcial o total de la placenta en el segmento inferior del útero que es poco vascularizado, lo que da lugar a una perfusión uteroplacentaria inadecuada, que afecta negativamente al resultado materno y neonatal.

El estudio de este caso, se basa en el análisis de los factores de riesgo y complicaciones asociados a la placenta previa y su posterior evolución clínico-quirúrgica, en la cual se pretende tener un manejo adecuado, en las medidas preventivas y terapéuticas de esta patología, con el objetivo de minimizar las complicaciones del binomio madre-feto. Esta investigación tiene su origen en una unidad hospitalaria de segundo nivel.

El caso clínico a estudiar es de una paciente femenina multípara de 36 años de edad que cursa con embarazo de 36,6 semanas de gestación según fecha de última menstruación, con antecedentes de salud, quirúrgico por colecistectomía hace 6 años y antecedentes ginecobstetricos Gesta 5, Para 4, Aborto 1, Cesárea 0, fue hospitalizada por presentar sangrado transvaginal de leve cantidad e indolora, después de exámenes complementarios, sobre todo ecográfico fue diagnosticada de placenta previa oclusiva más presentación podálica , por lo que fue referida a una unidad hospitalaria de tercer nivel debido a complejidad de caso clínico.

El seguimiento que se realizó, demostró que la unidad hospitalaria que recibió ésta paciente, resolvió tomar una conducta expectante frente a este cuadro clínico, hasta que cumpla con una edad gestacional a término, para la realización del procedimiento inmediato, que es, la terminación del embarazo, mediante cesárea.

Palabras claves: placenta previa, hemorragia, factores de riesgo, morbimortalidad.

ABSTRACT

This clinical case study aims to clearly recognize that hemorrhages from the second half of pregnancy are a potential cause of maternal and fetal morbidity and mortality.

The placenta previa is a pathology characterized anatomically by the partial or total insertion of the placenta in the lower segment of the uterus that is poorly vascularized, which results in an inadequate uteroplacental perfusion, which negatively affects the maternal and neonatal outcome.

The study of this case is based on the analysis of the risk factors and complications associated with the placenta previa and its subsequent clinical-surgical evolution, in which it is intended to have adequate management, in the preventive and therapeutic measures of this Pathology, with the aim of minimizing the complications of the mother-fetus binomial. This research has its origin in a second-level hospital unit.

The clinical case to study is of a female patient multiparous 36 years of age who courses with pregnancy of 36.6 weeks of gestation according to the date of last menstruation, with a history of health, surgical by cholecystectomy 6 years ago and background ginecobstetricos Gesta 5, for 4, abortion 1, C-section 0, She was hospitalized for having mild and painless transvaginal bleeding, after complementary examinations, especially ultrasound was diagnosed with placenta previa more breech presentation, so it was referred to a hospital unit of the third level due to clinical case complexity.

The follow-up, showed that the hospital unit received by this patient, resolved to take an expectant behavior in front of this clinical picture, until it meets a gestational age at term, for the realization of the immediate procedure, which termination of pregnancy by Caesarean section.

Key words: Placenta previa, hemorrhage, risk factors, morbidity and mortality.

INTRODUCCIÓN

Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo constituyen, una causa potencial de morbimortalidad materna y fetal.

Se estima que la incidencia de placenta previa es de 1 por cada 200 embarazos con diferenciaciones en todo el mundo de acuerdo al estilo de vida y condición genética. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Los índices de placenta previa y acreta están aumentando, probablemente como resultado del aumento de los partos por cesárea, edad materna y la tecnología de reproducción asistida.

La placenta previa es un proceso caracterizado anatómicamente, por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y clínicamente, por hemorragia de intensidad variable.

Esta patología se presenta con mayor frecuencia en multíparas que en nulíparas y mujeres de más de 35 años de edad que en mujeres de menos de 25 años.

En este estudio de caso se trata de una usuaria de 36 años con embarazo de 36,6 semanas de gestación estable, con cuadro clínico de 2 horas de evolución caracterizado por sangrado transvaginal rojo rutilante de leve a moderada cantidad.

Las medidas terapéuticas se determinan según evolución desfavorable del cuadro clínico, si la hemorragia no es significativa y edad gestacional es menor a 36 semanas, se deberá diagnosticar la maduración pulmonar del feto. Además se intentara medidas que consiste en el reposo absoluto, control de la hemorragia y administración de uteroinhibidores, si fuera necesario.

Este estudio de caso se centra en una patología denominada placenta previa que corresponde a hemorragia de la segunda mitad del embarazo.

I. MARCO TEÓRICO

CASO CLÍNICO

El caso clínico es una recopilación de toda la información clínica obtenida por un usuario.

“El caso clínico es la presentación comentada de un paciente, o grupo de pacientes, que se convierte en «caso», en «realización individual de un fenómeno más o menos general, en un ejemplo o modelo que ilustra algún componente clínico peculiar, bien por su poder docente, bien por su singularidad o rareza.” (Gérvas Camacho, Juan;, 2002)

PLACENTA PREVIA

Es una patología caracterizada anatómicamente por la inserción parcial o total de la placenta en el segmento inferior del útero que es poco vascularizado, lo que da lugar a una perfusión uteroplacentaria inadecuada que, a su vez, afecta negativamente al resultado neonatal.

“El termino placenta previa se utiliza para describir aquella que está implantada sobre o muy cerca del orificio interno del cuello uterino.” (Cunningham, Leveno, Hauth, Rouse, & Spong, 2010)

“La sospecha clínica de placenta previa debe darse cuando clásicamente se presenta un sangrado indoloro generalmente rojo. Se piensa que el sangrado se produce en asociación con el desarrollo del segmento uterino inferior en el tercer trimestre, es una de las principales causas de hemorragia en el tercer trimestre.” (Gabbe, Niebyl, & Simpson, 2012)

CAUSAS

Las causas relacionadas con el origen y evolución de esta patología son: placenta previa anterior, edad materna, multiparidad, cesáreas anteriores, legrado instrumental quirúrgico, embarazo múltiple, tabaquismo, malformaciones uterinas, raza negra.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El segmento inferior del útero que es el soporte de la placenta insertada, presentará un variable desarrollo de vasos sanguíneos, estas vellosidades podrían invadir el musculo, que tendría como consecuencia una evolución a placenta acreta.

El aspecto morfológico de una placenta implantada en el segmento inferior muestra rasgos distintos, que la de la normal, por lo general es de mayor tamaño, delgada, irregular, algunos cotiledones estarán atróficos, membranas gruesas, frágiles y rugosas.

CLASIFICACIÓN

Se pueden clasificar de las siguientes formas:

Tipo I: Placenta Lateral o baja. Es cuando el borde placentario se inserta en el segmento uterino inferior que, no llega hasta el orificio cervical interno.

Tipo II: Placenta marginal. Es cuando la placenta se aproxima al borde del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.

Tipo III: Placenta oclusiva parcial. Se da cuando el orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.

Tipo IV: Placenta oclusiva total. Es cuando el orificio cervical interno está cubierto en su totalidad por la placenta.

“De cara al parto se podría simplificar en que la tipo oclusiva: no permite el parto vaginal. (Tipo III-IV) y la presentación no oclusiva: permite el intento de parto vaginal. (I-II)” (Bajo Arenas, Melchor Marcos, & Mercé, 2007)

ETIOLOGÍA

La inserción viciosa de la placenta podría deberse a varios eventos como la tardía aparición de la capacidad de fijación del trofoblasto, cuando la capacidad de fijación del endometrio está disminuida por algún proceso de endometritis en las zonas superiores del mismo, alteraciones endometriales.

Si el ovocito es muy precoz se podría implantar en la trompa de Falopio, cuando el proceso de la anidación es normal el blastocito se insertará en la zona superior del útero.

Cuando es tardía la implantación no se podrá realizar en la parte baja del útero (segmento inferior); Si el proceso de anidación fuera más tardío, el blastocito no tendría tiempo para implantarse y saldría al exterior como un aborto.

En las zonas superiores de útero donde se originó proceso de endometritis, la placenta no buscará fijarse, en lugar, se extendería hacia el segmento inferior, con el objetivo de buscar zonas mejores para la implantación.

Cuando el endometrio es viable, el ovocito se fijará en el fondo del útero, donde va a hipertrofiar sus vellosidades que originarán la placenta. En el caso de que el endometrio no estuviera viable por un anterior proceso patológico, las vellosidades que están consignadas a atrofiarse, no lo fraguarán, donde se va a constituir la placenta en la caduca refleja, qué cuando crece el trofoblasto se asentará sobre la caduca verdadera, con la resultante ubicación inferior de la placenta.

PATOGENIA

A partir del último trimestre de embarazo el istmo del útero se extiende para originar el segmento inferior del útero. Debido a estos cambios en el segmento inferior que serán los iniciadores de la hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Cuando existe un embarazo norma, la placenta no sobrepone el segmento inferior, por lo que no hay sangrado, pero cuando la placenta se fija en esta porción baja del útero, a medida que avanza el embarazo ocasiona una elongación de la placenta que tiene como resultado desprendimiento de vasos y a su vez habrá sangrado.

A medida que avanza la gestación, la inserción placentaria se ve interrumpida, debido a la distensión del segmento inferior del útero, cuando esto acontece, existe un incremento en el sangrado y habrá como evento posterior contracciones uterina que, no serán suficientes para la vasoconstricción de los vasos rotos. Se libera trombina en el sitio del sangrado que, a su vez, promoverá mayores contracciones uterinas, originando un ciclo vicioso de contracciones y sangrado acompañado de desprendimiento placentario.

EPIDEMIOLOGIA

“Es una condición relativamente poco frecuente con una incidencia de 0,28 a 2% de todos los nacimientos, sin embargo, cuyas cifras van en aumento.” (Avila Darcia, Alfaro Moya, & Olmedo Soriano, 2016)

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

FISIOPATOLOGÍA

El segmento inferior del útero se forma a partir de las 20 semanas de embarazo, siendo su mayor desarrollo en el tercer trimestre. Al término de la gestación, tiene forma de cono invertido de 10 cm de alto, siendo su base el anillo de Bandl y su cúspide es el orificio cervical interno.

El segmento inferior es una zona inadecuada para la inserción de la placenta, porque presenta un endometrio de menor grosor, que establece una decidua más delgada y con menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más dilatada, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones.

Por lo anterior, el trofoblasto podría invadir la decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos (acretismo placentario).

También por la musculatura que contiene menos fibras musculares en correlación al segmento superior y con mayor cantidad de fibras colágenas, lo que lo hace distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia si hay desprendimiento parcial de la placenta y por supuesto, durante el alumbramiento.

Además porque las membranas del borde placentario son más gruesas y menos elásticas, existe mayor frecuencia de RPM.

Y por el cordón debido a la atrofia de cotiledones, secundario al desarrollo insuficiente de decidua.

“La placentación anormal en el segmento uterino inferior mal vascularizado induce el crecimiento compensatorio de la placenta y un área superficial aumentada en respuesta a la perfusión placentaria reducida, lo que concuerda con los hallazgos histopatológicos de la necrosis coagulativa de las vellosidades coriónicas y la deposición de fibrina en el espacio intervelloso.”
(Jung Jung, Jin Cho, Mi Byun, & Hoon, 2018)

CLÍNICA

El síntoma patognómico es la hemorragia genital que tiene las siguientes características: sangre roja rutilante, de cantidad escasa o profusa, aparece en forma súbita e indolora y sin contracciones uterinas.

“Esta anomalía de implantación placentaria conlleva a un mecanismo de perfusión placentaria anómalo, y producen una reducción del flujo placentario por disminución de la extensión y espesor de las vellosidades coriónicas.” (Isla Valdes, y otros, 2008)

La sintomatología es intermitente y progresiva, por lo general el primer enveto de sangrado no suele ser abundante y cesa de manera espontánea, que luego aparecerá en un tiempo posterior.

“En casi 25% de la pacientes ocurre el primer episodio hemorrágico antes de la semana 30 de gestación, y en más de 50 % entre las semanas 34 y 40.” (Rigol Ricardo, 2004)

Las hemorragias en la placenta previa empiezan sin aviso y sin dolor en una gestante sin contratiempos.

La causa de las hemorragias se debe, “cuando la placenta está localizada sobre orificio interno, la formación del segmento inferior y la dilatación del orificio interno dan por resultado de manera inevitable desgarros de las fijaciones de la placenta.” (Cunningham, Leveno, Hauth, Rouse, & Spong, 2010)

El aumento de la cantidad de la hemorragia se debe, por la incapacidad inherente de las fibras miométriales del segmento inferior de contraerse y que van a constreñir los vasos avulsionados.

“Clásicamente la ausencia de dolor y de contracciones uterinas eran considerados los hallazgos típicos que podían diferenciar esta condición de un desprendimiento de placenta normoinserta. Sin embargo, algunas mujeres con placenta previa tienen contracciones uterinas además del sangrado, por lo que

el diagnóstico de placenta previa requiere confirmación ultrasonográfica”. (Avila Darcia, Alfaro Moya, & Olmedo Soriano, 2016)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de esta patología se lo establece, con la clínica, exploración física y ecografía.

En la exploración física, en el momento de la palpación encontraremos un abdomen releva un útero blando e indoloro, cuando no existe dinámica uterina.

Tacto vaginal no se realiza porque puede movilizar los cotiledones y coágulos formados que incrementarán la hemorragia, ante esto, es necesaria una Especuloscopia, porque nos permite comprobar el origen del sangrado y confirmar o descartar otras causas de hemorragia.

Y por último, otro método de diagnóstico de esta patología es mediante la ecografía transvaginal porque tiene mayor sensibilización en un 97%, que la abdominal.

“Para establecer el diagnóstico de placenta previa es necesario demostrar la presencia de tejido placentario en la región del segmento inferior del útero, anterior, posterior o lateralmente.” (Bajo Arenas, Melchor Marcos, & Mercé, 2007)

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

En cuanto a la evolución y pronóstico para el binomio madre y feto, estará muy influida en el tiempo en que se produce el primer evento de sangrado y su cuantía.

En el pronóstico, independiente de la cuantía de sangrado que pudiera conducir a una cesárea urgente, la repetición continua de los sangramientos no

abundantes y que son soportables por la madre, conllevarían a una situación desfavorable para el feto, “porque cada zona de la placenta que se separa no es funcional, por tanto, provoca la anoxia del feto, con retardo de su crecimiento y prematuridad.” (Rigol Ricardo, 2004)

PROFILAXIS

En la actualidad no existen formas para prevenir la placenta previa, pero de acuerdo a las teorías que originan esta patología, como la alteración de la capas uterinas debido cirugías previas, legrados y miomas, alteración en la formación de la placenta que es consecuente al hábito del consumo de cocaína, tabaco.

Toda embarazada con hemorragia uterina durante el último trimestre de embarazo es sospechosa de placenta previa.

Cuando hay un evento de sangrado en el último trimestre del embarazo, el manejo es el siguiente:

- ✓ Ingreso hospitalario inmediato.
- ✓ Control de biometría hemática (especialmente hemoglobina y hematocrito).
- ✓ Ecografía transvaginal para precisar el lugar de inserción placentaria y evaluación biométrica fetal.

Por lo tanto se aconseja a usuarias en edad fértil evitar factores predisponentes que son modificables como no consumir tabaco, ni otras drogas.

En la actualidad se ha diseñado un sistema de puntuación para predecir la adherencia placentaria con placenta previa, el sistema de puntaje se denomina Placenta Previa con puntaje de Placenta adherente (PPAP)

“La puntuación PPAP se compone de los siguientes dos componentes;

1) antecedentes de cesárea previa, dilatación y curetaje, u otra cirugía uterina;

2) hallazgos de imágenes de ultrasonografía y MRI. Cada ítem se clasifica como 0, 1, 2 o 4 puntos y luego se suma para obtener un número entre 0 y 24. Si los pacientes con PP tenían un puntaje de 8 o más, sospechamos que tenían AP, y los pacientes recibieron colocación de catéteres intraoculares de oclusión de la arteria ilíaca preoperatoria. La precisión diagnóstica de la puntuación de PPAP se estimó. Este estudio fue aprobado por los consejos de ética institucional.” (Ryosuke , Tanimura, Deguchi, Morizane, & Yamada, 2016)

“La puntuación de PPAP arrojó un 90% de sensibilidad, 98% de especificidad, 85% de valor predictivo positivo, 98% de valor predictivo negativo y 97% de precisión.” (Ryosuke , Tanimura, Deguchi, Morizane, & Yamada, 2016)

En la actualidad este sistema de puntuación arroja una gran precisión en la predicción de acreta de placenta previa, además puede ser útil en el tratamiento de mujeres con placenta previa.

Desde el 2016 hasta la actualidad hay una correlación positiva entre la puntuación del PPAP y la cantidad de pérdida de sangre.

TRATAMIENTO

Una vez que se realiza el diagnóstico de la placenta previa, si el sangrado no es profuso y la edad gestacional es menor a las 36 semanas, se deberá diagnosticar la madurez pulmonar del feto. Pero si hubiera un sangrado profuso, se iniciaría maduración pulmonar con corticoides con medidas generales como es el reposo absoluto, control de la hemorragia y administración de uteroinhibidores si fuera necesario.

Si el cuadro clínico es favorable se podría esperar hasta que los pulmones terminen su proceso de maduración, para realizar el procedimiento quirúrgico de cesárea.

Aunque la cesárea es el método de elección para la terminación del embarazo frente a esta patología, existe un método denominado Puzos, la cual consiste en la rotura de membranas, cuando la placenta está cubriendo el borde del orificio cervical interno.

Esta amniotomía tendría un doble efecto hemostático en el momento de la salida del líquido permite el apoyo de la presentación sobre la parte inferior de la placenta; además de cesar los tironeamientos que ejercen las membranas sobre el borde placentario y que va a facilitar el desprendimiento de esta.

I.I JUSTIFICACIÓN

Este estudio de caso tiene la finalidad de conocer aspectos importantes de los factores de riesgo involucrados en la morbilidad materno-fetal asociados a la patología de placenta previa, como causa de hemorragias de la segunda mitad del embarazo, con el fin del manejo adecuado del componente materno fetal.

El manejo de los factores de riesgos en la prevención de esta patología, disminuiría la prevalencia de anomalías inserción placentaria.

Considerando que las anomalías de inserción placentaria constituyen una importante causa de sangrado y morbimortalidad materna y fetal, es importante el estudio de casos referente a esta patología, que se suscitan en la región.

Por tal motivo en la siguiente revisión se espera demostrar cuales son los factores de riesgo asociados a la patología de placenta previa y así poder realizar la detección temprana, para minimizar las complicaciones de binomio madre-feto.

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Analizar los factores de riesgo y complicaciones maternas fetales que se asocian a la placenta previa y su posterior evolución clínico-quirúrgica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer los factores de riesgo presentes en la placenta previa del caso en estudio.
2. Determinar las complicaciones maternas y fetales que presenta la placenta previa durante la segunda mitad del embarazo.

1.3 DATOS GENERALES

- ✓ Usuaría de 36 años
- ✓ Género: femenino
- ✓ Peso de 77kg
- ✓ Talla de 1,55cm
- ✓ Raza: Montubia
- ✓ Estado civil en unión libre,
- ✓ Paridad: con 4 hijos,
- ✓ Profesión ninguna,
- ✓ Nivel de estudios: bachiller
- ✓ Ocupación: quehaceres domésticos
- ✓ Nivel sociocultural/económico es bajo
- ✓ Procedencia geográfica es área rural

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.

Paciente femenina de 36 años acude con cuadro clínico de +/- 2 h de evolución caracterizado por sangrado transvaginal rojo y rutilante e indoloro.

HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

ANTECEDENTES FAMILIARES

No refiere Antecedentes hereditarios, congénitos, de predisposición familiar, infecto contagiosos: luéticos, fímicos, diabéticos, oncológicos, cardiovasculares, respiratorios, convulsivos, enfermedades de transmisión sexual, psiquiátricos, alérgicos, osteoartícos, hemorragiparos.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

• Toxicológicos.

Alcoholismo: usuaria ha consumido bebidas alcohólicas (generalmente cerveza)

Tabaquismo: refiere no fumar.

Drogadicción: Refiere no haber ingerido o utilizado alguna otra sustancia tóxica.

• Quirúrgicos.

Hace 6 años le realizaron una colecistectomía, por cálculos biliares, no hubo complicaciones en la cirugía.

• Transfusionales.

Refiere que nunca ha recibido transfusiones sanguíneas, ni donado sangre

- **Alérgicos**

Refiere no tener ninguna alergia.

Antecedentes Gineco Obstétricos

Inicio de la pubertad.

- Aparición de caracteres sexuales secundarios.

Pubarquia: 12 años

Menarquia: 13 años

- **Vida sexual:**

16 años

Número de parejas: 2

- **Uso de métodos de anticoncepción**

Anticonceptivos orales e inyectables

- **Fecha última de menstruación**

28/05/2018

- **Gestas 5; Partos 4; Abortos 1; Cesárea 0**

- **Periodo intergésico: 4 años**

2.2 ANAMNESIS

Paciente estable, orientada en tiempo y espacio, Glasgow 15/15 refiere cuadro clínico de 2 horas de evolución caracterizado por sangrado tranvaginal rojo rutilante de leve a moderada cantidad, sin otra sintomatología acompañante y que se atenúa con reposo; además evidencia una ecografía realizada en días anteriores con informe ecográfico de 35,5 SG+ presentación podálica+ placenta previa; motivo por el cual se canaliza vía periférica con una solución cristaloide y se decide ingreso para manejo y conducta a seguir de patología.

2.3 EXAMEN FÍSICO

Usuaría activa, consciente, alerta, orientado en tiempo, espacio y persona, cuya edad aparente concuerda con la edad cronológica; en posición decúbito dorsal, biotipo constitucional normo línea, sin alteración su estado músculo nutricional y esquelético, con un lenguaje coherente y fluido, fascie normal, sin emisión de olores desagradables.

Signos vitales: PA: 110/60 FC: 97 FR:20 T:36 °C SPO2: 98%

Piel y faneras: mediante la inspección, piel de color canela, normohidratada.

Cabeza: normocéfalo, mucosas orales coloreadas y semihúmedas.

Cuello: Mediante la inspección del cuello, se evidencia simetría, forma cilíndrica, no lesiones, no nodulaciones.

A la palpación del cuello, no se perciben nódulos ni lesiones, no atrofas dérmicas ni musculares, no se observan cadenas ganglionares. Además por medio de las maniobras de palpación del tiroides (De quervain, Crile, Haley), no se palpan anomalías en la tiroides.

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

Abdomen: a la inspección se evidencia globuloso compatible con gestación, sin presencia de cicatrices. A la palpación superficial, no hay signos de hipersensibilidad cutánea, normo temperatura, estrías difusas y evidencia de línea de alba en abdomen.

A la palpación profunda, abdomen globuloso compatible con embarazo, no doloroso.

Genitales: no edema, normohidratada

Extremidades: forma simétrica, móviles, volumen y longitud adecuado, no edema

EXÁMEN GINECO OBSTETRICO

Maniobras de Leopold.

Situación: Dorso longitudinal derecho

Presentación: podálica

Altura uterina: 34 cm

Dinámica uterina: ausente

Movimientos fetales: presentes

FCF: 150 lpm

2.4 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Se genera orden de exámenes complementarios para convalidar diagnóstico.

EXÁMENES DE LABORATORIO

- ✓ Grupo sanguíneo: O+
- ✓ Tiempo de protrombina: 17 segundos
- ✓ Tiempo de Trombina parcial: 24 segundos.
- ✓ Prueba serológica para Sífilis: no reactiva
- ✓ Virus de inmunodeficiencia Humana: no reactiva
- ✓ Biometría hemática de control
- ✓ Leucocitos: 11,210 uL
- ✓ Hemoglobina: 11,1 g/dL
- ✓ Hematocrito: 33,2 %
- ✓ Plaquetas: 168.000

EXÁMEN ECOGRÁFICO

Feto único vivo en posición podálica, peso fetal de 2847 gramos.

Placenta posterior previa total con signos de madurez grado II.

Líquido amniótico con ILA 14,7

Impresión diagnóstica ecográfica: embarazo de 35,5 semanas de gestación, producto único vivo en posición podálica, placenta previa total.

2.5 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

En el diagnóstico presuntivo, se evidencia un cuadro clínico caracterizado por sangrado transvaginal rojo y rutilante, de leve cantidad, en ausencia de dolor en hipogastrio que sugiere una hemorragia de la segunda mitad del embarazo característico por su sintomatología de Placenta Previa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial, debe excluirse todo sangrado de origen ginecológico como es la exocervicitis hemorrágica, cáncer de cuello uterino y roturas de varices vaginales. Para eso, el mejor método para hacer un correcto diagnóstico es mediante Especuloscopia, donde se podrá excluir estas patologías.

Entre las patologías que originan un sangrado y que tienen en cierta sintomatología similitud a la placenta previa, tenemos al desprendimiento de placenta normalmente insertada que tiene signos que difieren de los de la placenta previa, como es la característica de la hemorragia que por lo general es única, color negrozca acompañado de coágulos, existe dolor en el sitio de desprendimiento y en ocasiones el útero tiende a tener una consistencia leñosa.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Después del análisis del cuadro clínico referido por la usuaria, anamnesis minuciosa y exámenes complementarios se determina un diagnóstico definitivo de embarazo de 36,6 semanas de gestación, placenta previa+ presentación podálica.

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

De acuerdo al historial clínico referido por la paciente, en la cual indica factores predisponentes como su edad materna, multiparidad, historia de aborto, estilo de vida, obesidad para el origen de esta anomalía de inserción placentaria

La principales medidas terapéuticas, indicada ante esta patología es el reposo absoluto, evitar los tactos vaginales, control de perdida, monitoreo fetal, aceleración de maduración pulmonar con corticoides, si fuera necesario, hidratación.

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

Se proporciona a la paciente las medidas que tiene que tiene que ejecutar, como es el control de natalidad y cambiar el estilo de vida.

La conducta a seguir de la paciente es solicitar la ligadura de trompas, por el motivo de que no originaria potra patología como esta en el futuro.

2.8 SEGUIMIENTO

Una vez que está ingresada la paciente a la unidad hospitalaria, se le realiza seguimiento para el control de sangrado, bienestar materno fetal, con una frecuencia de cada 3 horas.

La importancia de este seguimiento, es precautelar el binomio madre-feto, hasta que se decida la conducta a seguir, que depende de la evolución favorable o desfavorable del cuadro clínico.

9 OBSERVACIONES

La paciente que fue ingresada en la unidad de salud de II nivel, como medida terapéutica necesaria que es el reposo absoluto, con hidratación vía parenteral, en la espera de un cupo de atención, para una unidad de tercer nivel, por complejidad de cuadro clínico, está en buenas condiciones generales, hubo cese del sangrado, no contracciones uterinas

Se tomaron las medidas necesarias a la hora de decidir el manejo de esta patología, en al cual se informó, tanto la usuaria, como familiares sobre las medidas generales y terapéuticas para el cuadro clínico y la posterior derivación a unidad de III nivel.

Mientras tenga una edad gestacional no idónea para la realización de la cesárea, se maneja una conducta expectante, donde se valorará la madurez pulmonar.

Finalmente la paciente obtiene atención en otra unidad hospitalaria, en la cual proceden con un tratamiento expectante, en la espera de que la edad gestacional sea idónea para la interrupción del embarazo por vía alta.

El resultado fue, un neonato en buenas condiciones de salud y el bienestar hemodinámico de la madre en óptimas condiciones.

CONCLUSIONES

1. Una buena anamnesis determina inicialmente el diagnóstico de placenta previa.
2. El manejo adecuado de la literatura de esta patología, conllevará a la toma de decisiones idóneas para binomio madre-feto.
3. La placenta previa forma parte de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo.
4. La incidencia de factores de riesgo en mujeres de edad fértil para el origen de la placenta previa.
5. Los factores riesgo para placenta previa que inciden en las gestantes son varios, como la multiparidad, edad avanzada, embarazo múltiple, anemia, cicatrices uterinas previas, tabaquismo, uso de cocaína, así sangrado indoloro durante el final del segundo y tercer trimestre de gestación.
6. Actualmente el método para la interrupción del embarazo frente a esta patología es la cesárea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AVILA DARCIA, S., ALFARO MOYA, T., & OLMEDO SORIANO, J. (2016). Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 3.
2. BAJO ARENAS, J. M., MELCHOR MARCOS, J. C., & MERCÉ, L. T. (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A.
3. CUNNINGHAM, G. F., LEVENO, K. J., HAUTH, J. C., ROUSE, D. J., & SPONG, C. Y. (2010). *Williams Obstetricia 23ª edición*. Mexico: McGraw Hill.
4. GABBE, S. G., NIEBYL, J. R., & SIMPSON, J. L. (2012). *Obstetricia 3rd ed*. Madrid: Marbán.
5. GÉRVAS CAMACHO, JUAN;. (2002). El caso clínico en medicina general. *Elsiever*, 339-419.

6. ISLA VALDES, A., CRUZ HERNANDEZ, J., VELASCO BOZA, A., HERNANDEZ GARCIA, P., FAJARDO PIG, R., & DIAZ CURBELO, A. (2008). Comportamiento de la placenta previa en el Hospital Ginecoobstetrico "América Arias", periodo 2003-2005. *Titulos originales*, 3.
7. JUNG JUNG, E., JIN CHO, H., MI BYUN, J., & HOON, D. (1 de Marzo de 2018). *Placenta Journal*. Obtenido de Eun Jung Jung, Hwa Jin Cho, Jung Mi Byun, Dae Hoon Jeong, Kyung Bok Lee, Moon Su Sung, Ki Tae Kim, Young Nam Kim: [https://www.placentajournal.org/article/S0143-4004\(17\)](https://www.placentajournal.org/article/S0143-4004(17))
8. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2017). Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos. *Guía de Práctica Clínica*, 9.
9. RIGOL RICARDO, O. (2004). *Obstetricia y Ginecología*. La Habana: Ciencias Medicas.
10. RYOSUKE , T., TANIMURA, K., DEGUCHI, M., MORIZANE, M., & YAMADA, H. (2016). Predicción de placenta adherente con placenta previa utilizando un novedoso sistema de puntuación. *Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad de Kobe, Japón*, 2.

ANEXOS

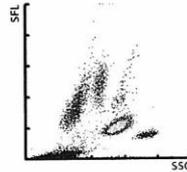
HOSPITAL SAGRADO CORAZON D JESUS XN-L xn350

N° muestra: 1002185358 Adaptador: Pos.: 02/10/2018 16:07:02 WB
 ID paciente: 5358 Sala: PARTO Doctor:
 Nomb: JURADO AVEIGA MIRIAN ELIZABETH Nacimiento: Sexo: Mujer
 Coment. muestra: Alias: XN-L

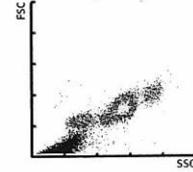
Negative

WBC	11.21	[10 ³ /uL]	
RBC	3.80	[10 ⁶ /uL]	
HGB	11.1	[g/dL]	
HCT	33.2	[%]	
MCV	87.4	[fL]	
MCH	29.2	[pg]	
MCHC	33.4	[g/dL]	
PLT	168	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	42.2	[fL]	
RDW-CV	13.1	[%]	
MPV	11.7	[fL]	
NEUT	7.46 +	[10 ³ /uL]	66.6 [%]
LYMPH	2.15	[10 ³ /uL]	19.2 - [%]
MONO	0.81 +	[10 ³ /uL]	7.2 [%]
EO	0.58 +	[10 ³ /uL]	5.2 [%]
BASO	0.05	[10 ³ /uL]	0.4 [%]
IG	0.16	[10 ³ /uL]	1.4 [%]

WDF



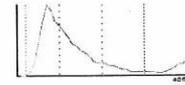
WDF-CBC



RBC



PLT



WBC Mensaje IP

RBC Mensaje IP

PLT Mensaje IP

[Handwritten signature]
 Pineda
 00018
 02/10/2018
 16:07

Diagnostico para el cuidado de tu Salud"
CENTRO DE DIAGNOSTICO MEDICO POR IMAGENES
ECOGRAFÍA GENERAL - ESPECIAL / RAYOS X SIMPLE - CONTRASTADAS

10 de febrero del 2018

NOMBRE DEL PACIENTE: JUARADO MIRIAN

EDAD: 36 AÑOS

MEDICO SOLICITANTE: DR. A QUIEN CORRESPONDA

RESULTADO:

ECOGRAFÍA OBSTETRICA: Feto único vivo en posición podálica con el dorso hacia la derecha con un Diámetro Biparietal: 8,5 cm; Perímetro Cefálico: 31,8 cm; Perímetro Abdominal: 32,5 cm y una longitud del Fémur de 7 cm; correspondientes a una gesta de 35 semanas con 5 días de gestación. Peso fetal aproximado: 2847 gramos (6 libras 4 oz).

Identificación de 4 cámaras cardiacas con frecuencia fetal de 140 latidos por minuto (normal de 120 a 160 latidos por minuto).

Por tamaño fetal no es posible valorar malformaciones congénitas.

Movimientos fetales activos.

Placenta posterior previa total con signos de madurez grado II (según clasificación de Grannum).

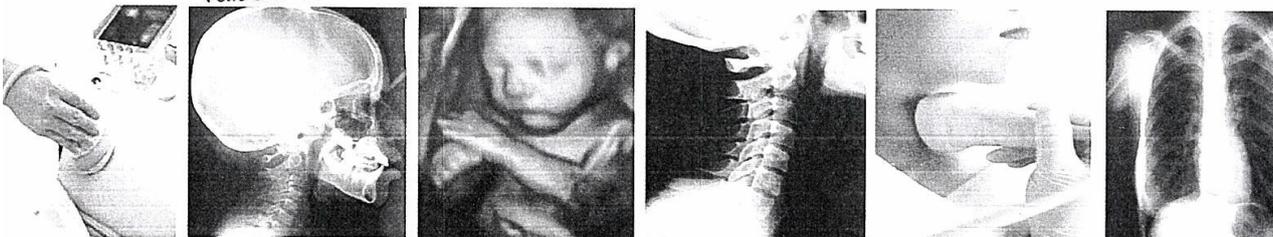
Líquido amniótico con un ILA de 14,7 (normal de 8 a 22 según Phelan y cols).

Cérvix cerrado.

CONCLUSIÓN: Embarazo intrauterino de aproximadamente 35 semanas 5 días por ultrasonido + producto único vivo en posición podálica + **PLACENTA PREVIA TOTAL**, resto del estudio dentro de los parámetros habituales para la edad gestacional.

Atentamente,

Dr. Milton Pucha Pilco
ESPECIALISTA EN
RADIODIAGNÓSTICO E IMAGEN
SENECYT: 1005-14-86044147
Reg. M.S.P.: Libro 3 "E"
Folio 35 i.º 102





N 333772 DR Solórzano

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	
TURADO		AVEIGA		MIRIAM ELIZABETH		2 04 1981		36	M	
Nacionalidad		País		Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte		Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio		Nº Telefónico
E		E		0704116219		Los Pios		SAN CARLOS		099677411
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Convencional/ Celular		

II. REFERENCIA: DERIVACIÓN:

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área	
H.S.C.5	0704116219	HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN JESÚS		HB	12 DO3	
Refiere o Deriva a:					Fecha	
JBC		Clínica Paulson		G/O	GINECOLOGIA	
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud		Servicio	Especialidad	
					10 02 2018	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutive
 Ausencia temporal del profesional
 Falta de profesional

Saturación de capacidad instalada
 Otros /Especifique:

TA: 10/60 Tº: 36
 FC: 97x alejo
 FR: 20x PROXI
 ST02 981

3. Resumen del cuadro clínico

AGO: G: 05 P4 AIC O.
 Pde de 30 años de edad que refer. cuadro clínico de 9 horas de evolución con sangrado vaginal rojo brillante acompañado de leve dolor en hipogastrio. Fm: 25/05/2018 Al examen ginecológico por especuloscopia presenta: cervix ectocervical con presencia de sangrado de escaso volumen rojo brillante.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Según Ecografía realizada el 10/02/18 Reporta: Presentación pedicular, movimiento fetal activo. 120-160 latidos x'. Peso fetal: 2847 gramos, Placenta posterior grado II, DIF: 14.7.

5. Diagnóstico

		CIE-10	PRE	DEF
1	E. bruno + 36.656 x FM. -	234		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Placenta previa educta	0441		<input checked="" type="checkbox"/>

Nombre del profesional: Dr. Raúl Valdés

Código MSP:

Firma:

III. CONTRAREFERENCIA:

REFERENCIA INVERSA:

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud		Tipo	Servicio	Especialidad del servicio	
Contrarefiere o Referencia inversa a:						Fecha	
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área		

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--	--	--	--	--	--	--	--

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: