



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

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO  
PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE OBSTETRIZ**

**TEMA:  
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTAEN EMBARAZO  
PREMATURO DE 33 SEMANAS**

**AUTORA:  
ELOISA ELIZABETH MENDIETA ACOSTA**

**TUTOR:  
DR. CESAR BERMEO NICOLA**

**BABAHOYO-LOS RÌOS-ECUADOR  
2018**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

**DR. CARLOS HIDALGO COELLO, MSc.  
DECANO O DELEGADO (A)**

**OBST. LILIAN MUÑOZ SOLÓRZANO, MSc.  
COORDINADOR DE LA CARRERA  
O DELEGADO (A)**

**DR. CONSTATINO DARRAMON HILL, MSc.  
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE  
O DELEGADO (A)**

**AB. CARLOS FREIRE NIVELA  
SECRETARIA GENERAL (E)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



**APROBACIÓN DEL TUTOR**

Yo, **DR. CESAR BERMEO NICOLA**, en calidad de Docente - Tutor de la estudiante **SRTA. ELOISA ELIZABETH MENDIETA ACOSTA** la misma que está matriculada en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, "**DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA EN EMBARAZO PREMATURO DE 33 SEMANAS**", de la Carrera de Obstetricia de la Escuela de Obstetricia , en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de septiembre del año 2018

**Dr. Cesar Bermeo Nicola.**

Nombres y Apellidos:

CI: 120037747-9

Dr. Cesar Bermeo Nicola  
CARRERA OBSTETRICIA  
MSP 1579  
CARRERA VI FOLIO 568





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

**A: Universidad Técnica de Babahoyo**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela de Obstetricia**  
**Carrera de Obstetricia**

Por medio del presente deixo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

**DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA EN EMBARAZO PREMATURO DE 33 SEMANAS.** Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: 17 de septiembre del 2018

**Autora**

*Eloisa Mendieta A.*

Eloisa Elizabeth Mendieta Acosta  
CI. 120715764-3



Babahoyo 17 de septiembre del 2018

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACIÓN, EXÁMEN COMPLEXIVO**

Lcda. Betty Narcisa Mazacón Roca PhD  
**DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Dra. Alina Izquierdo Cirer Msc.  
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

En mi calidad de tutor de la Srta., MENDIETA ACOSTA ÉLOISA ELIZABETH en el CASO CLÍNICO-EXAMEN COMPLEXIVO, entrego el certificado del sistema URKUND.

URKUND

Documento: [ELOISA MENDIETA CASO CLINICO.docx](#) (ID:41473604)

Presentado: 2018-09-15 18:31 (-05:00)

Presentado por: [arocrewen@hotmail.com](mailto:arocrewen@hotmail.com)

Recibido: [cbermeo.urb@analysis.arkund.com](mailto:cbermeo.urb@analysis.arkund.com)

Mensaje: [Mostrar el mensaje completo](#)

9% de estas 9 páginas, se componen de texto presente en 1 fuentes.

**DR. CESAR BERMEO NICOLA**

Dr. Cesar Bermeo Nicola  
GINECO OBSTETRICIA  
MSP 1579  
1182091 Rolito 568



*Paula  
17/09/18  
ar*

## INDICE GENERAL.

|  |            |
|--|------------|
| <b>INDICE GENERAL.</b>   | <b>I</b>   |
| <b>RESUMEN</b>   | <b>III</b> |
| <b>INTRODUCCIÓN.</b>   | <b>V</b>   |
| <b>Título del Caso Clínico.</b>  | <b>VI</b>  |
| <b>I. MARCO TEÓRICO.</b>   | <b>1</b>   |
| <b>1.1. Justificación.</b>   | <b>8</b>   |
| <b>1.2. Objetivos.</b>   | <b>9</b>   |
| <b>1.2.1. Objetivo general.</b>  | <b>9</b>   |
| <b>1.2.2. Objetivos específicos.</b>   | <b>9</b>   |
| <b>1.3. Datos generales.</b>   | <b>10</b>  |
| <b>II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.</b>  | <b>11</b>  |
| <b>2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.</b>            | <b>11</b>  |
| <b>2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).</b> | <b>12</b>  |
| <b>2.3. Examen físico (exploración clínica).</b>   | <b>12</b>  |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>2.4. Información de exámenes complementarios realizados.</b>   | <b>13</b> |
| <b>2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.</b>   | <b>16</b> |
| <b>2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.</b> | <b>16</b> |
| <b>2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.</b>                    | <b>17</b> |
| <b>2.8. Seguimiento.</b>  | <b>19</b> |
| <b>2.9. Observaciones.</b>  | <b>20</b> |
| <b>CONCLUSIONES.</b>  | <b>21</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>  | <b>22</b> |
| <b>ANEXOS.</b>  | <b>24</b> |

## **RESUMEN**

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta es la segunda causa más frecuente de las hemorragias del segundo y tercer trimestre de la gestación, Aunque la causa principal de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta se desconoce, se asocia a factores etiológicos como patológicos hipertensivas, factores genéticos, traumatismos, embarazos múltiples, tabaco, y cocaína.

La triada clásica de síntomas en al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta son: hemorragias, dolor e hipertonía uterina. Las complicaciones más frecuentes están relacionadas con la hemorragia masiva y la alteración de la coagulación. Su etiología es multifactorial y puede llegar a comprender la vida tanto de la madre como la del feto.

El pronóstico depende del grado de desprendimiento, de la precocidad del diagnóstico y de un correcto tratamiento debemos considerarlo como una emergencia por que probablemente las próximas horas sean cruciales tanto como la paciente y el feto, su gravedad depende del tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la atención recibida. El tratamiento debe abarcar medidas generales para el mantenimiento del equilibrio hemodinámico.

Debemos conocer el problema sobre la salud materno perinatal y lograr una mayor y mejor comprensión clínica y con un diagnostico precoz, manejo y tratamiento adecuado para evitar la morbi-mortalidad y mortalidad materno fetal.

## **PALABRAS CLAVES**

Prematuro

Hemorragia

Desprendimiento

Diagnostico



## **SUMMARY**

The premature detachment of placenta normoinserta is the second most frequent cause of hemorrhages in the second and third trimesters of pregnancy, Although the main cause of premature detachment of placenta normoinserta is unknown, it is associated with etiological factors such as pathological hypertension, genetic factors, traumatisms , multiple pregnancies, tobacco, and cocaine.

The classic triad of symptoms in the premature detachment of normoinserta placenta are: hemorrhages, pain and uterine hypertonia. The most frequent complications are related to massive hemorrhage and the alteration of coagulation. Its etiology is multifactorial and can come to understand the life of both the mother and the fetus.

The prognosis depends on the degree of detachment, the precocity of the diagnosis and a correct treatment we must consider it as an emergency because probably the next hours are crucial as much as the patient and the fetus, its severity depends on the time that elapses between the start of the symptoms and the attention received. The treatment should include general measures for maintaining the hemodynamic balance.

We must know the problem about maternal and perinatal health and achieve a greater and better clinical understanding and with an early diagnosis, management and adequate treatment to avoid maternal and fetal morbidity and mortality.

## **KEYWORDS**

Premature

Hemorrhage

Detachment

Diagnosis

## INTRODUCCIÓN.

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta se define como una hemorragia en el embarazo en cualquier momento después de las 20 semanas de la gestación antes del periodo de el alumbramiento.

Las hemorragias se pueden producir en la primera etapa del embarazo donde las causas principales son: aborto, amenaza de aborto y embarazo ectópico.

En la segunda y tercera etapa del embarazo las causas son: placenta previa es que la (placenta se inserta sobre o muy cerca del cuello del útero) o desprendimiento prematuro de la placenta que es (cuando se desprende antes de su debido tiempo que debería ser después que del nacimiento del feto). El sangrado es causante de posibles complicaciones fetales y neonatales donde se puede asociar a sufrimiento fetal y a óbito fetal. Su etiología es multifactorial, y puede llegar a comprometer la vida tanto de la madre como la del feto.

El interés del presente estudio es la relevancia de este problema frente a la gestante de 33 semanas debemos considerarlo como una emergencia por que probablemente las próximas horas sean cruciales tanto para la paciente y el feto. Su gravedad depende del tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la atención recibida. (Infogen, 2015)

**TEMA:**  
**DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA EN EMBARAZO  
PREMATURO DE 33 SEMANAS**

## I. MARCO TEÓRICO.

El desprendimiento prematuro de placenta normo inserta corresponde al 30 % de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, esta complicación está asociada a una mortalidad materna del 1 %. El desprendimiento ha sido relacionado a un incremento en la incidencia de coagulación intravascular diseminada, falla renal, necesidad de transfusiones e histerectomía. El desprendimiento prematuro puede presentarse con sangrado entre las membranas y la decidua a través del cérvix o permanecer confinado al útero con sangrado por detrás de la placenta. (Materna, 2015)

### Posición Placentaria

Durante el embarazo, la placenta se desplaza a medida que el útero se estira y crece. Al inicio del embarazo, es muy común que la placenta esté en la parte baja en el útero, pero a medida que el embarazo continúa, la placenta se desplaza hacia la parte superior de éste debido a que su crecimiento es mucho menor al crecimiento del útero y el borde placentario se aleja poco a poco del cuello uterino.

Una vez implantada y bien sujeta en la pared uterina, la placenta no se mueve

Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino esté despejado para el parto (Infogen, 2015)

El trofoblasto cumple un papel crucial en la implantación y la placentación. Ambos procesos ocurren correctamente como consecuencia de la comunicación molecular entre tejidos fetales y maternos, mediada por hormonas y receptores de membrana. La fisiología del embarazo depende del progreso ordenado de los cambios estructurales y funcionales del trofoblasto veloso y extraveloso.

Lo anterior quiere decir que un trastorno de tales procesos puede conducir a diferentes tipos de complicaciones de diversos grados de gravedad, incluida la posible pérdida del embarazo y las enfermedades mortales. (Briceño, 2016)

## **Fisiopatología**

Se han propuesto varios mecanismos que explican el desprendimiento prematuro de la placenta. Uno de ellos implica la injuria vascular local. Se produce disrupción de los vasos sanguíneos de la decidua basal, condicionada por una arteriolitis. Los vasos sanguíneos de la decidua se rompen y se produce hemorragia en el espacio retro placentario.

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

Existen varios mecanismos fisiopatológicos que producen este desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, pero quizás el más importante sea la ruptura por injuria (isquemia) de los vasos sanguíneos de la decidua basal, produciéndose extravasación sanguínea y formación del hematoma, el cual al crecer producirá mayor separación de la masa placentaria y aumentará los desgarros vasculares, llevándolo a extravasación sanguínea.

Otro mecanismo de desprendimiento placentario, sería debido a la elevación brusca de la presión venosa de los vasos uterinos, el cual es transmitido al espacio intervelloso, produciendo congestión del lecho venoso, ruptura vascular, hemorragia y finalmente separación placentaria. (Austria, 2014)

## Signos y síntomas del desprendimiento placentario

El desprendimiento de placenta es más probable que ocurra en el último trimestre del embarazo, en especial, durante las últimas semanas antes del nacimiento. En el siguiente cuadro se representan algunos signos y síntomas del desprendimiento de la placenta:

**Cuadro#1**

| Síntomas   | Factores de riesgo   | Complicaciones  |
|--|--|---|
| 1. Sangrado vaginal<br>2. Dolor abdominal<br>3. Dolor de espalda<br>4. Sensibilidad uterina<br>5. Contracciones uterinas, a menudo, una inmediatamente después de la otra<br>6. Dureza en el útero o el abdomen. | 1. Presión arterial alta crónica<br>2. Presión arterial alta durante el embarazo, que provoca preeclampsia o eclampsia<br>3. Una caída u otro tipo de golpe al abdomen<br>4. Rotura prematura de membranas, que provoca filtración del líquido amniótico antes de que finalice el embarazo | 1. Choque debido a la pérdida de sangre<br>2. Problemas de coagulación (coagulación intravascular diseminada)<br>3. La necesidad de una transfusión sanguínea |

**Cuadro 1:** Factores de riesgo, síntomas, complicaciones (clinic, 2018)



## **Incidencia**

Durante el embarazo cualquier hemorragia genital, por pequeña que sea, debe considerarse patológica. Las hemorragias en la segunda mitad del embarazo y en el parto son complicaciones serias y están entre las causas frecuentes de mortalidad materna. Inciden en un 5% de todos los embarazos tras la semana 28.

Cabe enfatizar que una hemorragia inicialmente escasa y aparentemente no peligrosa puede transformarse en escasos minutos, tanto por un tacto vaginal o por una exploración con espéculo, en una copiosa hemorragia que, al margen del riesgo fetal, obligue a finalizar urgentemente la gestación. Globalmente, un 80% de ellas tienen un origen en la placenta, un 10% en procesos benignos o malignos del cuello uterino, vagina o vulva (hemorragias de origen no placentario) y en el 10% restante no llegará a aclararse su etiología. (RAMIREZ, 2017)

## **Etiología**

La causa primaria del Desprendimiento de placenta no es bien conocida. Se identifican diferentes factores etiológicos.

**Patología hipertensiva:** La preeclampsia y la hipertensión y arterial crónica con preeclampsia sobreañadida se asocian en un 40 a 60% al desprendimiento de membranas. La Hipertensión arterial es la complicación médica más frecuente del embarazo. La elevación tensional de la embarazada tiene diversas causas y expresiones. (Dechend S, 2014)

**Déficit de fosfato:** El fósforo no solo contribuye a la formación y funcionamiento de las membranas celulares, que aseguran que los nutrientes apropiados entren a las células y los deshechos la abandonen. Además, ayuda a que estas células se unan formando tejidos.

El déficit de Fosfato se relaciona con los riesgos y complicaciones obstétricas, tal como es el desprendimiento de placenta en gestantes. (Riviriego, 2015)

**Traumatismo:** os traumatismos siguen siendo la causa principal de morbilidad y mortalidad no obstétricas en embarazadas. Después de hechos traumáticos (en

especial los que son aparentemente insignificantes), la gravedad de las lesiones a las embarazadas puede ser un elemento inadecuado de anticipación de sufrimiento fetal y del resultado del parto. El traumatismo en la gestante se acompaña de un mayor peligro de que el parto acaezca antes del término, surja el desprendimiento prematuro de placenta, haya hemorragia feto materna y se pierda el producto de la concepción. (Deiorio, 2017)

**Leiomiomas o malformación uterina:** Si se produce la inserción placentaria en una zona donde hay un mioma o septo uterino hay predisposición al desprendimiento. (DICADO, 2014)

**Ruptura prematura de membranas:** Sobre todo cuando se produce de forma brusca provocando cambios de presión intrauterina que favorecerían el desprendimiento. La evidencia reciente ha vinculado la ruptura prematura de membranas a desprendimiento de placenta debido a que los neutrófilos son una fuente rica de proteasas que pueden degradar la matriz extracelular provocando aumento de la producción de trombina en la decidua. (Gonzales, 2016)

**Multiparidad:** Como factor que se relaciona con el aumento de incidencia de desprendimiento de membranas, es la multiparidad especialmente a partir del 5to hijo.

## **ANATOMÍA PATOLÓGICA**

Autores como López enfatiza que el desprendimiento prematuro de la placenta al proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta que, a diferencia de la placenta previa, está insertada en su sitio normal. (Lopez., 2017)

La presencia de un coágulo retro placentario es el hallazgo principal. ▫ Oscuro, adherido firmemente junto con zonas con infartos hemorrágicos agudos en los cotiledones de alrededor. ▫ Coágulos fisiológicos del alumbramiento en que estos últimos son de color rojizo, consistencia blanda y no se adhieren.

Por otra parte el autor Jaime informa que se puede que no se pueda apreciar el hematoma si se ha producido una disección placentaria completa. • Microscópico ▫ Hematomas en la zona decidua con zonas de necrosis focal junto con infartos hemorrágicos. ▫ Arteriolitis degenerativa e infartos organizados con presencia de restos de fibrina en los espacios intervillosos. Alteración más frecuente □ presencia de trombosis de las pequeñas venas retroplacentarias. (Jaime, 2016)

### **Grados de Desprendimiento placentario**

Dependiendo de cuál sea el índice de separación de la placenta de la pared uterina, se determinan diferentes grados de gravedad:

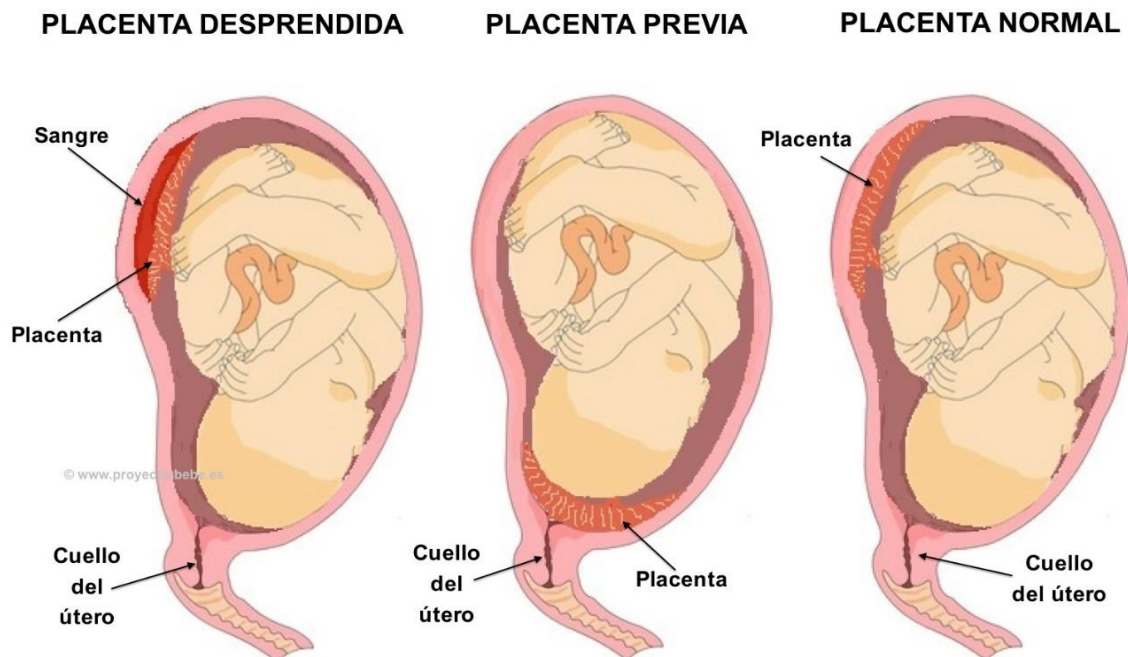
Grado 0: no hay síntomas y sólo se diagnostica el desprendimiento de placenta después del parto.

Grado 1: con sangrado escaso y con pocas contracciones uterinos. El feto no se ve afectado. Es el más frecuente.

Grado 2: hay más contracciones uterinas y se producen hemorragias moderadas. El aumento de la frecuencia cardiaca del feto también puede ser un indicador.

Grado 3: la máxima gravedad se da en el caso de que la placenta se separe por completo de la pared uterina, aunque es un caso muy excepcional. Se da un sangrado muy intenso con continuas contracciones uterinas. Se requiere de una cesárea para salvar al bebé, aunque si no está lo suficientemente desarrollado puede morir. Esta situación cuenta con una probabilidad baja, únicamente ocurre en uno de cada 750 casos, en la siguiente imagen diferenciaremos los tipos de placenta (plus, 2018)

**FIGURA#1**



**Figura#1** Se visualizan los distintos grados de desprendimiento prematuro de placenta (Embarazo, 2017)

## **1.1. JUSTIFICACION.**

El interés del presente estudio es conocer el problema sobre la salud materno perinatal y lograr una mayor y mejor comprensión clínica y con un diagnóstico precoz, manejo y tratamiento adecuado podemos disminuir y evitando el incremento de la morbi-mortalidad materno fetal.

En el presente caso clínico es de una paciente de 40 años de edad con un embarazo de 33 semanas de gestación quien presentó un sangrado en el tercer trimestre, es necesario e importante conocer e identificar los factores de riesgo asociados a las causas de las hemorragias y saber que tienen graves consecuencias para la salud materna fetal.

La carrera de Obstetricia tiene como meta velar por el bienestar tanto materno como fetal, debemos de tener criterio apropiado al momento de tratar a las gestantes, de esta manera mediante el presente trabajo de investigación he podido desarrollar y demostrar mis conocimientos y capacidad profesional para el manejo de patologías que conllevan complicaciones obstétricas, teniendo en cuenta que el perfil de la carrera tiene como objetivo fundamental la prevención, diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades.

## **1.2. Objetivos.**

### **1.2.1. Objetivo general.**

1. Determinar los factores de riesgo y complicaciones asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

### **1.2.2. Objetivos específicos.**

1. Analizar los criterios de diagnóstico, la edad gestacional para las pacientes que presenten desprendimiento prematuro de placenta.



### 1.3. Datos generales.

- **Sexo:** Femenino.
- **Edad:** 40 años.
- **Procedencia:** Recinto Pimocha – Los Ríos.
- **Subcentro de Salud de control prenatal:** SCS Pimocha.
- **Número de controles prenatales:** 2
- **Escolaridad:** Primaria.
- **Actividad:** Ama de casa.
- **Estado Civil:** Unión Libre.
- **Vivienda:** Familiar.
- **Tipo de vivienda:** Mixta. (cemento – madera)
- **Localidad de habitaad:** suburbios del área urbana.
- **Número de personas que habitan la vivienda:** 6 habitantes.
- **Número de hijos:** 4 hijos.

## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.

### 2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

- **Motivo de consulta:** Dolor pélvico que se irradia a la región lumbo sacra de aproximadamente 40 minutos de evolución, acompañado de sangrado vaginal, profuso rojo rutilante
- **Antecedentes patológicos personales:** no refiere.
- **Antecedentes Gineco-Obstetricos:**
  - **Gestas:** 5
  - **Abortos:** 1
  - **Partos:** 3
  - **Cesáreas:** 1
  - **Fecha de Última Menstruación (FUM):** 15/03/2017.
  - **Fecha Probable de Parto:** 20/12/2017.
  - **Edad Gestacional:** +/- 33 semanas de gestación.
  - **Periodo Intergenésico:** 2 años.
- **Hábitos nocivos:** no refiere.
- **Alergias:** no refiere.

**Antecedentes patológicos familiares:** Madre hipertensa.

## **2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).**

Paciente gestante de sexo femenino de 40 años de edad cursa un embarazo de +/- 33 semanas de gestación, acude en ambulancia al servicio de emergencia obstétrica refiriendo una caída de 1 metro de altura refiere que cayó sentada, al momento presenta sangrado vaginal profuso rojo rutilante acompañado de dolor tipo contráctil de gran intensidad en hipogastrio que se irradia en la zona lumbosacra de aproximadamente 40 minutos de evolución, al momento paciente lucida y colaboradora, refiere cefalea, náuseas y vértigo.

## **2.3. Examen físico (exploración clínica).**

**Al examen físico:** Paciente termodinámicamente estable orientada en tiempo y espacio, afebril buenas condiciones generales, a la palpación abdomen globuloso, altura uterina 33cm, con producto único vivo cefálico, situación longitudinal, posición derecha, FCF: 120 x minuto y tono uterino presentando 4 contracciones en 10 minutos.

**Variabilidad 5 aceleraciones presentes no hubieron desaceleraciones tardías**

**Signos Vitales:**

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| <b>T/A:</b>         | 100/68 mm Hg. |
| <b>FC:</b>          | 75 x minuto.  |
| <b>FR:</b>          | 18 x minuto.  |
| <b>T° axilar:</b>   | 36.5 °C.      |
| <b>Sat Oxi:</b>     | 98%.          |
| <b>Proteinuria:</b> | Negativa.     |
| <b>Score Mama:</b>  | (0)           |

**Especuloscopía:** se observa cérvix dilatado 2 cm borrado 20% con coágulos de sanguíneos.

**2.4. Información de exámenes complementarios realizados.**

**Reporte Ecográfico:** Útero aumentado de tamaño ocupado por feto único, placenta de localización posterior, se evidencia signos de madurez grado 0 no imágenes de coágulos retro placentarios, movimientos fetales disminuidos edad gestacional 33s.6d según biometría fetal, peso fetal 2500g. ILA 10cm, situación longitudinal, presentación cefálica, dorso derecho, FCF 115x minuto.

**Reporte de Monitoreo Fetal:** actividad uterina 4 contracciones en 10 minutos LCF: 115 en 10 minutos. Presento variabilidad, 5 aceleraciones presentes no hubieron desaceleraciones tardías

### Reporte de Exámenes de Laboratorio:

| Descripción del examen. | Resultado    |
|-------------------------|--------------|
| Hematocrito.            | 37.5 %       |
| Hemoglobina.            | 12.3 g/dl    |
| Plaquetas.              | 350          |
| Linfocitos.             | 10.30%       |
| Neutrófilos.            | 83.5%        |
| Grupo Sanguíneo:        | O            |
| Factor RH:              | + (positivo) |
| VIH:                    | Negativo.    |
| VDRL:                   | Negativo.    |

| PARAMETROS   | RESULTADO       |
|--------------|-----------------|
| COLOR:       | Amarillo claro. |
| ASPECTO:     | Ligero.         |
| DENSIDAD:    | 1005            |
| pH:          | 6,8             |
| PROTEÍNAS:   | Negativo.       |
| GLUCOSA:     | Negativo.       |
| HEMOGLOBINA: | Negativo.       |

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| CETONURIA:           | Negativo.       |
| NITRITOS:            | Negativo.       |
| UROBILINOGENOS:      | Normales.       |
| CELULAS EPITELIALES: | 2 xc            |
| LEUCOCITOS:          | 5xc             |
| HEMATIES:            | 2 xc            |
| FILAMENTOS MUCOSOS:  | Escasos.        |
| BACTERIAS:           | +               |
| CRISTALES:           | No se observan. |



## **2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.**

### **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:**

1. Embarazo de +/- 33.5 semanas
2. Hemorragia del tercer trimestre.

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

- Placenta previa

### **DIAGNOSTICO DEFINITIVO:**

1. Embarazo de +/- 33 semanas.
2. Amenaza de parto.
3. Hemorragia del tercer trimestre.
4. Desprendimiento prematuro de placenta.

## **2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.**

### **Origen del problema**

Para determinar el origen del problema se hace una recopilación de la información de la historia clínica de la paciente sobre la patología dando como resultado que probablemente la causa principal es la caída que sufrió la paciente y asociada la multiparidad

### **Procedimientos a realizar**

Obteniendo la recopilación de datos, antecedentes, y proceder a examinar a la paciente diagnosticamos: (Embarazo de +/-33 semanas / desprendimiento prematuro de placenta / trabajo de parto / desprendimiento prematuro de placenta Grado 0) el manejo adecuado que se realizaran serán los siguientes:

- 1.- Cesárea de emergencia.
- 2.- Sonda vesical.
- 3.- Profilaxis previa a cirugía con antibiótico.
- 4.- Medidas antitromboticas.

### **2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales**

#### **Cesárea de emergencia**

Es una intervención cuya indicación surge como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Atención del parto por cesarea, 2014)

#### **Sonda vesical.**

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéutico (Jiménez Mayorga,, Soto Sánchez, Verga Carasco, & Cordero Morales, 2014)

Su objetivo es el drenaje continuo de orina con fines terapéuticos si el cateterismo es permanente, o diagnóstico si es intermitente. (Blanca Vial Larraín, 2016)

### **Profilaxis previa a cirugía con antibiótico.**

La importancia de la profilaxis antibiótica quirúrgica es de tal magnitud que requiere actualizarse para estructurar su uso razonado con objeto de mejorar su rendimiento.

La infección es la causa más importante del fracaso de la cirugía

Medidas antitromboticas. (Caravaca, 2017)

Administre profilaxis antibiótica en todas las cirugías limpia -contaminada. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

### **Medidas antitromboticas.**

la mejor actuación contra la enfermedad, es una correcta prevención o profilaxis para evitar o aminorar la aparición de la trombosis venosa y sus complicaciones.

Es necesario el abordaje multidisciplinario e interdis-ciplinario para lograr métodos de prevención efectivos y efi-caces. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

## 2.8. Seguimiento.

La paciente es ingresada en el servicio de emergencia gineco-obstetricia por presentar dolor tipo contráctil de gran intensidad en hipogastrio que se irradia a zona lumbosacra, al momento presenta sangrado vaginal profuso rojo rutilante. Paciente al examen físico hemodinamicamente estable orientada en tiempo y espacio, afebril buenas condiciones generales, a la palpación abdomen globuloso, altura uterina 33cm, con producto único vivo cefálico, situación longitudinal, posición derecha, FCF: 120 x minuto y tono uterino aumentado presentando 4 contracciones por 10 minutos. Con los resultados de los procedimientos realizados se determina: embarazo de +/- 33 semanas / amenaza de parto /hemorragia del tercer trimestre/ desprendimiento prematuro de placenta Grado 0, por tal manera se indica cesárea segmentaria de urgencia

El Tratamiento que debemos seguir es el siguiente:

Canalizar con catéteres Nos. 14 y 16 (dos vías permeables). Iniciar infusión de solución salina, a 40 gotas por minuto, dar monitoreo permanente de signos vitales maternos y fetales. Indicar reposo absoluto

Bajo las normas de asepsia y antisepsia con parámetros completos, se obtiene producto único vivo, de sexo femenino; la paciente se encontró en buenas condiciones generales. Diagnóstico: puerperio quirúrgico. Neonatología reporta: neonato de sexo femenino con prematuridad de 33 semanas, se procede a solicitar transferencia a tercer nivel de atención de emergencia; se logró transferencia del neonato en buenas condiciones, y se obtuvieron resultados favorables, después de 5 semanas, en el periodo de internación en neonatología de tercer nivel es dado de alta.

Se realizó control y monitorización materna. Transcurridas las 72 horas de hospitalización en buenas condiciones generales es dada de alta la paciente, se recomendó para uso ambulatorio antibioterapia y analgésico.

## 2.9. Observaciones.

La paciente refirió embarazo de diagnóstico tardío (28 semanas de gestación), razón por la cual presenta controles prenatales insuficientes.

Del historial obstétrico (5 gestas) multiparidad, refirió que el primer y el segundo embarazo fue planificado, mientras los anteriores no lo fueron debido a que no tenía un correcto conocimiento de métodos anticonceptivos, manifestó el aborto fue espontáneos y sus embarazos con los siguientes intervalos de tiempo:

- 1º embarazo a los 26 años de edad
- 2º embarazo a los 28 años de edad.
- 3º embarazo a los 33 años de edad. El cual termino en aborto espontaneo
- 4º embarazo a los 38 años de edad. (Cesárea Segmentaria)
- 5º embarazo a los 40 años de edad con un periodo intergenesico de 2 años a la anterior cesárea.

Al momento de la caída de 1 metro de altura, la paciente refirió haber estar bajando de las escaleras, por tal motivo empezó a tener sangrado vaginal.

## **CONCLUSIONES.**

Es importante realizar este estudio para conocer más de cerca las incidencias de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta la cual pueden conllevar a muchas complicaciones maternas y fetales, Si tenemos datos de los principales factores de riesgo modificable y no modificable y en base a ello trabajamos en medidas preventivas, para así obtener mejores resultados

Mediante el análisis de los resultados de los estudios realizados, se determinó que la causa del desprendimiento prematuro de placenta, esta íntimamente relacionada al traumatismo que sufrió la paciente, al momento de caer de 1 metro de altura, presentando así el sangrado.

La importancia de la atención integral de salud a mujeres de edad fértil para realizar los controles de fecundidad y evitar las complicaciones materno-fetales y disminuir la morbimortalidad.

## Bibliografía

- Austria. (2014). *Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta Department of Obstetrics*.
- Blanca Vial Larraín, I. S. (2016). *Procedimientos de Enfermería Medicoquirúrgica*.
- Briceño, K. (2016). *Funciones, Capas y Desarrollo*.
- Caravaca, R. (2017). *Profilaxis antibiótica en cirugía*.
- clinic, M. (2018). *Desprendimiento de placenta*.
- Dechend S, L. R. (2014). *New Aspects in the Pathophysiology of Preeclampsia*.
- Deiorio, N. M. (2017). *Traumatismos en el embarazo*.
- DICADO, M. J. (2014). *INCIDENCIA DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA*.
- Elizalde-Valdés, A. C.-M. (2015). *Abruptio placentae»: morbimortalidad y resultados*.
- Embarazo, M. (2017). *Desprendimiento de placenta. Causas y síntomas*.
- Gonzales, D. R. (2016). *Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta* .
- Infogen. (2015). *Desprendimiento prematuro de placenta*.
- Jaime, M. (2016). *Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta*.
- Jiménez Mayorga,, Soto Sánchez, M., Verga Carasco, L., & Cordero Morales, J. (2014). *Protocolo de sondaje vesical*. Biblioteca Lascasas.
- Lopez., B. (2017). *Anatomía patológica del desprendimiento prematuro de la placenta*.
- materna., O. M. (2015). *PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Atención del parto por cesarea*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015).
- plus, C. (2018). *Desprendimiento de Placenta*.

RAMIREZ, J. (2017). *Hemorragia en la segunda mitad del embarazo.*

REVISTA MEDICA E INVESTIGACION. (10 de agosto de 2016). *plac3nta. baba: piedad.* Obtenido de Formacion de laplasenta.

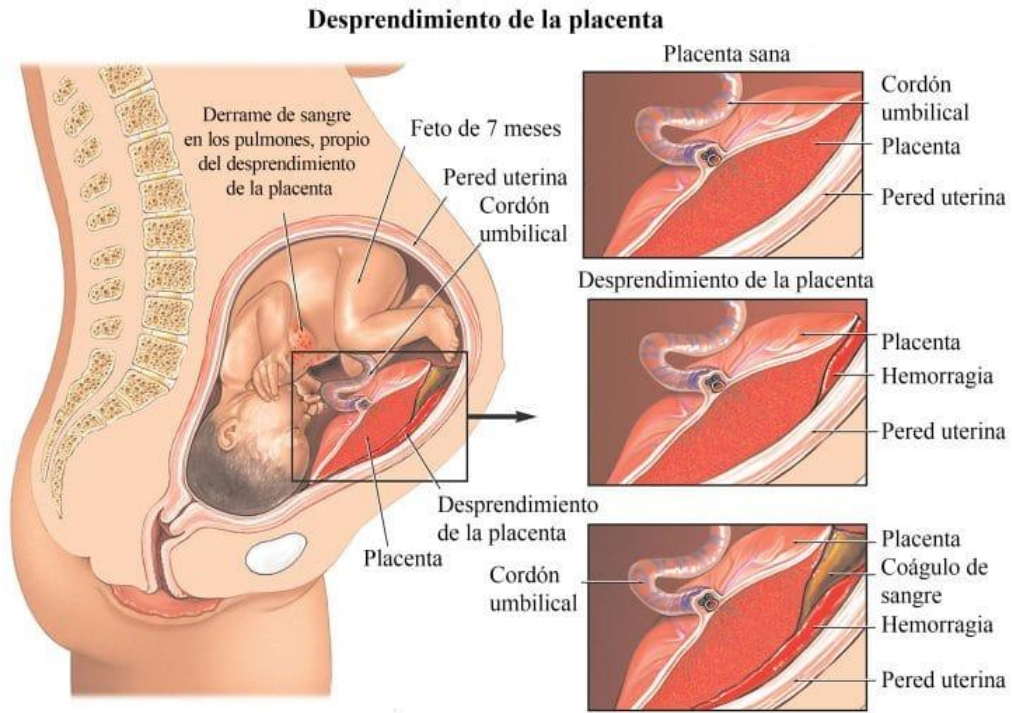
Riviriego, C. (2015). La importancia del fósforo en el embarazo. *guia infantil.*

rodriguez. (2014). formacion de la placenta. *revista medica de investigacion.*

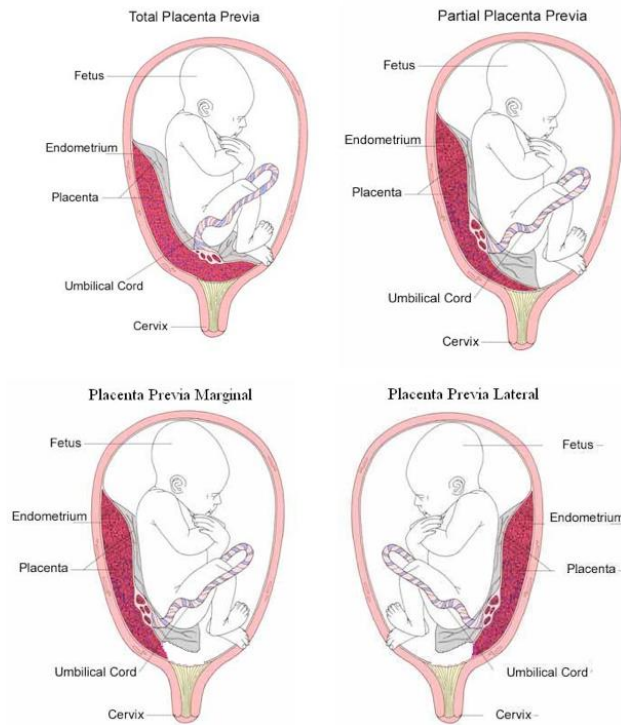
wikipedia. (2017). *Desprendimiento prematuro de placenta.*



## ANEXOS



Desprendimiento de placenta (Fisioterapia, 2018)



Tipos de placenta: Placenta previa total, placenta previa parcial, placenta previa marginal, placenta previa lateral.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



Babahoyo, 06 de agosto del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
Presente.

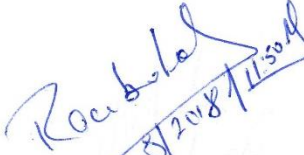
De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **MENDIETA ACOSTA ELOISA ELIZABETH**, con cédula de ciudadanía **120715764-3**, egresada de la Carrera de **OBSTETRICIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la Propuesta del tema Caso Clínico (Dimensión Práctica), **DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA EN EMBARAZO PREMATURO DE 33 SEMANAS.**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente

  
**MENDIETA ACOSTA ELOISA ELIZABETH**  
**EGRESADA**  
**CI. 120715764-3**

  
06/08/2018/11:50 AM



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE  
BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACION**



Babahoyo, 05 de Julio del 2018

OBST.  
LILIAN MUÑOZ SOLORZANO  
COORDINADORA DE TITULACION  
EN SU DESPACHO.-

YO, **MENDIETA ACOSTA ELOISA ELIZABETH**, con cedula de ciudadanía **120715764-3**, egresada de la Carrera de OBSTETRICIA, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del siguiente documento para la presentación de la propuesta del Caso Clínico, cuyos requisitos son.

**PROPUESTA DEL CASO CLINICO**

**REGISTRÓ DE TUTORIAS SOLICITUD DE LA PROPUESTA DEL TEMA**

**INFORME DE ACEPTACION DE LA PROPUESTA DEL TEMA**

**CD**

Agradezco por su atención

ATENTAMENTE,

*Eloisa Mendieta A.*

**MENDIETA ACOSTA ELOISA ELIZABETH  
CI: 120715764-3**

*Def. lo  
06/07/2018  
Revisado*





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 UNIDAD DE TITULACIÓN  
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018  
 CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 6/07/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO PRIMERA ETAPA

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. Cesar Bermue Nicolai FIRMA: [Signature]  
 TEMA DEL CASO CLINICO: Dependimiento de placenta no insertada en embarazo primario de 33 Semanas  
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Gloisa Elizabeth Mendeta Acosta  
 CARRERA: Obstetricia

| Horas de Tutorías | Fecha de Tutorías | Tema tratado                        | Tipo de tutoría |         | Porcentaje de Avance | Docente     | FIRMAN           | Estudiante |
|-------------------|-------------------|-------------------------------------|-----------------|---------|----------------------|-------------|------------------|------------|
|                   |                   |                                     | Presencial      | Virtual |                      |             |                  |            |
| 1 Hr              | 20/6/18           | Solución del tema                   | /               |         |                      | [Signature] | Gloisa Mendeta A |            |
| 1 Hr              | 27/6/18           | Revisión del Caso Clínico Propuesta | /               |         |                      | [Signature] | Gloisa Mendeta A |            |
| 1 Hr              | 4/7/18            | Aprobación del tema                 | /               |         |                      | [Signature] | Gloisa Mendeta A |            |
|                   |                   |                                     |                 |         |                      |             |                  |            |
|                   |                   |                                     |                 |         |                      |             |                  |            |
|                   |                   |                                     |                 |         |                      |             |                  |            |
|                   |                   |                                     |                 |         |                      |             |                  |            |
|                   |                   |                                     |                 |         |                      |             |                  |            |
|                   |                   |                                     |                 |         |                      |             |                  |            |
|                   |                   |                                     |                 |         |                      |             |                  |            |
|                   |                   |                                     |                 |         |                      |             |                  |            |

Pag. N°.

Obst. Liliam Muñoz Solorzano, MSc.  
 COORDINADORA DE TITULACIÓN  
 CARRERA DE OBSTETRICIA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE  
BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACION**



Babahoyo, 20 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **MENDIETA ACOSTA ELOISA ELIZABETH**, con cédula de ciudadanía **120715764-3**, egresada de la Escuela de Obstetricia, Carrera Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados del Caso Clínico (Dimensión Práctica), tema: **DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA EN EMBARAZO PREMATURO DE 33 SEMANAS**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente,

---

**MENDIETA ACOSTA ELOISA ELIZABETH**

**CI. 120715764-3**





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**  
**PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 20/9/2018

**REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO ( ETAPA FINAL )**

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr Cesar Bermeo Pineda FIRMA:

TEMA DEL CASO CLINICO: Desprendimiento de placenta normalinserta en Embarazo prematuro de 23 Semanas

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Glais Elizabeth Mendez Acosta

CARRERA: Obstetricia

| Horas de Tutorías | Fecha de Tutorías | Tema tratado                                    | Tipo de tutoría |         | Porcentaje de Asistencia | Docente | FIRMAN         | Estudiante |
|-------------------|-------------------|---|-----------------|---------|--------------------------|---------|----------------|------------|
|                   |                   |   | Presencial      | Virtual |                          |         |                |            |
| 1 Hr              | 9/7/18            | Revisión de la Introducción y Objetivos         | /               | 100%    |                          |         | Glais Mendez A |            |
| 1 Hr              | 16/7/18           | Revisión de la Justificación                    | /               | 100%    |                          |         | Glais Mendez A |            |
| 2 Hr              | 23/7/18           | Revisión del Marco Teórico                      | /               | 100%    |                          |         | Glais Mendez A |            |
| 1 Hr              | 6/8/18            | Revisión de las conclusiones del Marco Teórico  | /               | 100%    |                          |         | Glais Mendez A |            |
| 1 Hr              | 13/8/18           | Revisión de los conceptos de la Patología       | /               | 100%    |                          |         | Glais Mendez A |            |
| 1 Hr              | 20/8/18           | Revisión de la Metodología del problema         | /               | 100%    |                          |         | Glais Mendez A |            |
| 1 Hr              | 27/8/18           | Revisión de Análisis y descripción del problema | /               | 100%    |                          |         | Glais Mendez A |            |
| 1 Hr              | 3/9/18            | Revisión del Secuenciamiento                    | /               | 100%    |                          |         | Glais Mendez A |            |
| 1 Hr              | 10/9/18           | Revisión de Observaciones                       | /               | 100%    |                          |         | Glais Mendez A |            |
| 1 Hr              | 17/9/18           | Revisión de Conclusiones                        | /               | 100%    |                          |         | Glais Mendez A |            |

Obst. Luzm Muñoz Solorzano. MSc.  
 COORDINADORA DE TITULACIÓN  
 CARRERA DE OBSTETRICIA