



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

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado académico de Obstetrix/Obstetra**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**CONDUCTA OBSTÉTRICA EN MULTÍPARA DE 40 AÑOS DE EDAD Y 35
SEMANAS DE GESTACIÓN CON PLACENTA PREVIA.**

AUTORA

Madyson Yezabell Torres Muñoz

TUTOR

Obst. Ana Pasos Baño, Mgs., PhD.

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

2020 - 2021



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



ÍNDICE

I. TEMA	i
II. RESUMEN.....	ii
III. ABSTRACT.....	iii
IV. INTRODUCCIÓN.....	iv
1. MARCO TEÓRICO	1
DEFINICIÓN:	1
CLASIFICACIÓN	1
INCIDENCIA	2
FRECUENCIA	4
MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO-PERINATALES.....	4
ETIOLOGÍA.....	5
FACTORES PREDISONENTES	6
PATOLOGÍA.....	7
CLÍNICA	8
DIAGNOSTICO.....	8
DIAGNOSTICO DEFERENCIAL.....	11
COMPLICACIONES	11
PRONOSTICO	12
TRATAMIENTO.....	14
JUSTIFICACIÓN	20
OBJETIVOS.....	21
Objetivo General.....	21
Objetivos Específicos	21
DATOS GENERALES	22
METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO.....	22
Análisis del motivo de consulta y antecedentes.....	22
1.2 Historia clínica de la paciente	22
Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	23
Examen físico (Exploración clínica).....	24



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



Información de exámenes complementarios realizados	26
Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	28
Diagnostico presuntivo.....	28
Diagnóstico diferencial	28
Diagnóstico definitivo	29
Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	29
Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	30
SEGUIMIENTO	31
OBSERVACIONES.....	39
CONCLUSIONES.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS.....	43



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



I. TEMA

CONDUCTA OBSTÉTRICA EN MULTÍPARA DE 40 AÑOS DE EDAD Y 35 SEMANAS DE GESTACIÓN CON PLACENTA PREVIA.



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



II. RESUMEN

La placenta previa es la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, pues esta patología está ligada a diversos factores maternos y ovulares, como también es una de las principales causas de hemorragias en el segundo y tercer trimestre de embarazo, incrementando las tasas de cesárea ya que en muchas ocasiones esta patología imposibilita a la mujer a tener un parto normal. Este caso clínico tiene como objetivo identificar las complicaciones maternas y fetales de placenta previa en embarazo de 35 semanas.

Este estudio observacional, clínico y descriptivo se presentó en un periodo de tres días en el año 2020 a una paciente con placenta previa complicada con desprendimiento de placenta en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús que fue captada en la emergencia gineco-obstetrica y su diagnóstico fue corroborado por el especialista de turno.

De todas las pacientes que acuden a esta casa de salud cada día 1 de cada 30 pacientes gineco-obstetricas resultan tener un diagnóstico con placenta previa, algunas asintomáticas y otras sintomáticas teniendo así cada una su manejo.

Una buena anamnesis y la identificación de factores de riesgo junto con una ecografía abdominal nos ayuda a poder confirmar una placenta previa y así poder evitar algunas complicaciones asociadas a esta patología que ponen en riesgo la vida de madre como la del feto.

Palabras claves: PLACENTA PREVIA – OCLUSIVA PARCIAL – HEMORRAGIA POSTPARTO



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



III. ABSTRACT

Placenta previa is the insertion of the placenta in the lower segment of the uterus, as this pathology is linked to various maternal and ovular factors, as well as being one of the main causes of bleeding in the second and third trimesters of pregnancy, increasing the rates of cessation since on many occasions this pathology makes it impossible for women to have a normal delivery. The objective of this clinical case is to identify the maternal and fetal complications of placenta previa in a 35-week pregnancy.

This observational, clinical and descriptive study was carried out in a period of three days in 2020 on a patient with a complicated placenta previa with placental abruption at the Hospital Sagrado Corazón de Jesús, which was captured in the obstetric-gynecological emergency and her diagnosis was corroborated by the specialist on duty.

Of all the patients who come to this health home every day, 1 out of every 30 gynecological-obstetric patients turn out to have a diagnosis with placenta previa, some asymptomatic and others symptomatic, thus each having their own management.

A good anamnesis and the identification of risk factors together with an abdominal ultrasound helps us to be able to confirm a placenta previa and thus be able to avoid some complications associated with this pathology that put the life of the mother at risk, such as that of the fetus.

Key words: placenta, previa, occlusive, partial, hemorrhage



IV. INTRODUCCIÓN

La Placenta Previa es una de las complicaciones gineco-obstétricas que ocurre desde el segundo y tercer trimestre de embarazo. Se la diagnostica por la aparición de hemorragia vaginal sin dolor ya sea esta escasa o abundante de color rojo rutilante con o sin presencia de coágulos y en algunas ocasiones se también esta acompaña de signos secundarios como son: taquicardia, hipotensión y episodios de anemias. Se estima que la incidencia de placenta previa es de 1 por cada 200 embarazos con variaciones en todo el mundo; para acretismo placentario, 1 por cada 533 embarazos y, para vasa previa, de 1 de cada 2500 a 1 de cada 5000 embarazos. 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. (MSP, 2017).

Se propone analizar la evolución de un embarazo de 35 semanas con placenta previa oclusiva parcial, se realizó un rastreo ecográfico a la paciente para la confirmación a eso se le añade los factores predisponentes que son: edad de 40 años, multípara, legrado intrauterino hace un año y medio y dos controles prenatales debido límite de acceso a centros de salud por la pandemia.

Paciente de sexo femenino de 40 años de edad acude al área de emergencia gineco-obstétrica del Hospital Sagrado corazón de Jesús, con embarazo de 34,5 semanas por presentar sangrado transvaginal color rojo rutilante en abundante cantidad y leve dolor en hipogastrio niega otro. Se le realiza un rastreo ecográfico para localizar el sitio de inserción de la placenta, y se puede observar a una placenta anterior previa oclusiva parcial con un desprendimiento placentario del 50%, producto único vivo, cefálico, FCF: 180-190-195 latidos por minuto y actividad uterina: negativa por lo que se decide paso inmediato a quirófano, para mejorar el pronóstico materno-fetal.

Educar a la paciente para reconocer signos de alarma es fundamental para el diagnostico oportuno de complicaciones en este caso hemorragias en la



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



segunda mitad de la gestación que ponen en riesgo la salud materna ya que la hemorragia es la primera causa de muerte materna en Ecuador. El compromiso fetal es importante ya que desarrolla sufrimiento fetal agudo y esto podría resultar en un óbito fetal. La decisión de la finalización del embarazo y la vía del parto es crucial. Por lo tanto, se debe mantener actualizada la bibliografía y capacitación constante en la aplicación de los códigos Obstétricos. Se sugiere realizar investigaciones de tipo mixtas cuali-cuantitativa sobre la prevalencia de la Placenta previa y los resultados perinatales en la zona 5 del MSP.



1. MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN:

Según la guía práctica clínica de anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales (MSP, 2017) Placenta previa: placenta que se inserta próxima o cubriendo el orificio cervical interno.

La placenta previa es un trastorno en el lugar de implantación de la placenta; que, en lugar de hacerlo en la zona fúndico-corporal como es lo normal, lo va a hacer en el segmento inferior, cubriendo el cuello uterino parcial o totalmente (Alvarez, y otros, 2007-2008).

Simón Faustin: En muchos textos se define clásicamente la Placenta Previa como aquello implantado en el segmento inferior del útero pero una definición actual, en la revista chilena de obstetricia establece que es la implantación de la placenta en el cuello uterino la que tendría un mejor sustento fisiopatológico evolutivo y practico (Lévano Valeiro, 2015)

CLASIFICACIÓN

La clasificación se la realiza en función de la proporción del orificio cervical interno, que va a estar ocupado por la placenta:

Placenta previa total:	Este tipo de placenta cubre la parte superior del cuello uterino, es decir tapa completamente el orificio cervical interno por lo tanto no se puede evolucionar a un parto vaginal.
Placenta previa parcial:	La placenta logra ocluir una parte del orificio cervical interno.
Placenta previa marginal:	Esta placenta llega hasta el borde del cuello



	uterino, es decir que la placenta no rebasa el orificio cervical interno y se puede considerar un parto por vía vaginal
Placenta previa de inserción baja o lateral:	La placenta se inserta en el segmento inferior del útero, quedando a 2 cm aproximadamente del orificio cervical interno. Si se puede lograr un parto por vía vaginal.

FUENTE: Comisión de apuntes de obstetricia, revista boliviana, guía práctica clínica de anomalías de inserción placentaria.

ELABORADO POR: Madyson Torres

De cara al parto se podría simplificar en:

- **Oclusiva:** no permite el parto vaginal. (Tipo III-IV)
- **No oclusiva:** permite el intento de parto vaginal. (I-II). (Arizapana, 2019)

INCIDENCIA

La incidencia de la placenta previa suele ser 1/250 embarazos posteriores a la semana 24 de la gestación; 1/1500 nulíparas y 1/20 multíparas. Está influida por la edad gestacional en el momento del diagnóstico:

- a) El diagnóstico ecográfico de la placenta previa durante el segundo trimestre de la gestación es del 5%.
- b) En el parto a término, el diagnóstico ecográfico de la placenta previa es de 0.5%.

Si se demuestra una placenta previa en una ecografía efectuada a las 26-28 semanas de la gestación, lo más probable es que el trastorno persista hasta el parto, por lo que debe recomendarse al paciente tome las oportunas medidas preventivas. (ANDIA M, 2010)

En el año 2011, investigaciones realizadas en países de Latinoamérica como Perú y Ecuador, reportan que la Placenta Previa se presenta con mayor frecuencia en pacientes con antecedentes de cesárea anterior, la edad materna, multiparidad y legrados uterinos. La hemorragia obstétrica en el tercer trimestre por placenta previa presume en un 20%, es la 10ma causa de muerte



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



materna en el Ecuador con el 2.4% (INEC, Ecuador- 2010) y se asocia a una elevada morbilidad materno-fetal. Se presenta en un 5% de todos los embarazos, presume ser la 3ra causa de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la 2da causa de histerectomía obstétrica. Según la (OMS, 2017) manifiesta que la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El porcentaje de embarazos complicados por placenta previa es de aproximadamente el 0,3 al 0,5%, con una tasa de mortalidad materna relacionada de 0,3% de los casos. Aumentando frente a embarazos normales de 3 a 4 veces la tasa de mortalidad perinatal. Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto; los abortos peligrosos (OPS, OMS, 2019). La (OMS, 2017) indica que en Ecuador la tasa de mortalidad materna en el 2015 es de 64% que es igual a 210 muertes maternas y para el año 2016 según datos del Ministerio de Salud Pública en Ecuador (MSP) dicha cifra disminuyó, existiendo 133 casos de mortalidad materna, en donde la sexta causa es por placenta previa existiendo 6 casos de muertes lo cual representa el 4,51% (Pichincha 2, Azuay 2, Guayas 1 y Esmeraldas 1), los mismos que se dieron entre la edad materna de 32 a 36 años siendo 2 casos durante el embarazo y los restantes en el puerperio (hasta 42 días). Entre las causas que afectan el periodo de gestación están las hemorragias, que se presentan en la segunda etapa del embarazo, que constituyen la fuente potencial de morbilidad materna y fetal, una de las patologías obstétricas es la placenta previa, su incidencia reportada según el Ministerio de salud Pública es de 1 por cada 200 embarazos con diferenciaciones en todo el mundo de acuerdo al estilo de vida y condición



genética (MSP, 2017). De acuerdo al instituto nacional de estadísticas y censos INEC en los resultados emitidos en el año 2018 reporto que en la provincia de Bolívar el porcentaje de muerte materna fue el 13.33% por diferentes patologías entre ellas hemorragias de la segunda mitad del embarazo (Sabando, 2020).

FRECUENCIA

La frecuencia de ésta patología en semanas precoces (de la 20 a la 25), es bastante alta: del 3-4%. Pero sólo persisten, después de la semana 28, un 1% de las placentas previas diagnosticadas; pues se va produciendo como sabemos una “migración placentaria” en sentido ascendente (porque con el crecimiento del útero se despliega el SUI). El concepto de migración placentaria es un término más bien educativo, pero no real; pues no existe tal movimiento placentario, sino más bien un distinto gradiente de crecimiento uterino y placentario. Obviamente, cuanto mayor sea el grado de placenta previa, menor probabilidad existirá de desaparición. Dentro de las placentas previas diagnosticadas encontramos: 50% de previas laterales o de inserción baja, 20% de previas marginales, 20% de previas parciales, 10-15% de totales. Más frecuente en mujeres mayores de 35-40 años, por la peor calidad endometrial. Y en multíparas, las cuales constituyen el 80% de las pacientes diagnosticadas de placenta previa. (Alvarez, y otros, 2007-2008)

MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO-PERINATALES

1. La morbilidad perinatal es menor de 10%.
2. La causa primaria de morbilidad y mortalidad prenatales es la prematuridad. Asimismo, el aumento de la mortalidad perinatal se asocia a hemorragia precoz, grandes pérdidas de sangre y antecedentes de placentas previas de tamaño mayor.
3. En los pacientes con placenta previa, son 2-4 veces más frecuentes las malformaciones congénitas. (ANDIA M, 2010)



La placenta previa complica aproximadamente el 0,3 al 0,5% de los embarazos, con una tasa de mortalidad materna relacionada de 0,3% de los casos. La tasa de mortalidad perinatal se incrementa 3 a 4 veces frente a embarazos normales. La morbilidad asociada con placenta previa se incluyen en la tabla: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR, 2012)

Tabla 1. Morbilidad asociada con placenta previa

Patología	RR , IC del 95%
Hemorragia anteparto	9,8 (8,9–10,8)
Necesidad de histerectomía	33,3 (18,2–60,9)
Hemorragia intraparto	2,5 (1,6–4)
Hemorragia postparto	1,9 (1,5 –2,4)
Transfusión	10,1 (7,5–13,6)
Septicemia	5,5 (1,3–23,5)
Tromboflebitis	4,9 (1,5–15,7)

ETIOLOGÍA

La placenta previa tiene como causa de morbimortalidad materno perinatal que representa 1 de cada 200 embarazos siendo la causante de prematuridad elevada y la morbimortalidad materna.

La inserción viciosa de la placenta previa podría deberse a los siguientes factores:

- **Tardía aparición de la capacidad de fijación del trofoblasto.** En el caso de que sea una fijación precoz, el huevo puede implantarse en la trompa y dar origen al embarazo tubario; si fuera una fijación normal, esta se daría en la zona superior o media del útero; pero si esta es tardía, la anidación solo se realizaría en las zonas bajas del útero, si fuera aún más tardía no alcanzaría a anidarse y saldría al exterior como un aborto o embarazo frustrado.



- **Capacidad de fijación del endometrio disminuida por algún proceso de endometritis en las zonas superior del mismo.** En este caso la placenta se extendería hasta la zona inferior en busca de una mejor zona para lograr la implantación.
- **Alteraciones endometriales.** Si el endometrio es sano el huevo se fija en el fondo uterino donde hipertrofia sus vellosidades para dar origen a la placenta; el resto de las vellosidades en cambio, sufriría un proceso de atrofia hasta constituir el corion liso. Pero el endometrio presenta algún proceso patológico, las vellosidades destinadas a atrofiarse no lo harán, constituyéndose la placenta en la caduca refleja, la que, al crecer el trofoblasto, se asentará sobre la caduca verdadera con la consiguiente ubicación inferior de la placenta. (Bedregal, 2019)

FACTORES PREDISPONENTES

- **Edad materna:** mayor de 35 años de edad. A medida que la edad aumenta, el riesgo de placenta previa es mayor.
- **Multiparidad:** la incidencia de placenta previa aumentada de manera significativa en mujeres multíparas en comparación con la de mujeres con paridad más baja.
- **Cesárea previa:** el riesgo se incrementa a medida que aumenta el número de cesáreas. Así mismo como, la miomectomía, operaciones plásticas por malformaciones uterinas también estarían implicados en la génesis de placenta previa.
- **Gestaciones múltiples**
- **Placenta previa anterior**
- **Tabaquismo:** Williams encontró que el RR de placenta previa está aumentado dos veces en relación con el tabaquismo. Ananth y Handler confirmaron estos datos. La hipoxemia producida por el monóxido de carbono produciría una vascularización decidual defectuosa y una hipertrofia placentaria compensadora.
- **Raza:** la incidencia de placenta previa es mayor en la raza negra y asiática.
- **Abortos, legrados, aspiración manual uterina**
- **Cocaína**
- **Anemia**
- **Sexo masculino del producto**
- **Tratamientos de infertilidad**



FUENTE: Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD, Protocolos asistenciales en obstetricia, Seminarios médicos, Manual de Obstetricia y Ginecología IV edición.

ELABORADO POR: Madyson Torres

PATOLOGÍA

El segmento inferior (SI) se forma desde las 20 semanas de embarazo, siendo su mayor desarrollo en el tercer trimestre. Al término, es un cono invertido de 10 cm de alto, cuya base es el anillo de Bandl y su cúspide es el OCI.

El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria, por presentar:

a. Endometrio: de menor grosor que determina una decidua más delgada y con menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones. Debido a lo anterior el trofoblasto puede invadir decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos (acretismo placentario). La inserción placentaria en el segmento inferior permite que actúa como tumor previo.

b. Musculatura: menos fibras musculares en relación 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.

c. Membranas: en el borde placentario son más gruesas y menos elásticas, existe mayor frecuencia de RPM.

d. Cordón: Por la atrofia de cotiledones, secundario al desarrollo insuficiente de decidua, es frecuente la inserción velamentosa del cordón.

En el tercer trimestre del embarazo, el segmento experimenta modificaciones fisiológicas propias del anteparto, cambiando su longitud y grosor y favoreciendo el desprendimiento parcial de la placenta de su sitio de inserción. Esto se manifiesta a través de una metrorragia de origen materno y cuantía variable (Martinez, 2015).



La placenta previa sangra sólo si se desprende. Las causas de desinserción son:

- **En el embarazo:** Por el crecimiento uterino y por las contracciones de Braxton-Hicks, se forma y desarrolla el Segmento uterino Inferior, cuya capacidad de elongación es mayor y supera al de la placenta.
- **En el parto:** Por las contracciones del trabajo de Parto que causan la formación del canal cérvico-segmentario y la dilatación cervical. (Pereira, 2015)

CLÍNICA

Toda gestante a partir de las 20 semanas si presenta sangrado transvaginal se debe sospechar de placenta previa, se manifiesta clínicamente con sangrado rojo rutilante indoloro o sangrado tras el coito. Rara vez se presenta sangrado doloroso posiblemente por las contracciones uterinas o separación de la placenta, en embarazadas con placenta previa se multiplica el peligro de presentar distocias de situación (oblicua, transversa) (Abrigo, 2018).

“El síntoma principal de la placenta previa es un sangrado vaginal súbito de color rojo vivo. Algunas mujeres también pueden presentar dolor tipo cólicos; el sangrado a menudo comienza cerca del final del segundo trimestre o empezando el tercer trimestre” (Casquete, 2018).

Típicamente aparece en el tercer trimestre aunque se puede presentar tan temprano como a la semana 20. (Un tercio de las pacientes presentan el primer episodio de metrorragia antes de la semana 30; otro tercio lo presentan entre la semana 30-35 y el resto después de la semana 36) (Pereira, 2015).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico definitivo de placenta previa no debe realizarse antes del tercer trimestre en pacientes sintomáticas, ya que muchas veces el cuadro puede resolverse a medida que avanza el embarazo. En caso de presentar placenta



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



previa central completa en el segundo trimestre, el diagnóstico se lo realizará antes.

En el segundo trimestre, la ultrasonografía transvaginal puede llegar a reclasificar entre el 26-60 % de los casos de placenta de inserción baja diagnosticados mediante ultrasonografía abdominal. Actualmente, la ultrasonografía transvaginal es el método preferido para determinar la localización de la placenta de inserción baja.

La ultrasonografía transvaginal ha demostrado ser segura en casos de placenta previa, incluso durante el sangrado vaginal. Esta no aumenta el sangrado, ya que el transductor se introduce en un ángulo que lo coloca contra el fórnix anterior y el labio anterior del cérvix y la distancia óptima para visualizar el cérvix es a 2-3 cm de distancia evitando el contacto con la placenta.

La superioridad de la ultrasonografía transvaginal sobre la ultrasonografía abdominal se debe a varios factores:

- La vejiga llena provoca una aproximación de la pared anterior y posterior del segmento uterino inferior dando falsos positivos de placenta previa.
- No siempre permite valorar adecuadamente la relación entre el orificio cervical interno y la placenta ya que la posición placentaria y cervical es variable.
- La cabeza fetal puede ocultar el borde placentario inferior, por lo que una placenta previa en la cara posterior uterina no es valorada en forma precisa.

Se recomienda realizar un ultrasonido abdominal de rutina entre las 18 y 24 semanas de gestación, el cual incluya la localización de la placenta y la inserción del cordón umbilical.

Se recomienda que, ante la sospecha de placenta previa en el ultrasonido abdominal, se confirme el diagnóstico mediante ultrasonido transvaginal a las 35- 36 semanas.

Se recomienda realizar seguimiento mediante ultrasonografía a toda embarazada desde la semana 20 si la placenta cubre total o parcialmente el orificio cervical y en las gestantes con cesárea anterior. (MSP, 2017)



Caso de sospecha de acretismo placentario

El uso de ultrasonido abdominal doppler para el diagnóstico de placenta acreta, tiene una sensibilidad de 82.4% y especificidad del 96.8%, VPP 87.5% y VPN 96.8%.

Los signos descriptos habitualmente son:

- Identificación de vasos placentarios que se extienden al miometrio o a la vejiga, perdiendo su disposición habitual paralela a la periferia placentaria.
- Alta pulsatilidad y flujo turbulento a nivel de las estructuras venosas lacunares placentarias y del plexo venoso retroplacentario.
- Tortuosidad de las estructuras vasculares retroplacentarias. En caso de no contar con un ultrasonido doppler, deberá realizarse ultrasonido abdominal sospechando Acretismo placentario cuando se encuentren los siguientes datos:
 - a) Ausencia o adelgazamiento (menos de 1 mm.) de la zona entre miometrio y placenta.
 - b) Presencia de espacios vasculares lacunares dentro del parénquima placentario).
 - c) Adelgazamiento, irregularidad o disrupción focal de la interface hiperecoica entre las paredes uterina y vesical.
 - d) Las mujeres con una placenta previa y cesárea previa son de alto Riesgo para la placenta acreta. Si hay pruebas de imagen de adhesión patológica de la placenta, el parto debería ser planificado en un hospital de segundo o 3er nivel. (II-2B).
 - e) En una cesárea con una placenta previa adherida (acretismo) se debe considerar la apertura del útero en un lugar distante de la placenta, extraer al bebé sin tratar de desprender la placenta, y realizar histerectomía electiva si se confirma el acretismo placentario. (MSP, 2018)

DIAGNOSTICO DEFERENCIAL



FUENTE: Manual de obstetricia y ginecología 2018, Revista UCEBOL, Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas

ELABORADO POR: Madyson Torres

COMPLICACIONES

- Presentación anormal de nalgas, transversas u oblicuas
- Rotura prematura de membranas
- Placenta ácreta
- Vasa previa
- Histerectomía de urgencia
- Shock hipovolémico
- Restricción del crecimiento fetal.
- Parálisis cerebral: Dependerá de la pérdida hemática de la mujer y de la prematuridad.
- Sepsis
- Muerte materna y fetal.
- Hipoxia fetal
- Anemia
- Prolapso de cordón



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



FUENTE: Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD, revista boliviana; Protocolos medicina fetal i perinatal servei de medicina maternofetal – ICGON – hospital clínic Barcelona.

ELABORADO POR: Madyson Torres

PRONOSTICO

“La placenta previa es una de las causas principales de sangrado periparto. Puede causar morbilidad materna seria incluyendo hemorragia, adherencia placentaria anormal, septicemia, trombo-flebitis, transfusión sanguínea masiva, histerectomía periparto de emergencia debido a sangrado incontrolado cuyo resultado obvio es la pérdida de fertilidad e incluso se asocia con mortalidad materna. Además, los embarazos complicados con placenta previa han mostrado ser más propensos a resultados adversos como mortalidad neonatal. Las tasas de mortalidad perinatal son 3 a 4 veces mayores que en embarazos normales. La cesárea por placenta previa representa un factor de riesgo mayor para hemorragia postparto severa sin importar la presencia o no de un acretismo placentario asociado. Estudios muestran un riesgo aumentado de pérdida sanguínea mayor a 1500 ml en mujeres con cesárea ya sea programada o de emergencia por placenta previa. El riesgo estimado de transfusión sanguínea intraoperatoria o postoperatoria en mujeres con placenta previa es de 15% en mujeres con su primer cesárea y de 32,2% en aquellas con cesáreas anteriores. La placentación en posición anterior causa hemorragia masiva durante la cesárea más frecuentemente que la placentación posterior, pudiendo llevar a una pérdida sustancial de sangre tanto materna como fetal si la placenta es incidida durante el procedimiento, por tanto en estos casos el evitar la incisión de la placenta reduce significativamente la frecuencia de transfusiones sanguíneas maternas. El riesgo aumentado de hemorragia en la placenta previa anterior se relacionó principalmente con la presencia de placenta acreta, especialmente entre mujeres con cesáreas previas. La placenta anterior algunas veces invade una cicatriz de cesárea previa, causando acretismo placentario en dicho sitio. Además aun sin acretismo placentario confirmado, la adherencia puede ser mayor en cicatrices previas causando que la separación de la placenta en estos sitios resulte en



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



mayor sangrado. Sumado a lo anterior, el útero debe ser incidido más cefálico que en la placenta posterior, esto generalmente para evitar realizar una incisión transplacentaria. El cuerpo uterino es más grueso que el segmento uterino bajo por lo que causa mayor sangrado tanto durante su incisión como durante su reconstrucción. Existe también la presencia de mayor cantidad de vasos sanguíneos a este nivel lo que causa un aumento del sangrado en este sitio. Los diferentes métodos tradicionales para detener la hemorragia deben ser usados incluyendo masaje uterino sostenido, empaque uterino y agentes uterotónicos como oxitocina y prostaglandinas. Sin embargo durante la cesárea en pacientes con placenta previa, la hemorragia del sitio de implantación placentaria puede continuar después del alumbramiento debido a que el segmento uterino bajo presenta menor contractilidad que el cuerpo uterino con la consecuente inhabilidad para comprimir los vasos rasgados.

Una vez que la hemorragia uterina ocurre, la vasculatura es menos propensa a responder a agentes vasoconstrictores por mecanismos aún no conocidos. Algunos ginecólogos utilizan una inyección local de vasopresina, conocido vaso-constrictor periférico, cuya utilidad para disminuir el sangrado en el lecho placentario ha sido bien demostrada. El receptor V1 α de vasopresina se encuentra presente en el miometrio de mujeres grávidas y no grávidas y contribuye a la contracción miometrial. Análisis inmunohistoquímicos revelan que el receptor V1 α de vasopresina se expresa de manera importante en las células del músculo liso tanto del cuerpo uterino como del segmento uterino bajo en el miometrio de mujeres embarazadas. En contraste, la inmunoreactividad para el receptor de oxitocina es menor en el segmento uterino bajo comparado con el cuerpo uterino. Por tanto, la reducción en la pérdida sanguínea después de la inyección de vasopresina en el sitio de implantación placentaria puede ser no solamente por la vasoconstricción periférica causada por el fármaco sino también por la contracción del músculo liso uterino y ayudando así al control de la hemorragia. Sin embargo, aun con estos esfuerzos el riesgo de histerectomía durante la cesárea varía de 4.9-5,3% durante la primera cesárea a 66.7% durante la cuarta cesárea en pacientes con placenta previa". (Darcia, 2016).



El pronóstico dependerá de las condiciones hemodinámicas de la paciente, durante el embarazo hay un incremento del 45% de volumen sanguíneo hasta la semana 37, disminuye el hematocrito y aumenta el gasto cardiaco casi en un 30% dando así a este el motivo de la causa de anemia fisiología en la embarazada en el segundo trimestre y es compensada en el tercer trimestre con el objetivo de preparar a la mujer para el parto, en el cual habrá pérdida sanguínea, si nos encontramos con una paciente que se encuentre estable es decir si tiene valores normales de hematocrito, hemoglobina, presión arterial y pulso se tomara una conducta expectante hasta que se dé una maduración pulmonar fetal, pero si nos encontramos con un caso contrario a lo dicho y con una hemorragia importante que compromete el bienestar materno fetal se deberá interrumpir el embarazo independientemente de la edad gestacional mediante una cesaría para salvaguardar la vida de ambos.

ELABORADO POR: Madyson Torres

TRATAMIENTO

El tratamiento tiene como objetivo preservar el bienestar tanto materno como fetal.

Manejo general durante la hospitalización

- a. Reposo absoluto en cama.
- b. Nada por boca hasta decidir conducta.
- c. Preparar para cesárea.
- d. Canalizar 2 venas, con sello de Heparina y con Lactato de Ringer.

Manejo en las gestantes con placenta previa sintomática

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

- Hemorragia leve.
- Gestante hemodinámicamente estable, no en fase activa de parto.
- Edad gestacional menor a 36-37 semanas.



- Feto vivo, sin compromiso del bienestar fetal

El tratamiento conservador para manejo de las gestantes incluirá:

- Estabilización hemodinámica.
- Maduración pulmonar.
- Tocólisis en caso de ser necesario.
- Valoración del bienestar fetal.

Se recomienda en las gestantes con placenta previa sintomática, controladas mediante tratamiento conservador, finalizar la gestación de forma electiva a la semana 37. Si durante el tratamiento conservador en la gestante se presenta hemorragia abundante, inestabilidad hemodinámica materna, pérdida del bienestar fetal, se deberá realizar una cesárea de emergencia. Previo al parto, la gestante y sus familiares deberán ser informados sobre los riesgos y complicaciones que pueden darse durante el parto vaginal y de igual manera en el caso de un parto por cesárea, al ser una patología con un alto riesgo de hemorragia, se debe informar la posibilidad de realizar transfusiones sanguíneas y en caso de hemorragia obstétrica masiva, la posibilidad de realizar una histerectomía, esto deberá estar claramente llenado en el formulario del consentimiento informado. (MSP, 2017)

Manejo en las gestantes con placenta previa asintomática

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



reflexión vesical. Evitando atravesar la placenta para llegar a cavidad uterina y provocar hemorragia. Ante el riesgo de hemorragia posparto en las pacientes con placenta previa los establecimientos de salud deben contar con protocolos específicos y personal capacitado para este tipo de complicaciones. (MSP, 2017).

Manejo de la anemia

El tratamiento se dará de acuerdo al valor de hemoglobina que tenga la embarazada. Si la paciente tiene Hb normal se dará hierro profiláctico, en anemia leve con Hb <11g/dL se dará hierro terapéutico oral y en Anemia moderada a severa con Hb <10.5g/dL se dará hierro terapéutico parenteral. En caso de presentarse una hemorragia obstétrica masiva se deberá seguir con el protocolo de transfusión de sangre y sus componentes.

Hierro profiláctico	Hierro: 30 a 60 mg de hierro elemental Ácido fólico : 400 µg (0,4 mg)
Hierro terapéutico oral	Se debe administrar hierro oral a toda mujer embarazada con Hb <11 g/dL, dando indicaciones que debe de tomar una hora antes de la comida con jugos que contengan vitamina C, su dosis dependerá del su valor de Hb. Cada tableta contiene 50-100 mg de hierro elemental.
Hierro terapéutico parenteral	Este debe administrarse dependiendo del Déficit de hierro total (mg) = peso corporal (kg) x (Hb ideal – Hb real) x 0,24 + 500 mg. con el objetivo es mantener Hb 11,0 g/L - Dosis máxima en el día: 300 mg (3



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



	<p>ampollas) - Dosis máxima en una semana: 500 mg. Cada 100 mg de hierro sacarosa será diluido en 100 cc de solución salina al 0.9% y pasar en una hora.</p>
Transfusión sanguínea	<p>En la hemorragia obstétrica masiva, la sangre y sus componentes deben utilizarse de acuerdo a las indicaciones de la GPC. Transfusión de sangre y sus componentes.</p> <p>Existen otros métodos alternativos de recuperación sanguínea como el rescate celular transoperatorio, con el fin de reducir el uso de sangre donada. Los centros obstétricos deben contar con guías para la transfusión de sangre y hemoderivados en mujeres que no estén sangrando activamente, lo cual debe hacerse en base de un estudio individual de cada paciente. La decisión de transfundir mujeres en el período posparto debe basarse en la evaluación cuidadosa incluyendo si existe o no riesgo de sangrado, compromiso cardíaco o síntomas que requieren atención urgente, considerando tratamiento oral o parenteral con hierro como una alternativa. Las mujeres que recibieron transfusión de glóbulos rojos deben recibir información completa sobre la</p>



	indicación para la transfusión y alternativas disponibles. El consentimiento debe ser buscado y documentado en la historia clínica (MSP, 2014).
--	---

FUENTE: Guía práctica clínica del MSP, anomalías de inserción placentaria, Guía práctica clínica del MSP, Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo.

ELABORADO POR: Madyson Torres

Uso de tocolíticos

Se indicara el uso de inhibidores de prostaglandinas y bloqueadores de canales de calcio, en caso de presentarse un parto prematuro, esto nos ayudara a posponer el parto al menos 48 horas, favoreciéndonos el efecto de la maduración pulmonar.

NIFEDIPINO	INDOMETACINA
<p>Dosis inicial: 10 a 20 mg cada 20 minutos vía oral dependiendo a las necesidades de la paciente.</p> <p>Dosis máxima durante la primera hora: 60 mg.</p> <p>Dosis de Mantenimiento: 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas.</p> <p>Dosis máxima total: 160 mg/día.</p> <p>Duración del tratamiento: 48 horas.</p>	<p>Se considera como un fármaco de segunda línea. Su uso es controversial. Se debe limitar en embarazos menores a las 32 semanas de gestación y por un tiempo menor a 48 horas. Las investigaciones acerca del cierre prematuro del conducto arterial son limitadas.</p>

FUENTE: Guía práctica clínica del MSP, anomalías de inserción placentaria;
ELABORADO POR: Madyson Torres

Uso de corticoides



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



El uso de corticoides en pacientes con riesgo de parto pretérmino entre las 24-34 semanas de gestación ha ayudado a disminuir el síndrome de dificultad respiratoria en el neonato pretérmino, la mortalidad y morbimortalidad perinatal.

BETAMETASONA	DEXAMETASONA
Administrar 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis	Administrar 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis

Si el riesgo reaparece a los 7 o 14 días después de haber puesto la primera dosis, se administrará sólo una dosis de Betametasona 12 mg intramuscular. O si el riesgo reaparece \geq 14 días después de la primera dosis, se volverá a administrar una dosis completa.

FUENTE: Guía práctica clínica del MSP, anomalías de inserción placentaria; Protocols medicina maternofoetal hospital clínic hospital Sant Joan de Déu- Universitat de Barcelona.

ELABORADO POR: Madyson Torres



JUSTIFICACIÓN

La placenta previa es una de las complicaciones más frecuentes durante la gestación ya que puede relacionarse a hemorragias graves, retención placentaria, desprendimiento placentario, acretismo – incretismo o percretismo placentario, anemia materna, transfusiones sanguíneas, CID, partos prematuros, histerectomía y provocar hasta la muerte ya sea materna o fetal.

De todas las pacientes que acuden al Hospital Sagrado corazón de Jesús cada día, 1 de cada 30 pacientes gineco-obstetricas resultan tener un diagnóstico con placenta previa, algunas asintomáticas y otras sintomáticas teniendo así cada una de las usuarias su manejo.

Es por eso que en el año 2000 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) la meta 5A que consiste en reducir a tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015; uno de los objetivos del Milenio propone: Mejorar la Salud Materna, reduciendo la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes, a nivel nacional, la reducción de la mortalidad materna –perinatal es una prioridad y se refleja en las metas del Plan Nacional de Desarrollo en el objetivo uno: “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”. (Sabando Macías, 2020)

El presente caso clínico tiene como finalidad analizar la evolución de embarazo con placenta previa oclusiva parcial, identificar los factores predisponentes, exponer el tratamiento aplicada, los resultados maternos fetales obtenidos y así beneficiar el conocimiento propio y de los lectores en esta patología para poder evitar ciertas complicaciones y mejorar la calidad de vida de las mujeres ecuatorianas y de sus hijos.



OBJETIVOS

Objetivo General

- ✚ Analizar la evolución de un embarazo de 35 semanas con placenta previa oclusiva parcial

Objetivos Específicos

- ✚ Describir un caso clínico de embarazo de 35 semanas de gestación con placenta previa oclusiva parcial.
- ✚ Identificar los factores predisponentes para placenta previa en este caso.
- ✚ Exponer el tratamiento aplicado y los resultados maternos fetales.



DATOS GENERALES

Nombres completos: ARVH	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: xxx	Edad: 40 años
Fecha de nacimiento: 17/09/1980	Estado civil: unión libre
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: bachiller	Raza: Mestiza
Dirección: Quevedo, Salvador	Religión: Católica
Nivel sociocultural/económico: bajo	Hospital: Sagrado Corazón de Jesús
Fecha de ingreso: 11/08/2020	FUM: no refiere

METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Paciente de 40 años de edad acude al área de emergencia gineco-obstétrica, cursando un embarazo de 34,5 semanas de gestación por eco (referencia eco de 2 trimestre), refiere cuadro clínico de más o menos 30 minutos de evolución que se caracteriza por presentar sangrado transvaginal en abundante cantidad y leve dolor en hipogastrio, motivo por el cual es ingresada de emergencia a sala de ginecología.

1.2 Historia clínica de la paciente



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



Antecedentes patológicos personales	no refiere
Antecedentes patológicos familiares	No refiere
Antecedentes quirúrgicos	No refiere
Alergias	No refiere
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-Obstetricos	
Menarquia	12 años
Ciclos Menstruales:	Irregulares
Inicio de vida sexual:	17 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Gestas: 4	Partos: 3 abortos: 1(LUI hace un año y medio) Cesáreas: 0
Fecha de la última menstruación:	No refiere
Controles prenatales del embarazo actual:	2
Ecografías:	1 A las 24,5 semanas de gestación
Edad gestacional:	35 semanas de gestación por eco
Papanicolaou:	Ninguno

Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente de sexo femenino de 40 años de edad acude al área de emergencia gineco-obstétrica del Hospital Sagrado corazón de Jesús acompañada de su



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



esposo, cursaba con embarazo de 34,5 semanas de gestación por eco (referencia eco de segundo trimestre).

Al momento se encuentra orientada en tiempo y espacio, afebril, refiere cuadro clínico de más o menos 30 minutos de evolución que se caracteriza por presentar sangrado transvaginal color rojo rutilante en abundante cantidad y leve dolor en hipogastrio niega otro sintomatología o causa aparente de sangrado. Acude con ecografía de 2 trimestre con ID: embarazo de 34,5 semanas de gestación + placenta previa oclusiva marginal.

Se le realiza un rastreo ecográfico donde se evidencia producto único vivo, cefálico y un desprendimiento placentario del 50% por lo que se decide paso inmediato a quirófano para terminar con el embarazo por vía alta - cesaría de emergencia. Al monitoreo fetal electico FCF: 180- 190-195 latidos por minuto y actividad uterina: negativa

Examen físico (Exploración clínica)

Paciente activa, alerta, orientada en tiempo y espacio, tiene un lenguaje fluido y coherente, fascia normal y no presenta emisión de olores desagradables

Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.

Cabello: Buena implantación sin presencia de pediculosis, ni descamación en cuero cabelludo.

Ojos: Simétricos, hidratados, no presenta patología.

Nariz: Sin secreción nasal, ni desviación.

Boca: Piezas dentarias completas sin signos de gingivitis o caries, mucosas orales semihidratadas, amígdalas en estado normal.

Cuello: simétrico, Sin adenopatía.



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



Tórax: campos pulmonares rítmicas, ruidos cardíacos rítmicos, simetría de los senos, areola tono oscuro, pezón normal

Miembros superiores: Simétricos, sin patología.

Abdomen: Globuloso según fecha gestacional con producto único- vivo

Genitales: con presencia de sangrado transvaginal activo en abundante cantidad se evidencia perdida hemática con coágulos, 400 ml aproximadamente.

Miembros inferiores: Simétricos, con edema leve.

Dedos: Completos, limpios, sin presencia de cianosis.

Uñas: Limpias, simétricas, completas, no se evidencia micosis.

Examen gineco-obstetrico

Maniobras de Leopold.

Situación: Dorso longitudinal derecho

Presentación: podálica

Altura uterina: 35 cm

Dinámica uterina: ausente

Movimientos fetales: presentes

FCF: 195 lpm

Cérvix: largo posterior con presencia de sangrado transvaginal abundante

Paciente ingresa por emergencia con un score mama de 0 sus valores son los siguientes:



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



Clasificación del score mama	Parámetros en paciente
Sístole	130 mmHg
Diástole	85 mmHg
FC	100 lpm
FR	20 rpm
T °C	36.5 °C
SatO2.	96%
Estado de conciencia	CONSCIENTE
PROTEINURIA	(-)

MEDICIONES Y VALORES

Peso: 82 kg

Talla: 1.51

Glasgow: 15/15

Información de exámenes complementarios realizados

Biometría hemática

EXAMEN	RESULTADO	V. REFERENCIA
HEMOGLOBINA	13.0	13-17
HEMATOCRITO	39.5	40-50
PLAQUETAS	283	150-450
LEUCOCITOS	6.32	4-10
LINFOCITOS	13.0	25-40
NEUTRÓFILOS	39.5	55-65
GRUPO	A	



SANGUÍNEO

FACTOR RH Positivo

COAGULACIÓN

Tiempo de protrombina TP	16	seg	12-14
Tiempo parcial de tromboplastina TTP	34	seg	20-40

AUTOINMUNES E INFECCIOSAS

HIV1+2 cuarta generación	No reactivo
VDRL	No reactivo
SARS-CoV-2 IgG+IgM	negativo

BIOQUÍMICA SANGUÍNEA

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V.REFERENCIA
GLUCOSA	128.1	mg/dL	70.0-105.0
COLESTEROL	211.0	mg/dL	< =200.0
TRIGLICÉRIDOS	250.9	mg/dL	< =150.0
UREA	11.5	U/L	15.0-40.0
CREATININA	0.56	mg/dL	0.50-0.90
TGO	12.3	U/L	< =40.0
TGP	6.2	U/L	< =40.0

Reporte ecográfico de 27 de mayo del 2020



ÚTERO GRÁVIDO
FETO ÚNICO VIVO
PRESENTACIÓN CEFÁLICO
SITUACIÓN DORSO LONGITUDINAL ANTERIOR A LA DERECHA
LATIDOS CARDIACOS 150 LPM
DBP: 62 MM
LF: 41 MM
CA: 195 MM
PESO APROXIMADO: 663 Gr
PLACENTA UBICADA EN LA PARED POSTERIOR
INSERCIÓN BAJA PREVIA OCLUSIVA MARGINAL
GRADO DE MADUREZ I
LIQUIDO AMNIÓTICO DE ASPECTO CLARO EN VOLUMEN ADECUADO
AL MOMENTO ILA 13.1 mL
MOVIMIENTOS: ACTIVOS
PARTES FETALES OBSERVADAS NORMALES
SEXO: MASCULINO
EN PROYECCIÓN DEL CUELLO SE OBSERVA ASA SIMPLE
COMPATIBLE CON CIRCULAR DE CORDÓN.

ID: EMBARAZO DE 24 SEMANAS FETO VIVO CEFÁLICO PLACENTA
PREVIA OCLUSIVA MARGINAL

Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnostico presuntivo.

Embarazo de más o menos de 35 semanas de gestación + amenaza de parto pretérmino.

Diagnóstico diferencial

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Vasa previa



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



- Ruptura prematura de membrana
- Parto pretérmino
- Desgarro o laceración cervical o vaginal
- Placenta previa

Diagnóstico definitivo

Embarazo de 35 semanas de gestación + placenta previa oclusiva parcial + desprendimiento de placenta + sufrimiento fetal agudo.

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

Se observó un sangrado transvaginal activo, color rojo rutilante en abundante cantidad, se evidencia perdida hemática de 400 ml aproximadamente con presencia de coágulos.

Una vez revisado los exámenes complementarios, ecografías y el expediente clínico, en el cual nos indica algunos factores predisponentes como son: edad materna avanzada, multiparidad y un aborto queda confirma dicho diagnóstico.

Procedimiento a seguir:

- Trasladar a la paciente de emergencia a sala de gineco-obstetricia
- Reposo absoluto
- Administrar vía a la paciente con Lactato de Ringer 1000 ml VI 30 gotas por minuto
- Administrar profilaxis antibiótica (cefazolina 2 gr IV stat)
- Monitoreo fetal
- Control de actividad uterina
- Control de score mama



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



- No realizar tactos vaginales
- Controlar perdida sanguínea
- Espera de resultados de laboratorio
- Verificar valores de hemoglobina, hematocrito y plaquetas
- Nada por vía oral
- Preparar para cirugía
- Consentimiento informado
- Pase a quirófano
- Disponer de productos sanguíneos en caso de necesitarlos

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

Una vez ya diagnosticada la placenta previa oclusiva parcial en la paciente, se debe realizar monitoreo fetal, control de signos vitales y cuantificar la perdida sanguínea, constatarla estabilidad hemodinámica, aplicar el Score MAMA, para valorar el estado materno actual y preservar la vida de la madre como la del producto, se indica reposo absoluto ya que esto es uno de los puntos esenciales para evitar el sangrado, colocar vía periférica para mantener a la paciente estable, y proceder con la administración de medicamentos indicados por el especialista Lactato de Ringer 1000 ml 30 gotas por minuto y Cefazolina 2 gr IV stat, es recomendable usar corticoides ya sea betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis o dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis, en caso de que el embarazo sea menor a las 36 semanas de gestación. Se sugiere a la paciente que debido a sus factores de riesgos y complicaciones que pueda sufrir a futuro sería recomendable practicarle una salpingectomia parcial bilateral.



SEGUIMIENTO

1er día de hospitalización de la paciente

<p>La usuaria ingresa por emergencia gineco-obstetrica y es valorada por médico general encargado del área y le da el pase a sala de parto de emergencia para que sea valorada por especialista con el siguiente reporte.</p> <p>Paciente 40 años de edad que cursa con 34,5 semanas de gestación por eco. Su AGO G: 4 P: 3 A: 1 C: 0. Al momento paciente activa, reactiva, afebril, orienta en tiempo y espacio colabora con interrogatorio y refiere sangrado transvaginal y leve dolor en hipogastrio.</p> <p>Al examen físico:</p> <p>Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, mucosas orales húmedas.</p> <p>Cabello: Buena implantación sin presencia de pediculosis, ni descamación en cuero cabelludo.</p> <p>Tórax: campos pulmonares rítmicas, ruidos cardiacos rítmicos, simetría de los senos, areola tono oscuro, pezón normal</p> <p>Miembros superiores: Simétricos,</p>	<p>INDICACIONES</p> <p>Control de signos vitales</p> <p>Score mama</p> <p>Monitoreo fetal</p> <p>Valoración por especialista</p> <p>Cesaría de emergencia</p> <p>Pase a sala de parto</p>
---	--



<p>sin patología.</p> <p>Abdomen: Globuloso según fecha gestacional con producto único- vivo</p> <p>Miembros inferiores: Simétricos, con edema leve.</p> <p>Al examen ginecológico: Se realiza especuloscopia y se observa presencia de sangrado transvaginal activo en abundante cantidad se evidencia perdida hemática con coágulos, 400 ml aproximadamente.</p> <p>Tacto vaginal: no se realiza debido a la ausencia de dinámica uterina y riesgo de lesionar el cuello y provocar más sangrado.</p> <p>Monitoreo fetal: 180 lpm</p> <p>AU: negativa</p> <p>ID: embarazo de 34,5 semanas de gestación por eco + placenta previa con hemorragia</p>	
--	--

Reporte de médico especialista

<p>Paciente 40 años de edad que cursa de 34,5 semanas de gestación por eco + placenta previa, sube de emergencia gineco-obstetrica. Su AGO G: 4 P: 3 A: 1 C: 0. Al momento paciente activa, reactiva, afebril, orienta en tiempo y espacio</p>	<p>MEDIDAS GENERALES</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuidados de enfermería• Control de signos vitales• Score mama• Monitoreo fetal• Reposo
--	--



colabora con interrogatorio y refiere cuadro clínico de más o menos 1 hora de evolución caracterizado por sangrado transvaginal en abundante cantidad y leve dolor en hipogastrio niega otra sintomatología. signos vitales estables Glasgow 15/15

Al examen físico:

Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, mucosas orales húmedas.

Cabello: Buena implantación sin presencia de pediculosis, ni descamación en cuero cabelludo.

Tórax: campos pulmonares rítmicas, ruidos cardiacos rítmicos, simetría de los senos, areola tono oscuro, pezón normal

Miembros superiores: Simétricos, sin patología.

Abdomen: Globuloso según fecha gestacional con producto único- vivo

Miembros inferiores: Simétricos, con edema leve.

Al examen ginecológico: Se realiza especuloscopia y se observa presencia de sangrado transvaginal activo en abundante cantidad se evidencia perdida hemática con coágulos, 400 ml aproximadamente.

Monitoreo fetal: 190 lpm

- Nada por vía oral
- Preparar para cirugía
- Pase directo a quirófano
- Consentimiento informado
- Espera de resultados de laboratorio
- Comunicar novedades

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

- Lactato de Ringer 1000 ml 30 gotas por minuto
- Cefazolina 2 gr IV stat



AU: negativa

Es valorada con rastreo ecográfica donde se evidencia producto único vivo cefálico y desprendimiento placentario de un 50% por lo que se decide paso inmediato a quirófano para terminar el embarazo por vía alta – cesaría de emergencia

ID: embarazo de 35 semanas de gestación por eco + placenta previa oclusiva marginal con hemorragia + desprendimiento de placenta + sufrimiento fetal agudo+ riesgo obstétrico+ maternidad satisfecha

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	TC	SatO2	E. Con	Protein.	Total
100/60	80	20	36.4	99	Alerta	(-)	0

NOTA POSTQUIRÚRGICA

Bajo normas de asepsia y antisepsia previa anestesia raquídea y colocación de campos quirúrgicos estériles se procede a realizar cesaría de emergencia con incisión tipo pfannenstiel, expuesto en

MEDIDAS GENERALES

- Cuidados de enfermería
- Control de signos vitales cada 15 minutos por 2 horas
- Score mama



cavidad abdominal. Se realiza histerotomía encontrando sangrado más coágulos en moderada cantidad, placenta anterior previa oclusiva parcial con desprendimiento de más o menos un 60 %.

Se obtiene recién nacido vivo masculino, cefálico, APGAR: 5/7 se realiza clampeo inmediato del cordón umbilical y onfalotomía; neonato pasa con pediatra para su reanimación, se extrae placenta completa de forma manual. Se realiza limpieza de cavidad uterina, se verifica tono uterino y hemostasia y se realiza histerorráfia por planos, se localizan, pinzan, ligan y se cauterizan trompas de Falopio bilateral debido a maternidad satisfecha se verifica hemostasia y se realiza sutura en planos de pared abdominal, se extrae loquios de cavidad vaginal y uterina, sangrado estimado 700 ml, material básico completo, diuresis clara ID: puerperio quirúrgico inmediato + salpingectomía parcial bilateral

- Control de sangrado transvaginal cada 15 min por 2 horas
- Masajes uterinos
- Neonato en sala de neonatología.
- Curación diaria de herida
- Reposo
- Retiro de sonda vesical dentro de 12 horas
- Biometría de control en 8 horas.
- Nada por vía oral por 6 horas luego dieta líquida
- Comunicar novedades

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

- Cloruro de sodio de 0.9%- 1000 ml + 200 mg tramadol +10 gr de metoclopramida pasar 20 gotas por minutos
- Cefazolina 1 gr IV cada 6 horas
- Ketorolaco 60 mg IV cada 12 horas
- Pase a sala de recuperación en 4 horas



T/A	FC	FR	TC	SatO2	E.Con	Protein.	Total
100/60	78	19	36.8	99	Alerta	(-)	0

2do día de hospitalización

<p>Paciente 40 años de edad que cursa su segundo día de hospitalización por puerperio quirúrgico inmediato. Al momento paciente activa, reactiva, afebril, orienta en tiempo y espacio colabora con interrogatorio y refiere leve en zona de la herida niega otra sintomatología.</p> <p>Al examen físico:</p> <p>Cabeza: normo cefálica, mucosas orales húmedas.</p> <p>Tórax: campos pulmonares rítmicas, ruidos cardiacos rítmicos, simetría de los senos, areola tono oscuro, pezón normal.</p> <p>Abdomen: blando, depresible, poco doloroso a la palpación.</p> <p>Miembros inferiores: Simétricos, sin edema.</p> <p>Al examen ginecológico Útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios escasos Herida quirúrgica limpia y seca sin signos de inflamación.</p> <p>ID: puerperio quirúrgico inmediato + salpingectomía parcial bilateral</p>	<p>MEDIDAS GENERALES</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuidados de enfermería• Control de signos vitales cada 8 horas• Score mama• Curación diaria de herida• Reposo• Dieta líquida• Signos de alarma materna y recién nacido• Charla de lactancia materna• Comunicar novedades <p>INDICACIONES TERAPÉUTICAS</p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de sodio de 0.9%-1000 ml pasar IV 30 gotas por minutos• Cefazolina 1 gr IV cada 6 horas• Ketorolaco 60 mg IV cada 12 horas• Solución salina 0.9%-300 ml+ hierro sacarosa 300 ml pasar en 3 horas
--	--



SCORE MAMA

T/A	FC	FR	TC	SatO2	E.Con	Protein.	Total
105/65	70	20	36.2	98	Alerta	(-)	0

Reporte de Biometría posquirúrgico

EXAMEN	RESULTADO	V. REFERENCIA
HEMOGLOBINA	9.2	13-17
HEMATOCRITO	27.5	40-50
PLAQUETAS	244	150-450
LEUCOCITOS	8.32	4-10
LINFOCITOS	10.0	25-40
NEUTRÓFILOS	55.5	55-65
GRUPO SANGUÍNEO	O	
FACTOR RH	Positivo	

3er día de hospitalización

<p>Paciente 40 años de edad que cursa su tercer día de hospitalización por puerperio quirúrgico mediato. Al momento paciente en condiciones hemodinamicamente estables, activa, reactiva, afebril, orienta en tiempo y espacio colabora con interrogatorio y niega sintomatología. Al examen físico</p> <p>Cabeza: normo cefálica, mucosas orales húmedas.</p>	<p>ALTA MEDICA</p> <ul style="list-style-type: none">• Curación diaria de herida• Reposo• Dieta blanda• Signos de alarma materna y recién nacido• Charla de lactancia materna• Comunicar novedades <p>INDICACIONES TERAPÉUTICAS</p>
---	--



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



Tórax: campos pulmonares rítmicas, ruidos cardiacos rítmicos, simetría de los senos, areola tono oscuro, pezón normal.

Abdomen: blando, depresible, poco doloroso a la palpación.

Miembros inferiores: Simétricos, sin edema.

Al examen ginecológico

Útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios escasos

Herida quirúrgica limpia y seca sin signos de inflamación.

ID: puerperio quirúrgico mediato + salpingectomia parcial bilateral

- Cefalexina 500 gr VO cada 8 horas por 7 días
- Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas por 5 días
- Sulfato ferroso 100 mg VO cada 12 horas por un mes.



OBSERVACIONES

La cantidad de sangrado al momento del ingreso sugirió valoración ecográfica inmediata lo que identificó una placenta previa oclusiva parcial acompañada de un 50% de desprendimiento y taquicardia fetal lo que evidencia sufrimiento fetal agudo, factores que motivaron el ingreso inmediato y decisión de finalización de la gestación, al tratarse de un feto de 35 semanas de gestación la decisión se sustentaba en un buen pronóstico de sobrevivencia fetal mientras más rápido se realice la intervención. La conducta obstétrica dependerá de la edad gestacional, de las características de la hemorragia y del estado materno Score MAMA.

Tanto la paciente como familiares estuvieron informados en todo momento de su cuadro clínico, procedimientos a realizar, complicaciones que se pueden presentar tanto en ella como en su bebé y del tratamiento farmacológico que recibía.

Después de que la paciente se encontraba hospitalizada varios días y con una evolución favorable, gracias al tratamiento médico y cuidados de enfermería, se le dio el alta médica, dándole a conocer cuáles deben de ser sus cuidados y los signos de alarma que debe de tener en cuenta tanto en ella como en su bebé, una vez que el recién nacido sea dado de alta, como también se le habló sobre la lactancia materna.

Para comprender mejor este tema de estudio se revisó guías clínicas, artículos de revistas médicas, libros y varias citas bibliográficas y así poder llegar a la culminación de este caso.



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



CONCLUSIONES

- Hacer énfasis en centros de atención primaria sobre los criterios de referencia y contrarreferencia de las guías de práctica clínica del MSP para la captación oportuna de estas pacientes para dar seguimiento y estar preparados eventualmente.
- La guía práctica clínica de control prenatal (MSP, 2015) en la valoración del riesgo obstétrica cita que la edad materna avanzada, multiparidad, y aborto es de alto riesgo obstétrico, razón por la cual esta paciente debió ser referida a centro de salud de segundo nivel.
- Realizar una anamnesis completa junto con una ecografía abdominal complementada con la ecografía transvaginal permite relacionar los factores de riesgo ayuda a llegar al diagnóstico de placenta previa, su variedad de acuerdo a la clasificación y descartar uno de las posibles complicaciones a esta patología y evitar la muerte materna o fetal.
- La conducta obstétrica dependerá de la edad gestacional, estado hemodinámico de la paciente y estado fetal, en este caso al presentarse desprendimiento y sufrimiento fetal agudo se decide un parto quirúrgico de emergencia.



BIBLIOGRAFÍA

- Abrigo, M. M. Proceso de atención de enfermería en gestantes con placenta previa y sus complicaciones materno fetal. (*EXAMEN COMPLEXIVO PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA*). Universidad Tecnica de Machala, Machala.
- Alvarez, E., Bonilla, Y., León, M., Martínez, B., Meneses, Z., Párraga, J., y otros. COMICION DE APUNTES DE OBSTETRICIA (2007-2008). (*LICENCIATURA EN MEDICINA*). Universidad de Murcia, MURCIA.
- ANDIA M, B. e. (10 de 03 de 2010). Placenta Previa. *Univ. Cienc. Soc. [online]*., 42-45.
- Arizapana, C. A. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca durante el año 2018. (*TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO*). UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO, PUNO.
- Bedregal, Y. A. Caso Clínico: Placenta Previa. (*Caso clínico para optar el título de:Segunda Especialidad en Alto Riesgo*). Universidad Católica de Santa María, Arequipa.
- Casquete, L. M. Gestante con Placenta Previa Marginal. (*Bachelor's thesis*). UTB, BABAHOYO.
- CLAP/SMR, C. L. (2012). *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. MONTEVIDEO: © Organización Panamericana de la Salud. 2012.
- Darcia, S. Á. (2016). Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*, 6(3), 11-20.
- Lévano Valeiro, N. Hemorragias de la segunda mitad de la gestacion placenta previa. . (*TRABAJO INVESTIGATIVO SEGUNDA ESPECIALIDAD EN: "ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS"*). UNIVERSIDAD PRIVADA DE ICA, ICA.
- Martinez, G. M. Placenta previa-hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias. (*TESIS PARA OPTAR TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA ATENCION OBSTETRICA DE LA EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS*). UNIVERSIDAD PRIVADA DE ICA, ICA.



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



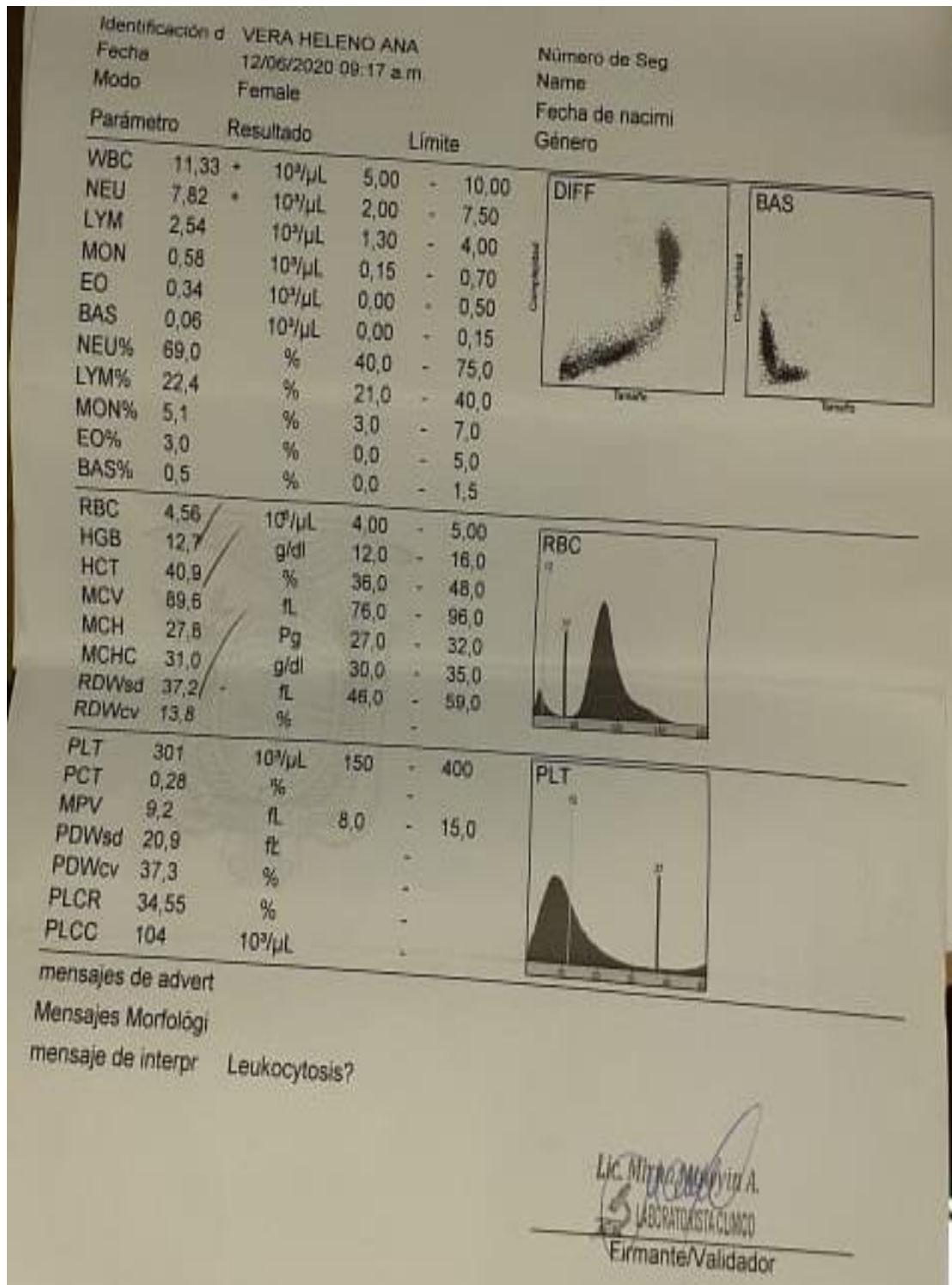
- MSP. (2014). *DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO*. QUITO: Dirección Nacional de Normatización – MSP.
- MSP. (2015). *Guía de Práctica Clínica-Control Prenatal*. QUITO: Dirección Nacional de Normatización – MSP.
- MSP. (2017). *Guía Práctica Clínica Anomalías de Inserción Placentaria y Vasos Sanguíneos Fetales*. QUITO: Dirección Nacional de Normatización – MSP.
- MSP. (2018). *Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas*. MANAGUA: Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud © MINSA. 2013.
- OPS, O. P. (2009). *Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo*. PANAMA: © Organización Panamericana de la Salud. 2012.
- Pereira, M. P. Placenta previa asociada a cesárea anterior en pacientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del año 2013. *Doctoral dissertation*. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina, GUAYAQUIL.
- Sabando Macías, E. K. Placenta Previa Oclusiva Parcial diagnóstico y tratamiento en múltipara. (*Bachelor's thesis*). UTB-FCS, Babahoyo.
- Salud, M. d. (2013). *Normativa 109. Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas*. MANAGUA: Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud.



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



ANEXOS





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



DIRECCIÓN DISTRITAL 12003
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
 Av. Walter Andrade y Guayaqueles #401
 Telfs.: 062750373
 laboratorn.hsq.czs@gmail.com

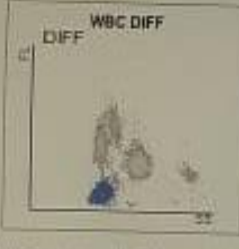
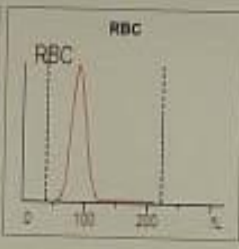

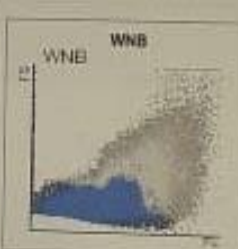
QUEVEDO - MOCACHE
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
 Av. Walter Andrade y Guayaqueles #401
 Telfs.: 062750373
 laboratorn.hsq.czs@gmail.com

ORDEN NO. 2008111
VERA HELENO ANA ROSARIO
 Identificación: 1204958704
 Edad: 40 años Sexo: Femenino
 Servicio: Emergencia Ginecológica
 Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Fecha de la orden: 2020-08-11 12:35AM
 Fecha de impresión: 2020-08-11 10:57AM

Informe de Resultados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Recuento de Glóbulos Rojos	4.48	10 ⁶ /μL	[4 - 6]
Hemoglobina	13.0	g/dL	[13 - 17]
Hematocrito	39.5	%	[40 - 50]
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	88.2	μm ³	[80 - 100]
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	29.0	pg	[27 - 31]
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	32.9	g/dL	[30 - 36]
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWc)	13.2	%	[11.5 - 15.5]
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWfs)	42.0	μm ²	
Plaquetas	253	10 ³ /μL	[150 - 450]
Plaquetocrito	0.31	%	[0.1 - 0.5]
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	10.9	μm ³	[7.4 - 11]
Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc)	16.3	%	[10 - 18]

Muestra adecuada - Método: CBC-MI Automatizado

TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA RH (D)

Grupo Sanguíneo: O
 Factor Rh: Positivo

Muestra adecuada - Método: Aglutinación

Validado por: L. Ito, Gelo Constantine

BIOQUÍMICA			
Glucosa	†	129.02	mg/dL [70 - 110]
Urea		24.93	mg/dL [10 - 50]
Creatinina		0.6	mg/dL [0.6 - 1.1]
Ácido Úrico		4.71	mg/dL [2.4 - 6]
Colesterol HDL	†	74.23	mg/dL [0 - 65]
Triglicéridos	†	231.56	mg/dL [0 - 150]
Bilirrubina Total		0.37	mg/dL [0 - 1.2]



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



DIRECCIÓN DISTRITAL EDSH
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Av. Walter Andrade y Quercosanes #400
Telf.: 052750373
laboratorio.hsc.uscb@gmail.com

HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Av. Walter Andrade y Quercosanes #400
Telf.: 052750373
laboratorio.hsc.uscb@gmail.com

Bilirrubina Directa	0.00	mg/dL	(0 - 0.3)
Bilirrubina Indirecta	0.28	mg/dL	(0 - 0.95)
TGO/AST	17.96	U/L	(0 - 31)
TGP/ALT	9.67	U/L	(0 - 32)
ALBÚMINA	3.33	g/dL	(3.5 - 5)
Coolesterol	213.85	mg/dL	(0 - 200)
Proteínas Totales	6.26	g/dL	(5.8 - 8.7)

Muestra adecuada - Método: Fotometría Automatizada
Validado por: Lodo. Gelo Constantine

COAGULACIÓN

Tiempo de Protrombina TP	14	seg.	(12 - 14)
INR	1.2		(0.9 - 1.2)
Tiempo Parcial de Tromboplastina (TTP)	34	seg.	(20 - 40)

Muestra adecuada - Método: Coagulometría Automática
Validado por: Lodo. Gelo Constantine

AUTOINMUNES E INFECCIOSAS



HIV 1 + 2 Cuarta Generación	No reactivo
-----------------------------	-------------

Muestra adecuada - Método: Inmunoenzimología

TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IgG/IgM	Negativo
--	----------

Validado por: Lodo. Gelo Constantine

Dr. Boris Zambrano
Coordinador del Departamento Laboratorio Clínico



Servicio: Parto
 Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Informe de Resultados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
AUTOINMUNES E INFECCIOSAS			
SARS-CoV-2 IgG / IgM Cualitativa	Negativo		
SARS-CoV-2 IgG + IgM			

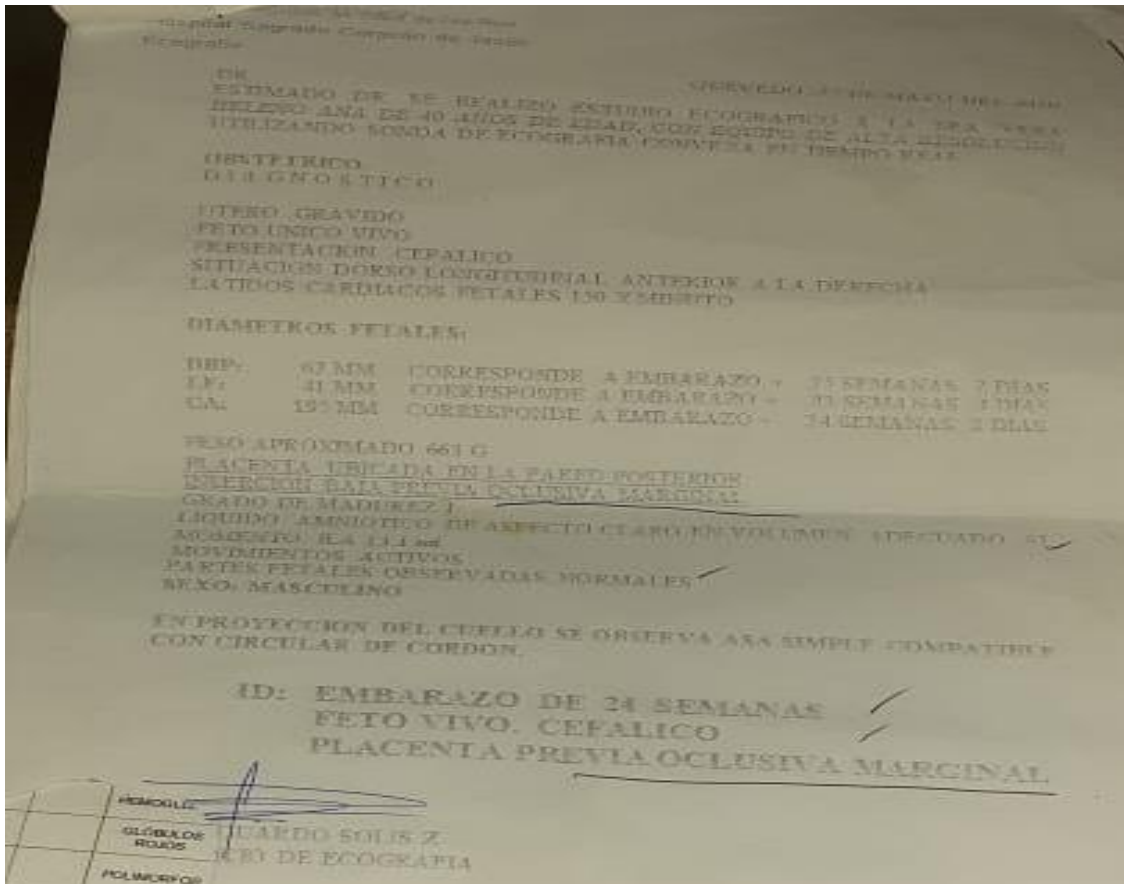
RESULTADO			SIGNIFICANCIA CLÍNICA
RT-qPCR	IM	IgG	
+	-	-	Probablemente en "período de ventana" de infección.
+	-	+	Probablemente en etapa temprana de infección.
+	+	+	Fase activa de infección, el cuerpo ha desarrollado inmunidad con anticuerpo IgG.
+	-	+	Probablemente en etapa avanzada o recurrente de la infección.
-	+	-	Probablemente en etapa grave de infección. El resultado RT-qPCR puede ser un falso negativo o el paciente presenta otras enfermedades. Si ha encontrado que el Factor Reumatoideo da como positivo o débil positivo en IgM.
-	-	+	Probablemente infección previa y se ha recuperado o el virus ha sido eliminado. IgG producido por la respuesta inmune se mantiene por un largo período de tiempo y es aún detectable en sangre.
-	+	+	El paciente ha sido recientemente infectado y se encuentra en fase de recuperación. El virus en el cuerpo ha sido eliminado y no se ha reducido IgM al límite más bajo de detección, o el resultado RT-qPCR es falso negativo y el paciente está en fase activa.

Muestra adecuada - Método: Inmunoquimografía

Validado por: *loda. Lorena Zufiga*

Eduardo A. Secaira Mora
 LICENCIADO LABORATORIO CLÍNICO
 C.I. 131916965
 R.S. 1085-2017-2131284

[Handwritten Signature]





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



HISTORIA CLINICA MATERNA PERINATAL - MSP

DATOS GENERALES
Nombre: Vera Rojas Ana Luciana
Edad: 23 años
Código: 154
Profesión: Solista de Medicina

ANTECEDENTES
Enfermedades crónicas: 04
Enfermedades agudas: 01
Quirúrgicas: 03
Ginecológicas: 03

GESTACION ACTUAL
Fecha de inicio: 15/1
Fecha de término: 08/08/2020
Duración: 227 días

PRONÓSTICO
Materno: 0
Fetal: 0
Perinatal: 0

TRATAMIENTO
Medicamentos: 0
Fisioterapia: 0
Quirúrgico: 0

EVOLUCIÓN
01/01/2020: CPH2

POSTPARTO
Fecha de inicio: 08/08/2020
Fecha de término: 01/09/2020
Duración: 25 días

TRATAMIENTO POSTPARTO
Medicamentos: 0
Fisioterapia: 0
Quirúrgico: 0

CONSEJOS
Alimentación: 0
Cuidado personal: 0
Cuidado del bebé: 0

