



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“EFICACIA EN EL DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL
EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL”

Requisito para optar por el Título de Médico

Autora: López Novoa, Gabriela Fernanda

Tutor: Dr. Esp. Salazar Faz, Abel Fernando

Ambato-Ecuador

Octubre 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“EFICACIA EN EL DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL” de Gabriela Fernanda López Novoa estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2016

EL TUTOR

.....
Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“EFICACIA EN EL DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2016

LA AUTORA

.....
López Novoa, Gabriela Fernanda

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este caso clínico o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de grado con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este caso clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Septiembre 2016

LA AUTORA

.....

López Novoa, Gabriela Fernanda

APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“EFICACIA EN EL DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL”**, de Gabriela Fernanda López Novoa, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico en primer lugar a Dios por darme la vida, la capacidad y la inteligencia para superarme cada día, a mis padres por haberme apoyado en cada momento a lo largo de esta carrera de la Medicina y en especial a mi hijo quien me ayudado siendo mi fortaleza y mi convicción que me ha traído hasta este punto y desde donde pienso continuar ejerciendo esta hermosa arte de la Medicina.

Gabriela Fernanda López Novoa

AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en la cual recibí los conocimientos que han contribuido a mi formación profesional.

A mis docentes quienes, compartieron sus conocimientos, lecciones y experiencias a lo largo de mi vida estudiantil.

A todas aquellas personas que colaboraron con sus conocimientos, experiencias, opiniones y sugerencias en el transcurso del desarrollo del presente trabajo.

En especial a mi tutor, Dr. Fernando Abel Salazar Faz por permitirme recurrir a sus conocimientos científicos y experiencia profesional, en un marco de confianza y amistad, para la culminación del presente.

Gabriela Fernanda López Novoa

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	1
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN.....	x
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS	4
2.1 Objetivo General:	4
2.2 Objetivos Específicos:	4
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:	5
4. HISTORIA CLINICA.....	6
5. DESARROLLO.....	13
5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO:	13
5.2 DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO	14
5.3 ACCESO A LA ATENCION MÉDICA.....	15
5.3.1 ATENCIÓN DE EMERGENCIA	15
5.3.2 ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	15
5.3.4 OPORTUNIDADES DE REMISION	16
5.3.5 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS	16
5.3.6 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:	16
6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	17
Placenta Previa:.....	17
7. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:	26
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	29

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	30
BIBLIOGRAFÍA	30
CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA.....	33
9. ANEXOS	35
IMÁGENES	35
Imagen N°1. Resonancia Magnética Simple de Pelvis.....	35
Imagen N°2. Ecografía en la que se evidencia Placenta previa – Semana 34	36
Imagen N° 3: Ecografía Obstétrica + Flujiometría – Semana 36.	37
Imagen N° 4: Reporte de Flujiometría.....	38
TABLAS	39
Tabla N°1. Exámenes de Laboratorio.....	39
Tabla N°2. Exámenes de Laboratorio.....	40
Tabla N°3. Examen de imagen	40
Tabla N°4. Examen de Imagen.....	41

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
“EFICACIA EN EL DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PREVIA OCLUSIVA
TOTAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL”

Autora: López Novoa, Gabriela Fernanda

Tutor: Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

Fecha: Septiembre, 2016

RESUMEN

La incidencia y frecuencia es de 1 en cada 200 embarazos a término, en los últimos 5 años se ha comunicado una frecuencia de 1/158 partos. ^(8,9)

El diagnóstico debe ser oportuno para reducir la morbimortalidad asociada al cuadro. El presente caso describe a una paciente de 42 años, sin antecedentes patológicos personales, con antecedentes quirúrgicos de cesárea, antecedentes familiares padres padecen Hipertensión Arterial, antecedentes gineco/obstétricos presenta, gestas: 04, partos: 01, cesáreas: 01, abortos: 01, hijos vivos: 01, hijos muertos: 01, fecha de la última menstruación: 07/09/2015, Edad Gestacional: 34 semanas por FUM, controles prenatales 7, Ecos 3, último eco reporta placenta previa oclusiva total por lo que es transferida de centro particular al servicio de consulta externa de Ginecología del Hospital Iess Ambato; en donde se recomienda resonancia magnética para descartar acretismo placentario, la cual reporta placenta oclusiva total con signos sugestivos de acretismo placentario decidiendo su ingreso para manejo hospitalario. Al examen físico de ingreso se encuentra una Presión arterial: 160/90 mmHg, frecuencia cardiaca 86 lpm, frecuencia respiratoria 20 rpm; abdomen ocupado por útero gestante con feto único vivo, Altura de fondo uterino acorde con edad gestacional, feto longitudinal, dorso derecho, cefálico, frecuencia cardiaca fetal 140LPM, movimientos fetales presentes, actividad uterina ausente. Se realiza exámenes encontrándose Proteinuria de 24 horas: 394.00. Durante su estancia paciente presenta de forma ocasional leve dolor abdominal, manejando presiones dentro de parámetros normales, Se realiza Eco

Transvaginal de control reportando placenta de implantación posterior previa oclusiva total. Permanece hospitalizada completando un embarazo de 37 semanas por FUM, se realiza Cesárea, obteniendo feto único hemodinamicamente estable, más placenta baja marginal posterior sin presencia de acretismo placentario.

PALABRAS CLAVES: PP: Placenta Previa, AP: Acretismo Placentario, FUM: Fecha de la Última Menstruación, FCF: Frecuencia Cardíaca Fetal

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER
“EFFECTIVENESS IN THE DIAGNOSIS OF PLACENTA TOTAL PRE
OCCLUSIVE A HEALTH SECOND LEVEL”

Author: López Novoa, Gabriela Fernanda

Tutor: Dr. Fernando Abel Salazar Faz

Date: September, 2016

SUMMARY

The incidence and prevalence is 1 in every 200 pregnancies to term, in the last 5 years has been reported at a frequency of 1/158 births. (8, 9)

The diagnosis should be appropriate to reduce the morbidity and mortality associated with the table. This case report describes a patient of 42 years without personal medical history, with surgical history of caesarean section, family history parents have high blood pressure, a history gynecologists / obstetricians presents, gestas: 04 births: 01, cesareans: 01 abortions 01 , living children: 01 dead children: 01, date of last menstrual period: 07/09/2015, Gestational Age: 34 weeks LMP, antenatal 7 Ecos 3 last echo occlusive placenta previa Total reported so is transferred particularly in the service center of outpatient Gynecology Hospital Iess Ambato; where MRI is recommended to rule accretism, which reports full occlusive placenta with signs suggestive of accretism deciding admission to hospital management. The physical entrance exam is blood pressure: 160/90 mmHg, heart rate 86 bpm, respiratory rate 20 rpm; belly pregnant uterus occupied by single fetus alive, fundal height according to gestational age, fetal longitudinal, right back, head, 140LPM fetal heart rate, fetal movements present, absent uterine activity. It is performed tests Proteinuria was found 24 hours: 394.00. During his stay patient has occasional mild abdominal pain, managing pressure within normal parameters, Eco Transvaginal control is performed prior reporting total

placenta occlusive subsequent implementation. It remains hospitalized completing a pregnancy 37 weeks LMP, Cesarean is performed, obtaining single fetus hemodynamically stable, lower marginal posterior placenta without the presence of placenta accreta.

KEYWORDS: PP: Previous Placenta, AP: Placenta accreta, FUM: Date of last menstrual period, FHR: Fetal Heart Rate

1. INTRODUCCIÓN

La placenta previa es una condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento uterino bajo, muy cerca del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose así por delante del polo líder fetal ⁽²⁾.

Dentro de su historia, la primera descripción de la placenta previa fue la de Guillermeau en 1685, el cual aconsejó a los cirujanos que, en los partos, definieran qué se presentaba primero, si el feto o la placenta. En 1730 Giffart describió cómo la hemorragia en el parto se debía a la separación entre el orificio cervical interno y la placenta inserta en él. Fueron Levret (1750) en Francia, y Smellie (1751) en Londres, quienes establecieron el concepto de placenta previa. Desde entonces, su manejo clínico es controvertido. La primera cesárea abdominal por placenta previa se realizó en 1892, extendiéndose rápidamente su uso; el tratamiento conservador hasta la viabilidad fetal fue introducido por Johnson en 1945, y el uso de los ultrasonidos para el diagnóstico de la localización de la placenta en 1966, por Gottesfeld ⁽⁹⁾.

La incidencia ha aumentado en los últimos años y se estima que actualmente acontece en 1/200 gestaciones, representando el 20% de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación y conlleva una elevada morbimortalidad materno-fetal ⁽⁵⁾. Sin embargo en los últimos 5 años se ha comunicado una frecuencia de 1/158 partos. Esta incidencia varía dependiendo del método de diagnóstico. La placenta previa ocurre más frecuentemente en multíparas, tanto más cuanto mayor sea el número de gestaciones de una misma paciente. La incidencia de la placenta previa aumenta con la edad materna, y las recidivas en embarazos ulteriores no sobrepasan 1-3 por 100. Según la bibliografía cada clase de placenta previa tiene su incidencia así: Placenta previa total: 23-31%; Placenta previa parcial: 21-33%; Placenta previa marginal: 37-55% ⁽⁹⁾.

En el pasado, la placenta previa se clasificaba en completa, parcial y marginal, dependiendo de cuánto cubría la placenta el orificio endocervical. Sin embargo, el uso de la ultrasonografía transvaginal permite la localización precisa del borde de la placenta y el orificio cervical. Por consiguiente, la nomenclatura se ha modificado a fin

de eliminar los términos "parcial" y "marginal." En lugar de esto, todas las placentas que recubren el orificio cervical (en cualquier grado) se denominan previas y las que están cerca del orificio, pero no lo recubren se denominan de inserción baja ⁽⁸⁾.

Hasta la actualidad se desconoce la causa específica de la placenta previa, pero se han invocado factores etiológicos ovulares por un aparente retraso en la maduración del blastocisto, y factores materno como la edad, multiparidad, legrados previos, incisiones uterinas anteriores, tabaquismo, e incluso la raza; es por eso que la placenta previa conlleva una importante morbilidad materna por aumento de las transfusiones, cesáreas, por la mayor necesidad de histerectomías posparto, así como de las complicaciones infecciosas y tromboembólicas ⁽⁵⁾.

La presentación clínica clásica de placenta previa es el sangrado sin dolor en la segunda mitad del embarazo. Para el diagnóstico clínico suele haber sangrado vaginal indoloro, con sangre roja y en cantidad variable (70-80%), mientras que en un 10-20% el sangrado se asocia a contracciones; cuando el sangrado es de aparición brusca y generalmente sin antecedente de traumatismos, nos hace tener la alta sospecha de que se trata de un caso de placenta previa. Sin embargo, para la confirmación del diagnóstico es necesaria la ecografía. Algunas pacientes pueden presentar sangrado con dolor probablemente secundario al inicio de actividad uterina. La mayoría de las pacientes con placenta previa son diagnosticadas por ecografía durante el segundo trimestre de la gestación ^(1, 2, 6). Al examen físico no está recomendado el tacto vaginal o con espejulo esta formalmente contraindicado, debido a que puede desencadenar mayor desprendimiento placentario y hemorragia ⁽¹⁰⁾.

Hay que tener en cuenta que para hacer el diagnóstico ecográfico de placenta previa, la gestante debe tener por lo menos 20 semanas, caso contrario estaríamos haciendo falsos diagnósticos de placenta previa, por el llamado proceso de 'migración placentaria', que se refiere al desarrollo diferencial de los segmentos uterinos superior e inferior a medida que el embarazo progresa. Razón por la cual, si tenemos un diagnóstico temprano de placenta previa, debe ser confirmado pasadas las 30 semanas de gestación, luego de las cuales es poco probable que se modifique la relación del borde placentario y el orificio cervical interno ⁽³⁾.

Para el manejo de pacientes gestantes con placenta previa oclusiva, marginal o de inserción baja a $< 10\text{mm}$, se debe programar el control ecográfico de 3er trimestre alrededor de las 32 semanas para confirmar el diagnóstico y ajustar las recomendaciones (reposo relativo, evitar relaciones sexuales, prevención de anemia materna, informar de la posible aparición de sangrado). Es por tanto recomendable que en dichos casos se verifique la localización de la placenta en el informe ecográfico. El control específico de 3er trimestre no será necesario en placentas de inserción baja entre 10-20mm por la alta probabilidad de migración (más del 90%) ⁽¹¹⁾.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- Evaluar la calidad del diagnóstico de una paciente con placenta previa oclusiva total.

2.2 Objetivos Específicos:

- Evaluar el cumplimiento del protocolo para el diagnóstico clínico de una paciente con placenta previa oclusiva total.
- Analizar la pertinencia de los exámenes complementarios indicados en la paciente con placenta previa oclusiva total.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:

- La información utilizada para el desarrollo del presente caso clínico se obtuvo de la historia clínica, documento médico legal, copiada del sistema informático AS400 del Hospital IESS Ambato que contiene la mayor parte de información de la paciente, su cuadro clínico, protocolo quirúrgico, tratamiento, evolución y controles posteriores.
- Identificación y recopilación de la información no disponible: la información que no consta en la historia clínica digital y física de la paciente se la obtuvo de entrevistas con el personal que estuvo en contacto con la paciente, así como de mi persona por haber presenciado el presente caso.
- Además se obtuvo información para la sustentación científica del análisis del caso de guías de práctica clínica, protocolos, artículos de revisión y evidencia científica.

4. HISTORIA CLINICA

4.1 Datos de afiliación

Paciente de 42 años de edad, sexo femenino, mestiza, nacida y residente en el cantón Pelileo, estado civil casada, instrucción secundaria completa, ocupación comerciante de jeans, grupo sanguíneo BRh +, de lateralidad diestra, religión católica

Fecha de ingreso: 2016/05/02 Hora: 12:24 pm

Antecedentes

- Antecedentes patológicos personales: No refiere
- Antecedentes quirúrgicos: Cesárea hace 2 años
- Antecedentes patológicos familiares: Padre y madre padecen Hipertensión Arterial.

- Hábitos

- Alimentario: 3 veces al día
- Miccional: 4 veces al día
- Defecatorio: 1 vez al día
- Tabaco: No refiere
- Alcohol: No refiere.
- Drogas: No refiere.
- Alergias: no refiere

- Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos:

Menarquia: 13 años

Ciclos menstruales: regulares cada 28 – 30 días por 3 días, hasta 3 toallas al día

Dismenorrea: si

Enfermedades de Transmisión sexual: no refiere

Inicio de vida sexual: 17 años

Compañeros sexuales: 01

Gestas: 04 partos: 01 cesáreas: 01 abortos: 01 hijos vivos: 01 hijos muertos: 01

Fecha de última menstruación (FUM): 07 /SEPTIEMBRE/15

Fecha probable de parto (FPP): 14/JUNIO/2016

Papanicolaou: último hace 1 año normal

Colposcopia: no

Mamografía: no

- Gesta actual:

CPN (Controles prenatales): 7 (4 normales y los 3 últimos con alteraciones ecográficas)

Vitaminas, Ácido Fólico: Si

TORCH (Toxoplasma, Rubeola, Citomegalovirus, Herpes): Si se realizó con resultados negativos

Chequeo odontológico: no

Vacuna Antitetánica: no

Complicaciones en el embarazo: Ninguna.

Exámenes Ecográficos: 1) Ecografía del primer trimestre normal, 2) Segundo Trimestre ecografía marcadores cromosómicos dentro de parámetros normales, 3) ecografía del tercer trimestre realizada el 13/Abril/2016 Dg: Embarazo de 31 sem, peso fetal 1830 gr, percentil 42; placenta previa oclusiva total.

4.2 Motivo de Consulta

- Control Prenatal

4.3 Enfermedad actual:

Consulta Externa: 02/Mayo/2016

Paciente transferida de centro particular, cursando embarazo de 34 semanas por FUM, y eco abdominal del 13/Abril/2016 que reporta Embarazo de 31,5 semanas y placenta previa oclusiva total, por lo que se envía resonancia magnética simple de pelvis para descartar de acretismo placentario. Paciente llega al momento a la consulta externa refiriendo dolor abdominal localizado en hipogastrio de leve intensidad, tipo cólico y continuo que se irradia a región lumbar y que cede con el reposo, además acude con

resonancia magnética que reporta embarazo de 33 semanas con signos de acretismo placentario (**Ver anexo**), razón por la cual se decide su ingreso para manejo hospitalario.

4.4 Hospitalización

Paciente ingresa del servicio de consulta externa con diagnóstico por eco de Embarazo de 33 semanas más placenta previa oclusiva total y por resonancia magnética de placenta previa oclusiva total con signos sugestivos de acretismo placentario.

- Examen físico

Signos Vitales:

Tensión Arterial (TA): 160/90 Frecuencia cardíaca (FC): 86 lpm Frecuencia Respiratoria (FR): 20 RPM Saturación de Oxígeno (Sat O₂): 97 %

Medidas Antropométricas: Peso: 77kg Talla: 153 cm IMC: 32,90 kg/cm²

Apariencia General: Paciente algica, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, escala de Glasgow 15/15, ambulatoria.

Cabeza: normocefálica, cabello de implantación normal, no desprendible a la tracción.

Ojos: pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y acomodación, conjuntivas rosadas, escleras no ictéricas.

Tórax: Simétrico, expansibilidad conservada.

Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.

Pulmones: Murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos,

Mamas: Suaves, levemente dolorosas a la palpación, no secretantes.

Abdomen: Ocupado por útero gestante. Levemente doloroso a la palpación en hipogastrio, Altura del fondo uterino acorde con edad gestacional, contiene feto único vivo, situación longitudinal, presentación cefálica, lateralidad dorso derecho, Movimiento Fetales presentes, actividad uterina ausente, frecuencia cardiaca fetal 140lpm.

Región Lumbar: Puño percusión bilateral negativa.

Región Inguinogenital: Genitales femeninos, sin presencia de sangrado ni secreciones.
No se realiza tacto vaginal.

Extremidades: simétricas, no edema, tono fuerza y sensibilidad conservada, pulsos distales presentes.

Plan:

1. Ingreso Hospitalario
2. Manejo expectante
- Impresión Diagnostica:

Embarazo de 34 semanas por FUM + Placenta Previa Oclusiva total + Signos de Acretismo Placentario.

- Indicaciones:

Rp:

1. Ingreso a sala de partos
2. Nada por vía oral
3. Control de signos vitales + tensión arterial cada 4 horas y anotar
4. MFE (Monitoreo Fetal Electrónico) cada 12 horas
5. Lactato Ringer 500 cc IV en bolo urgente luego 1000 cc intravenoso cada día
6. Dexametasona 6mg intramuscular cada 12 horas (1/4)
7. Perfil toxemico
8. Proteinuria en 24 horas pm
9. Novedades

Paciente que durante su estancia hospitalaria evoluciona favorablemente con diagnóstico de preeclampsia leve y proteinuria confirmada por exámenes de laboratorio además de placenta previa y acretismo placentario diagnosticada por resonancia magnética. A la paciente se la maneja con medidas generales, reposo absoluto, hidratación y monitoreo materno fetal; el día 21 de hospitalización al cumplir 37 semanas de embarazo por FUM se decide realizar cesárea.

- Exámenes de laboratorio: (**Ver anexo**)

Microalbuminuria cuantitativa 0.00

Indicaciones Prequirúrgicas:

1. Dieta blanda, nada por vía oral desde las 22h00
2. Control de signos vitales + tensión arterial cada 6 horas y anotar
3. Control de frecuencia cardiaca fetal cada 8 horas con doopler y anotar.
4. Reposo Absoluto
5. Decúbito lateral izquierdo
6. Control de sangrado estricto
7. Monitoreo fetal electrónico cada 12 horas
8. Canalizar vía con Lactato Ringer 1000cc intravenoso 06:00 am
9. Preparar Campo Quirúrgico
10. Despachar 2 paquetes globulares (mañana Lunes 23 de mayo del 2016 a las 6am)
11. Pasar parte operatorio para el día lunes (23 de mayo del 2016)
12. Bajar a quirófano a hora programada

Fecha: 23/05/2016

PROTOCOLO OPERATORIO

Diagnostico Pre-Operatorio: Embarazo de 37 semanas por FUM + Placenta Previa Oclusiva Total con signos sugestivos de Acretismo Placentario + Paridad Satisfecha.

Diagnóstico Post-Operatorio: Embarazo de 37 semanas por FUM + Placenta Baja Marginal Posterior + Paridad Satisfecha

Procedimiento: Cesárea segmentada + Salpingectomía

Anestesia: Raquídea

HALLAZGOS:

1. Útero gestante
2. Líquido amniótico claro con escasos grumos

3. Recién nacido vivo, sexo masculino, llevado a neonatología.
4. Placenta baja marginal posterior.
5. Anexos normales IN SITU

PROCEDIMIENTO

- Asepsia y antisepsia
- Diéresis descrita
- Divulsión de pared por planos hasta cavidad.
- Híterotomía segmentaria
- Amniotomía
- Extracción de recién nacido de características descritas.
- Doble pinzamiento y sección de cordón umbilical.
- Extracción de placenta.
- Limpieza de cavidad uterina
- Histerorrafia en 3 planos
- Identificación, ligadura, corte y electrocoagulación de trompas de Falopio bilateral.
- Control de hemostasia
- Síntesis por planos hasta piel.

COMPLICACIONES: Ninguna

ANTROPOMETRIA DEL NEONATO: Peso: 2750gr, Talla: 47 cm; Perímetro Cefálico: 33cm.

Indicaciones Postquirúrgicas:

RP.

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Control de sangrado vaginal + Altura de fondo uterino
4. Sonda vesical retirar en la noche

5. Lactato Ringer 1000 cc + Tramal 100mg IV C8h + Oxitocina 10 UI en la primera solución.
6. Ampicilina + IBL 1,5gr IV C8h (Día 0)
7. Ranitidina 50 mg Intravenoso cada 12 horas
8. Metoclopramida 10mg intravenoso cada 8 horas
9. Ketorolaco 30mg intravenoso cada 8 horas
10. Duchas vaginales cada 12 horas
11. Novedades

Fecha: 2016/05/24 Hora: 06:38

EVOLUCION DIURNA

Paciente cursando puerperio quirúrgico Inmediato de 21 horas, evolucionando favorablemente con signos vitales estables, se administra analgesia y profilaxis antibiótica, a su tercer día postquirúrgico se decide su alta por obstetricia, sin embargo permanece hospitalizada puesto que el recién nacido se encuentra ingresado en neonatología por incompatibilidad de grupo, dándose el alta definitiva al quinto día postquirúrgico.

5 DESARROLLO

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se trata de una paciente de 42 años de edad sexo femenino nacida y residente en el cantón Pelileo, estado civil casada, ocupación comerciante de jeans, grupo sanguíneo B Rh+. Sin antecedentes patológicos personales, con antecedentes quirúrgicos de una cesárea hace 2 años, antecedentes familiares padre y madre padecen Hipertensión Arterial.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: Gestas: 04 partos: 01 cesáreas: 01 abortos: 01 FUM: 07/septiembre/2015 confiable. Gestación actual: Embarazo de 34 semanas por FUM, controles prenatales 7 sin ninguna novedad, ultrasonidos en el primer y segundo trimestre dentro de parámetros normales, durante tercer trimestre se evidencia eco que reporta placenta previa oclusiva total , TORCH reportes negativos.

La paciente acude al servicio de consulta externa transferida de centro particular con ecografía realizada el 13 de abril del 2016 de forma privada, la que reporta Embarazo de 31,5 semanas + Placenta Previa Oclusiva Total, razón por la cual se realiza pedido para resonancia magnética nuclear, con la cual paciente retorna a la consulta externa el día 02 de Mayo del 2016 con resultado que demuestra Embarazo de 33 semanas + placenta previa oclusiva total con signos sugestivos de acretismo placentario, decidiendo su ingreso para manejo hospitalario. Al Examen físico paciente presenta signos vitales con una presión arterial de 160/90mmHg; abdomen ocupado por útero gestante, altura del fondo uterino acorde con edad gestacional, contiene feto único vivo, situación longitudinal, presentación cefálica, lateralidad dorso derecho, movimiento Fetales presentes, actividad uterina ausente, frecuencia cardiaca fetal 140lpm; región inguinogenital sin presencia de sangrado ni secreciones, no se realiza tacto vaginal; extremidades simétricas, sin edema.

Se realizan exámenes de laboratorio encontrándose proteínas en orina de 394.00, resto de exámenes en parámetros normales.

Durante su estancia paciente permanece tranquila, recibiendo medidas generales, permaneciendo en reposo absoluto, además de esquema de maduración pulmonar,

hidratación, y monitoreo materno fetal, al cumplir su semana 37 de embarazo de decide resolución quirúrgica realizando cesárea + salpingectomía, mediante el cual se obtiene recién nacido vivo, hemodinamicamente estable, placenta baja marginal posterior sin acretismo.

Posteriormente paciente permanece hospitalizada en manejo terapéutico con analgesia y profilaxis antibiótica, siendo dada de alta por obstetricia en su tercer día postquirúrgico sin complicaciones, para manejo ambulatorio.

5.2 DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son circunstancias o situaciones que condicionan la probabilidad de presentar una patología. Estos factores se pueden observar en la población sana y aumentan el riesgo de sufrir una enfermedad; la identificación de los mismos es imprescindibles para la prevención primaria de salud.

Algunos factores predisponentes en la placenta previa incluyen: factores ovulares en donde teóricamente se produce por un retraso en la maduración del blastocisto lo que podría condicionar su implantación en las zonas bajas del útero; y por otro lado factores maternos que incluyen mujeres multíparas, en las que la zona de inserción placentaria de las sucesivas gestaciones va siendo substituida por tejido cicatricial, restando terreno apto para la implantación de la zona habitual, edad materna avanzada, cicatrices uterinas, producidas por operaciones anteriores (miomectomía, cesáreas anteriores, operaciones plásticas por malformaciones uterinas), abortos de repetición o legrados uterinos enérgicos que impiden la regeneración del endometrio en zonas de cavidad uterina, gestación múltiple (dos o más fetos), miomas submucosos y pólipos endometriales, alteraciones funcionales de la mucosa, sinequias intrauterinas o endometriales residuales localizadas, como es el caso de la paciente en estudio la cual presenta ya una edad mayor a 35 años, encontrándose en su cuarta gesta, presentando un antecedente de aborto y cesárea anterior. Además existen otros factores de riesgo no tan frecuentes como el uso tabaco, cocaína, la raza negra y asiática, el sexo masculino del feto, e historia previa de desprendimiento prematuro de la placenta

normalmente inserta ^(5, 9). Estos últimos factores es importante mencionarlos, sin embargo no se ven presentes en el caso en estudio.

5.3 ACCESO A LA ATENCION MÉDICA

La paciente accedió al servicio médico desde la semana 31 de gestación realizándose solo 3 CONTROLES PRENATALES en el Hospital del IESS Ambato, siguiendo sus controles anteriores de forma particular, desde el inicio de la atención en esta unidad de salud la paciente no tuvo mayor dificultad al acceso de la misma puesto que se movilizaba desde su hogar en auto particular, en dichos controles la atención fue adecuada y durante estos ya se encontró alteraciones en imágenes ecográficas por lo que se informó a la paciente sobre su cuidado y los correspondientes signos de alarma por los que debe acudir al servicio de emergencia. Durante su último control prenatal en consulta externa se indentifico alteraciones en resonancia magnética lo que ayudo para el diagnóstico de ingreso y para informar adecuadamente a la paciente sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos posibles durante su estancia hospitalaria.

5.3.1 ATENCIÓN DE EMERGENCIA

El manejo en el área de emergencias ginecológicas consiste en valorar si la paciente se encuentra en labor de parto, en la evaluación de bienestar fetal, y en evaluar si la paciente necesita o no tratamiento hospitalario, en este caso debido a la complejidad del cuadro, y ante una evidente duda diagnostica inicial se decide su ingreso hospitalario para el manejo dentro del mismo; donde se la mantiene en observación hasta completar las semanas adecuadas para la resolución del embarazo.

5.3.2 ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

La paciente requirió tratamiento hospitalario, por lo que fue atendida, diagnosticada y brindada tratamiento, durante su estancia se le brindo información diaria sobre su estado de salud, los procedimientos realizados y el tratamiento a utilizarse.

5.3.3 ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA

El servicio de consulta externa fue utilizado por la paciente durante el tercer trimestre de gestación, en cuyas consultas se evidencio lo complejo de su caso, razón por lo cual se le informo sobre el proceso que estaba llevando su embarazo y se le indicó la oportuna decisión de su ingreso hospitalario para su respectivo manejo.

5.3.4 OPORTUNIDADES DE REMISION

En este caso no se hizo necesaria la remisión de la paciente a otra especialidad de mayor complejidad, debido a que se supo controlar la emergencia obstétrica y la paciente permaneció hospitalizada en el servicio de GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA hasta el momento de su alta.

5.3.5 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

Los trámites administrativos fueron oportunos sin mayor complicación de acuerdo a las necesidades del paciente en cuanto al agendamiento de citas para su control prenatal, ni tampoco hubo dificultad en el trámite de pedido de hemoderivados, ya que el hospital no cuenta con servicio de banco de sangre y estos deben ser tramitados en la Cruz Roja.

5.3.6 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:

- Manejo inadecuado de controles prenatales
- Retraso en el diagnóstico de placenta previa.
- Dificultad para el diagnóstico clínica por escasa sintomatología del paciente.
- Factores no modificables, edad materna elevada, cesárea anterior que conlleva a múltiples complicaciones materno-fetales.

6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Placenta Previa:

(CIE 10 O44 placenta previa)

Introducción:

La placenta desempeña diversas funciones como es el intercambio de gases y metabolitos ⁽²⁾. La incidencia se estima que es de 1 en cada 200 embarazos a término y varía en todo el mundo. Parece haber aumentado en relación con el creciente índice de partos por cesárea. En efecto, existe una relación de dosis respuesta entre el número de cesáreas anteriores y las placentas previas subsiguientes. Otros factores de riesgo incluyen interrupciones anteriores del embarazo, tanto espontáneas como electivas, y cirugía uterina previa. Al igual que con el parto por cesárea, el riesgo de placenta previa aumenta con el número creciente de pérdidas de embarazos anteriores. Así, aunque la fisiopatología de la placenta previa sigue siendo incierta, parece haber una asociación entre daño endometrial y cicatrización del útero y la subsiguiente placenta previa. ⁽⁸⁾

Definiciones:

La placenta previa se define como una placenta que recubre el orificio endocervical, y, clínicamente, por hemorragias de intensidad variable. ^{8,9} Por lo general suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre, aunque puede también suceder en la última parte del primer trimestre. ⁽⁹⁾

La inserción placentaria anormal constituye un grupo de entidades clínicas que en los últimos años han tomado gran relevancia puesto que son una de las causas principales de hemorragia obstétrica y por primera vez fue esta la que superó a los trastornos hipertensivos del embarazo y alcanzó los primeros lugares como causa de mortalidad ⁽¹²⁾.

Antecedentes

La primera descripción de la placenta previa fue la de Guillermeau en 1685, el cual aconsejó a los cirujanos que en los partos, definieran qué se presentaba primero, si el feto o la placenta; en 1730 Giffart describió que la hemorragia en el parto se debía a la separación entre el orificio cervical interno y la placenta inserta en él, sin embargo fueron Levret (1750) en Francia, y Smellie (1751) en Londres, quienes establecieron el concepto de placenta previa. Desde entonces, su manejo clínico es controvertido. La primera cesárea abdominal por placenta previa se realizó en 1892, extendiéndose rápidamente su uso; el tratamiento conservador hasta la viabilidad fetal fue introducido por Johnson en 1945, y el uso de los ultrasonidos para el diagnóstico de la localización de la placenta en 1966, por Gottesfeld. ⁽⁹⁾

Epidemiología

Su incidencia es del 0,4% a nivel mundial y supone el 20% de las metrorragias del 3^{er} trimestre ⁽⁶⁾. Se estima que es 1 de cada 200 embarazos, dicha frecuencia es en las multíparas mayor que en las nulíparas, y en las mujeres de más de 35 años mayor que en las de menor de 25 años. Existe una relación de dosis respuesta entre el número de cesáreas anteriores y las placentas previas subsiguientes; observándose así que de acuerdo a la cantidad de cesáreas el riesgo aumenta. Al igual que con el parto por cesárea, el riesgo de placenta previa aumenta con el número creciente de pérdidas de embarazos anteriores, pareciendo haber una asociación entre el daño endometrial, la cicatrización del útero y la subsiguiente placenta previa. ^(8, 9, 12)

Es importante recordar que la placenta previa puede asociarse hasta en un 60% de los casos con Placenta Ácreta, siendo esta última la que ha incrementado su incidencia notablemente en los últimos años. ^(12, 13)

Factores de riesgo:

Los factores de riesgo asociados con placenta previa son: ⁽²⁾

- La edad materna avanzada
- Multiparidad
- Cesárea previa
- Cicatrices uterinas previas
- Abortos
- Tabaquismo materno
- Tratamientos de infertilidad y placenta previa anterior

Con respecto a la raza, se explica en la literatura que las mujeres de raza negra y asiáticas tienen mayor incidencia de placenta previa en comparación con las mujeres de raza blanca. ⁽⁵⁾

Etiología:

El trastorno puede deberse a razones multifactoriales siendo la principal la cesárea anterior, sin embargo hasta la actualidad no se ha encontrado aún una causa específica para la placenta previa, pero hasta el momento la principal hipótesis está relacionada con una vascularización anormal del endometrio, la capa interna del útero, por razón de una cicatrización o atrofia causada por traumatismos previos, cirugía o cuadros infecciosos. ⁽⁹⁾

Clasificación: (Ver anexo imagen N°10)

En el pasado, las placentas previas se clasificaban como completa, parcial y marginal, dependiendo de cuánto cubría la placenta el orificio endocervical, actualmente, el uso de la ultrasonografía transvaginal permite la localización precisa del borde de la placenta y el orificio cervical. Por consiguiente, la nomenclatura se ha modificado a fin de eliminar los términos "parcial" y "marginal"; y en lugar de esto, todas las placentas que recubren el orificio cervical se denominan previas y las que están cerca del orificio, pero no lo recubren se denominan de inserción baja. ⁽⁸⁾

Debido al uso del US transvaginal se ha logrado obtener la distancia exacta y precisa entre el borde placentario y el orificio cervical interno (OCI), y por consiguiente en la actualidad la clasificación utilizada consiste en:

- a. Placenta Previa: incluye la placenta previa parcial y completa en el cual el orificio cervical interno es cubierto por tejido placentario en cualquier medida.
- b. Placenta Previa Marginal: En donde el borde marginal se encuentra a menos de 2cm del Orificio Cervical Interno pero no lo cubre.
- c. Placenta de Implantación Baja: Se ha sugerido que este término no debe incluirse en la clasificación de placenta previa con el fin de evitar cesáreas basadas en el diagnóstico de placenta previa, pues estos casos de placenta de implantación baja pueden ser manejados por medio de parto vaginal. Por tanto, el término de placenta de implantación baja se debe utilizarlo para aquella placenta que se encuentre en el segmento uterino bajo pero a una distancia de más de 2cm del orificio cervical interno. ⁽²⁾

Fisiopatología:

Por razones aún no conocidas la presencia de cicatrices o alteraciones en el segmento uterino bajo predisponen a la implantación placentaria en esa área. Generalmente los embarazos que presentan placenta previa suelen acompañarse de sangrado durante el 2^{do} trimestre de gestación, cuya etiología se debe a la dinámica del desarrollo del segmento uterino bajo, o de la misma manera ser provocado por la actividad uterina. ⁽²⁾ De manera habitual la placenta previa diagnosticada durante el 2^{do} trimestre no suele persistir hasta el término; se cree que las razones de esta aparente migración placentaria son por el crecimiento o elongación del segmento uterino bajo y trofotropismo en el cual las células trofoblásticas buscan áreas con mayor vascularización hacia el fondo uterino. Dicha migración placentaria ocurre en el 2^{do} y 3^{er} trimestre, pero con menor probabilidad en placentas posteriores o en presencia de una cesárea anterior. ⁽²⁾

Clínica:

El síntoma característico de la placenta previa es la hemorragia indolora, en un 60 % con sangre color roja brillante, y de variable intensidad; los episodios de hemorragia pueden repetirse e incluso ir aumentando su intensidad a medida que avanza la gestación. ⁽⁵⁾.

De forma habitual las gestantes que padecen este tipo de patología presentan dicha hemorragia de forma súbita, líquida y en un inicio poco abundante; por regla general son hemorragias poco intensas que se repiten en cortos o largos periodos de tiempo; por tanto se debe sospechar de placenta previa en cualquier mujer que se presente con sangrado transvaginal después de las 20 semanas de gestación. ^(10,2) Algunas pacientes pueden presentar sangrado con dolor que probablemente se debe al inicio de actividad uterina. ⁽¹⁰⁾

Diagnóstico

En un inicio el abordaje transabdominal fue muy utilizado como un examen de rutina para descartar placenta previa y definir su localización desde el segundo trimestre de embarazo, sin embargo mostraba tasas de falsos positivos y falsos negativos de hasta un 10 – 25%, siendo así que en la actualidad el ultrasonido transvaginal ha mejorado de manera considerable la exactitud diagnóstica, permitiendo la medición exacta del borde placentario al orificio cervical interno, además se ha comprobado que la utilización de la ecografía transvaginal no incrementa el riesgo de hemorragia. ^(2,4)

Muchos investigadores han usado la resonancia magnética nuclear para visualizar anomalías en la placenta, aunque parece poco probable que esta técnica reemplace a la ecografía en la valoración de placenta previa, sin embargo sería útil para confirmar el diagnóstico cuando la ecografía no es concluyente, sobre todo en casos de placenta en la cara posterior del útero. ⁽⁴⁾

La superioridad de la ecografía transvaginal sobre la transabdominal puede atribuirse a varios factores: ⁽¹⁷⁾

1. El abordaje transabdominal requiere la vejiga llena, esto provoca una aproximación de las paredes anteriores y posterior del segmento uterino inferior, con el resultado de que una placenta normalmente inserta puede aparentar ser una placenta previa. ⁽¹⁷⁾
2. El transductor vaginal alcanza sitios más cercanos a la región de interés, por lo tanto, mediante esta técnica se obtienen imágenes con mayor resolución. ⁽¹⁷⁾
3. En el abordaje abdominal, no siempre es posible valorar adecuadamente la relación entre el orificio cervical interno con la placenta, dado que la posición placentaria y cervical es variable. ⁽¹⁷⁾
4. La cabeza fetal puede ocultar la parte más inferior del borde placentario; cuando se utiliza el abordaje transabdominal, una placenta previa en la cara posterior uterina no es valorada de forma precisa. ⁽¹⁷⁾
5. La proporción de embarazos en los que se realiza el diagnóstico de placenta previa es significativamente menor cuando se utiliza ecografía transvaginal en comparación con realizarla mediante un abordaje abdominal. ⁽¹⁷⁾

Diagnóstico diferencial de placenta previa

Algunos trastornos que se deben tomar en cuenta en casos de hemorragia durante el embarazo incluyen: ⁽⁹⁾

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Cervicitis
- Ruptura prematura de membrana
- Parto pretérmino
- Vaginitis
- Vulvovaginitis
- Vasa Previa
- Desgarro o laceración vaginal o cervical
- Aborto espontáneo

Hablando de desprendimiento prematuro de placenta ocurre al igual que la placenta previa en los últimos meses del embarazo, pero a diferencia, el proceso es de iniciación aguda, con fuerte dolor en el sitio del desprendimiento; el útero, a veces aumentado de volumen, adquiere una consistencia leñosa; la hemorragia es, por lo general, única, de color negruzco, y se acompaña de algunos coágulos; el feto comúnmente está muerto.
(4)

Tratamiento de la placenta previa

Desde un inicio, para la resolución de un embarazo con placenta previa e incluso placenta previa marginal se ha elegido el parto por cesárea, y se afirmó que cualquier placenta que se encuentre a una distancia de 2cm o menos del orificio cervical interno se convertirá en un criterio para realizar una cesárea con el fin de prevenir la hemorragia obstétrica como resultado de proximidad de la placenta al cérvix. Sin embargo no se ha encontrado mayor evidencia para respaldar dicho criterio, y en la actualidad existen algunas placentas previas de tipo marginal sin sangrado excesivo que pueden ser atendidas por parto vaginal; así, si el borde placentario se encuentra a 1cm o menos del orificio cervical interno, o a su vez existe una cobertura del orificio cervical interno de 2cm o más en cualquier momento del tercer trimestre, la cesárea será sin duda el método electivo debido a que el riesgo de hemorragia es alto. En general cualquier grado de cobertura del orificio cervical interno después de la semana 35 de gestación es indicación de cesárea.² Por otro lado cuando el borde placentario se encuentra a más de 2cm del orificio cervical interno, se tiene una alta probabilidad de atender el parto por vía vaginal. De forma segura y sin requerir ningún cambio en el manejo obstétrico habitual. Por el contrario si entre el orificio cervical interno y el borde placentario hay una distancia de 0 a 2cm, la probabilidad de cesárea por placenta previa es alta, aproximadamente entre un 40 – 90%, pero sin descartar el parto vaginal puesto que se han realizado estudios en donde se han encontrado mujeres con bordes placentarios entre 1,1 y 2cm de distancia del orificio cervical interno sometidas a parto vaginal satisfactorio, y más del 90% tuvieron un parto vaginal sin complicaciones.⁽²⁾

Hablando de las medidas que se deben utilizar en pacientes con placenta previa, cuando encontramos una mujer con placenta previa no oclusiva u oclusiva sin sangrado, no es necesaria la hospitalización, y se maneja con tratamiento ambulatorio con reposo absoluto; por el contrario si la placenta previa es oclusiva y presenta sangrado se recomienda el manejo hospitalario siempre que la paciente se encuentre en el tercer trimestre de gestación, o el sangrado sea persistente. ⁽⁶⁾

Las pérdidas sanguíneas importantes en pacientes con placenta previa con sangrado activo y persistente a cualquier edad gestacional, pone en riesgo la vida de la madre y el feto por lo que se debe interrumpir el embarazo a la brevedad posible. En nuestro medio, las pacientes con diagnóstico de placenta previa total entre la semana 28 – 34 con o sin sangrado activo deben ser hospitalizadas. A una paciente ya hospitalizada y con presencia de sangrado se la deberá manejar de la siguiente forma: ^(6, 16)

- Mantenerla en reposo absoluto.
- Vigilancia estrecha de los signos vitales y diuresis.
- Vigilar si hay pérdidas transvaginales
- Maduración pulmonar con corticoides. Entre las 24 y 31,6 semanas de gestación.
- Ultrasonido de control cada 2 semanas o en caso de presentar sangrado que no ponga en peligro su vida.
- Mantener a la paciente con hemoglobina por arriba de 11mg/dl realizando biometría hemática cada 7 días en casos necesarios.
- Valorar bienestar fetal (perfil biofísico o ultrasonido y prueba sin estrés).
- Reserva de sangre en caso de necesidad de transfusión.
- No tactos vaginales
- Valorar control ambulatorio tras 2 días sin sangrado.

Manejo en función de la cantidad de sangrado:

- Si la hemorragia es severa con compromiso hemodinámico materno se debe administrar fluidoterapia, hemoterapia y cesárea urgente.
- Si la hemorragia es severa pero sin compromiso hemodinámico materno se procede a administrar fluidoterapia, hemoterapia y monitorización materna y fetal continua. Extracción fetal si > 34 sem.
- En casos de hemorragia moderada, realizar extracción fetal en función de la edad gestacional (>34-36 sem) o con demostración de madurez fetal.
- Al encontrar una hemorragia leve continuar con extracción fetal en la semana 37 de gestación. Recordar maduración pulmonar si cesárea electiva \leq 37 sem.
- En caso de que no haya sangrado, la extracción fetal puede diferirse hasta la semana 38 – 39 del embarazo, o semana 36-37 si se sospecha acretismo placentario.

Con todo lo mencionado, es necesario comprender que la hemorragia por si misma no es una indicación absoluta de terminación de la gestación, solo de su valoración. Así, la mitad de las Placentas Previas sangrantes terminaron la gestación mas de un mes después del sangrado. ⁶

Una vez que ya se ha decidido realizar un procedimiento quirúrgico es importante disponer de una ecografía previa a la cesárea para determinar con precisión la localización de la placenta y escoger el tipo de incisión a realizarse, aunque la incisión segmentaria transversa es la de elección, se debe evitar una incisión transplacentaria siempre que sea posible y realizar la incisión lo más lejos posible de la inserción de cordón. Si la incisión es transplacentaria se debe atravesar rápidamente la placenta para la extracción fetal. ⁽¹¹⁾

7. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:

OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Manejo adecuado de un paciente con placenta previa oclusiva total asintomática.	Capacitación sobre el manejo de placenta previa y sus medidas generales.	1 semana	Personal médico del Servicio de Ginecología.	Guías clínicas con respaldo de evidencia médica
Identificar los principales diagnósticos diferenciales que pueden predisponer a un diagnóstico equivoco de placenta previa.	Capacitación sobre el tema Placenta previa. Identificación bibliográfica sobre antecedentes, clínica y diagnóstico que ayuden a diferenciar la placenta previa de otra patología.	1 semana	Personal médico de experiencia: Médicos residentes.	Evaluación posterior al personal que recibió la capacitación

Prevencción y manejo adecuado de una Hemorragia Obstétrica causada por placenta previa.	Aplicación de Guías de Prevencción y Tratamiento de hemorragia obstétrica por placenta previa.	1 semana	Personal médico de experiencia: Médicos Tratantes.	Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública. Guías de otros países.
Transfusión sanguínea en hemorragia obstétrica oportuna.	Aplicación de protocolos de hemoderivados en obstetricia y transfusión sanguínea sin contratiempos cuando sea necesaria mediante la implementación de un Banco de sangre dentro del Hospital.	1 año	Personal Administrativo del Hospital	Autoridades del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Evaluación adecuada a pacientes que han sido diagnosticadas con placenta previa de cualquier tipo.	Control continuo y valoración integral de las pacientes pensando en posibles complicaciones por efecto de la hemorragia como consecuencia de placenta previa.	1 mes	Personal médico y de enfermería	Registro de complicaciones en las pacientes que han sufrido hemorragia transvaginal por placenta previa.

Evitar el uso de exámenes complementarios innecesarios para el diagnóstico de placenta previa.	Cumplimiento de guías y protocolos actualizados que permitan reducir el uso de ecografía transabdominal e incrementar el uso de ecografía transvaginal como método diagnóstico electivo.	2 meses	Personal médico	Seguimiento por parte del personal médico con exámenes pertinentes.
--	--	---------	-----------------	---

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- Mediante el presente caso clínico se logró la identificación de factores de riesgos, que presentó nuestra paciente. Así como también se considera oportuno analizar protocolos de manejo los cual nos ayuda a enfocarnos en un diagnóstico definitivo.
- Se logró identificar las características clínicas que orientan a sospechar en su diagnóstico, que pueden ser determinadas en el Primer Nivel de Atención en Salud; observando la presencia o reaparición de manifestaciones clínicas o midiendo cambios en algunas pruebas de laboratorio general e inmunológico.
- Se determinó los puntos críticos de atención del paciente que van a permitir mejorar ciertas falencias dentro del sistema de salud del Hospital IESS Ambato.
- El diagnóstico oportuno se basa en los antecedentes, cuadro clínico, y el reporte de una buena ecografía transvaginal.
- La meta del tratamiento en la placenta previa es el control del sangrado transvaginal en caso de estar presente y tomar una decisión terapéutica oportuna para evitar una muerte materna y/o fetal.
- Se recomienda hacer un estudio pertinente en la paciente puesto que por la edad y los antecedentes familiares pudo haber tenido un trastorno hipertensivo no relacionado con la gestación por lo que pudo haber requerido una evaluación por parte de cardiología.
- Es importante mencionar que la cesárea Además de ser un antecedente propio en nuestra paciente, también se considera un diagnóstico por lo que se recomienda ubicarlo como diagnóstico en todas las pacientes con dicho antecedente.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

BIBLIOGRAFÍA

- Bloom K, Cunningham G, Gilstrap L, Hauth J, Leveno K, Wenstrom K. Obstetricia de Williams, Vigésimo segunda edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana. Capítulo 35: Hemorragias obstétricas. [s.l.] 2006. p.p. 819-883. [17]
- Rigol R. Obstetricia y Ginecología. Primera edición. Editorial CIP Ciencias Médicas. Capítulo 14: Sangramiento en obstetricia. [s.l.] 2004. p.p. 157 - 159. [19]
- Schwarcz R, Fescina A. Obstetricia. Sexta edición. Editorial "El Ateneo". Capítulo 4: Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. [s.l.] 2006. p.p. 226 - 233. [18]

LINKOGRAFÍA

- Andía Melgar B, Fuentes C, Pozo O, Rojas M, Vizcarra H, Arancibia F. Placenta Previa. [Online]. 2010. [cited 2010. Available from: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/ucs/n3/n3_a11.pdf [9]
- Ávila S, Alfaro T, Olmedo J, Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. [Online].; 2016 [cited 2016 junio 15. Available from: revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/download/25735/26131 [2]
- Hernández H, Torres R, Rivera J. Acretismo placentario con placenta previa. Reporte de un caso. [Online] 2014. [cited 2014 Mayo. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom148h.pdf> [13]

- ICGON. Anomalías placentarias. Placenta previa, placenta accreta y vasa previa. Manejo de la hemorragia de tercer trimestre. [Online]. 2012. [cited 2012. Available from: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%EDas.%20hemorragia%203er%20t.pdf [11]
- IMSS. Guía de practica clínica. Diagnóstico y Manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. [Online]. 2013. [cited 2013 Agosto. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_589_13_ANOMALIASENINSERCIÓNPLACENTARIA/589GER.pdf [12]
- IMSS. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. [Online]. 2009. [cited 2009 Marzo 21. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GPC_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/Imss_162ER.pdf [16]
- López E. Placenta Previa. Complejo Hospital Universitario De Albacete.; [Online] 2011 [cited 2011 Enero 12. Available from: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf [4]
- OMS. Guías para la atención de las principales emergencia obstétricas. [Online].; 2012 [cited 2012 julio 13. Available from: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es [1]

- Pérez C. Hemorragia en la segunda mitad del embarazo. [Online].; 2010 [cited 2010. [cited 2010, Enero. Available from:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a04v56n1.pdf [3]
- PRO-SEGO. Placenta Previa.; [Online]. 2012 [cited 2012 Diciembre. Available from:
https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi6k7PV2ZnPAhWCJB4KHaHDCtIQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Fes-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501313000812-S300&usg=AFQjCNE8vpZzJSS6_rEZ_mCGiyiOOwIDeQ&bvm=bv.133178914,d.dmo [5]
- Ramirez J. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo. [Online]. Available from: <http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%200-23.pdf> [10]
- Rodriguez Z. Hemorragias del Tercer Trimestre. [Online]. 2013. [cited 2013 Octubre. Available from:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/Hemorragias%20III%20Trim%202013.pdf> [6]
- Rowe T. Placenta Previa. [Online] 2014. [cited 2014 Agosto. Available from:
[http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)30503-X/pdf](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)30503-X/pdf) [14]
- SEGO. Gutierrez Z, De la Fuente V, Bajo J. Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología. [Online]. 2008. [cited 2008 Mayo. Available from:
http://www.sego.es/Content/pdf/Guia_Pract_Urg.pdf [15]

- Silver R. Implantación anormal de la placenta. Placenta previa, vasa previa, y placenta ácreta. [Online]. 2015. [cited 2015 Noviembre. Available from: http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Sep2015_Translation_Silver.pdf [8]
- Solari A, Solari C, Wash A, Guerrero M, Enriquez O. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. [Online]. 2014. [cited 2014 Octubre 20. Available from: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/21-solari.pdf [7]

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA

- **PRO-QUEST.** Faiz, A S; Ananth, C Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. [citado Marzo 2013]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/201352790/B86B8E629A634F1CPQ/7?accountid=36765>
- **PRO-QUEST.** Novack, Lena; Klaitman, Vered; Erez-Weiss, Idit; Beer-Weisel, Ruthy. Early preterm delivery due to placenta previa is an independent risk factor for a subsequent spontaneous preterm birth. 2012 [citado 2012]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1128147571/B86B8E629A634F1CPQ/6?accountid=36765>
- **PRO-QUEST:** Tülek, Firat; Kahraman, Alper; Taskin, Salih; Özkavukçu, Esra; Söylemez, Feride. Changes in first trimester screening test parameters in pregnancies complicated by placenta previa and association with hyperemesis gravidarum. [Citado 2014 Diciembre]. Disponible en:

<http://search.proquest.com/docview/1648066669/B86B8E629A634F1CPQ/10?accountid=36765>

- **PRO-QUEST:** Women's Health - Pregnancy Complications; Research from University of Southern Florida Reveals New Findings on Placenta Previa [Online].;
Guías para la atención de las principales emergencia obstétricas. [Online].; 2012 [cited 2012 octubre 26. Available from: <http://search.proquest.com/docview/1112435063/B86B8E629A634F1CPQ/1?accountid=36765>
- **PRO-QUEST:** Young, B C; Nadel, A; Kaimal, A Does previa location matter? Surgical morbidity associated with location of a placenta previa. [Online].; 2014 [cited 2014 abril. Available from: <http://search.proquest.com/docview/1510744410/B86B8E629A634F1CPQ/2?accountid=36765>

9. ANEXOS

IMÁGENES

Imagen N°1. Resonancia Magnética Simple de Pelvis.

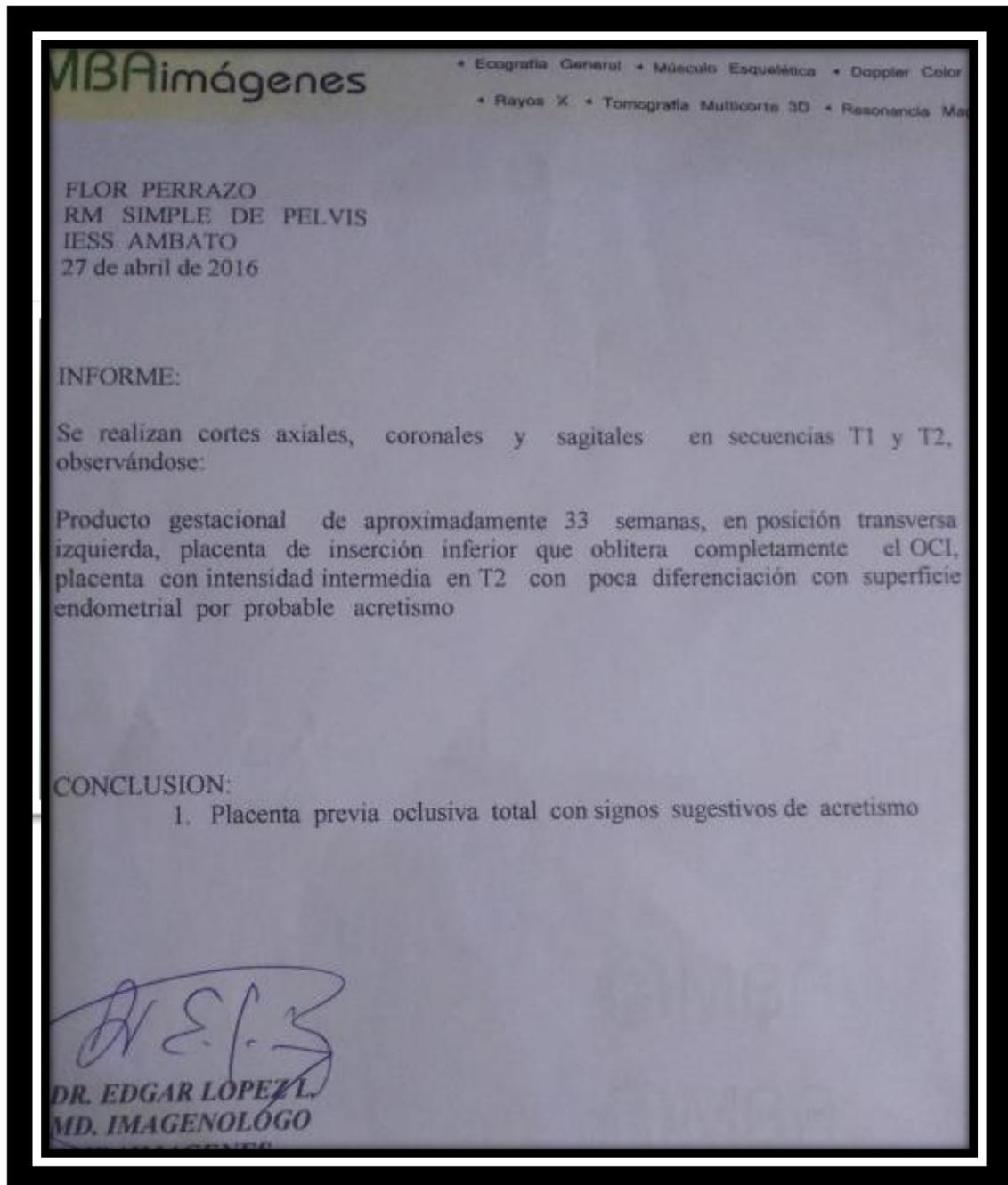
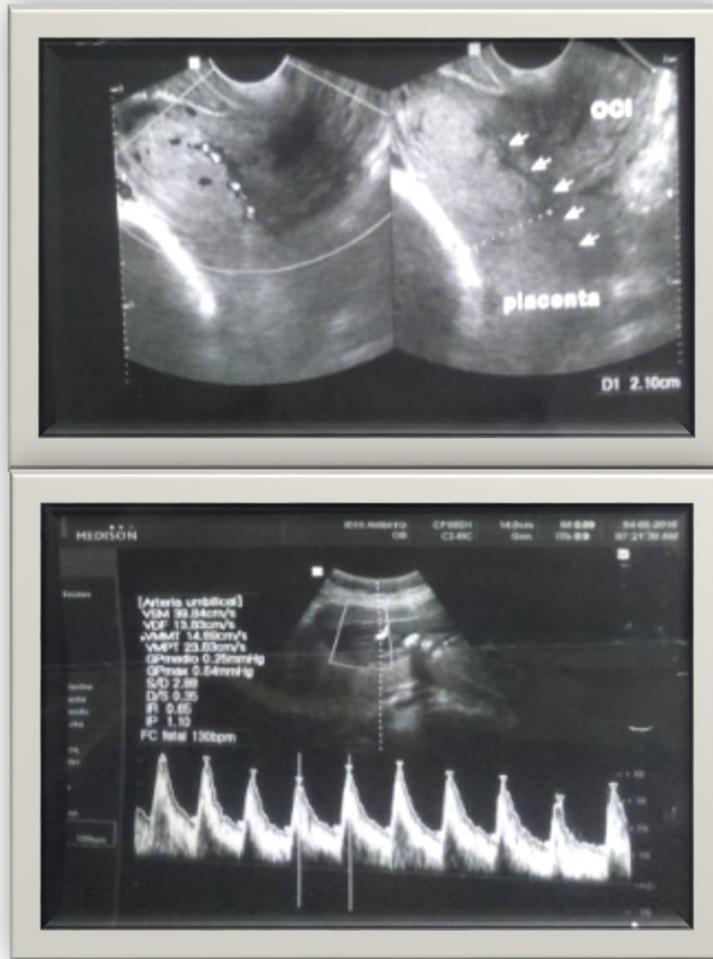


Imagen N°2. Ecografía en la que se evidencia Placenta previa – Semana 34



Sra. PERRAZO MORALES FLOR 42a ECO OBSTETRICO
 04/05/16 HC. 99701451 CI. 1802630036

Útero grávido, presenta feto único, el cual se halla en presentación longitudinal, cefálico dorso derecho.
 La actividad cardíaca es positiva, con una frecuencia de 130 latidos por minuto.

Díámetro Biparietal	81 mm	33s0d
Circunferencia Cefálica	298 mm	33s0d
Circunferencia Abdominal	294 mm	33s3d
Longitud Femoral	66 mm	34s2d
Peso estimado	2231 gr.	

Placenta de implantación posterior previa oclusiva total con un grosor de 21 mm., madurez grado 0. No demuestra signos de acretismo.
 Líquido amniótico de aspecto homogéneo, en cantidad adecuada.

I.Dg.- EMBARAZO DE 34,2 SEMANAS, FETO VIVO EN PRESENTACION ADECUADA. PLACENTA PREVIA.

Imagen N° 3: Ecografía Obstétrica + Flujiometría – Semana 36.

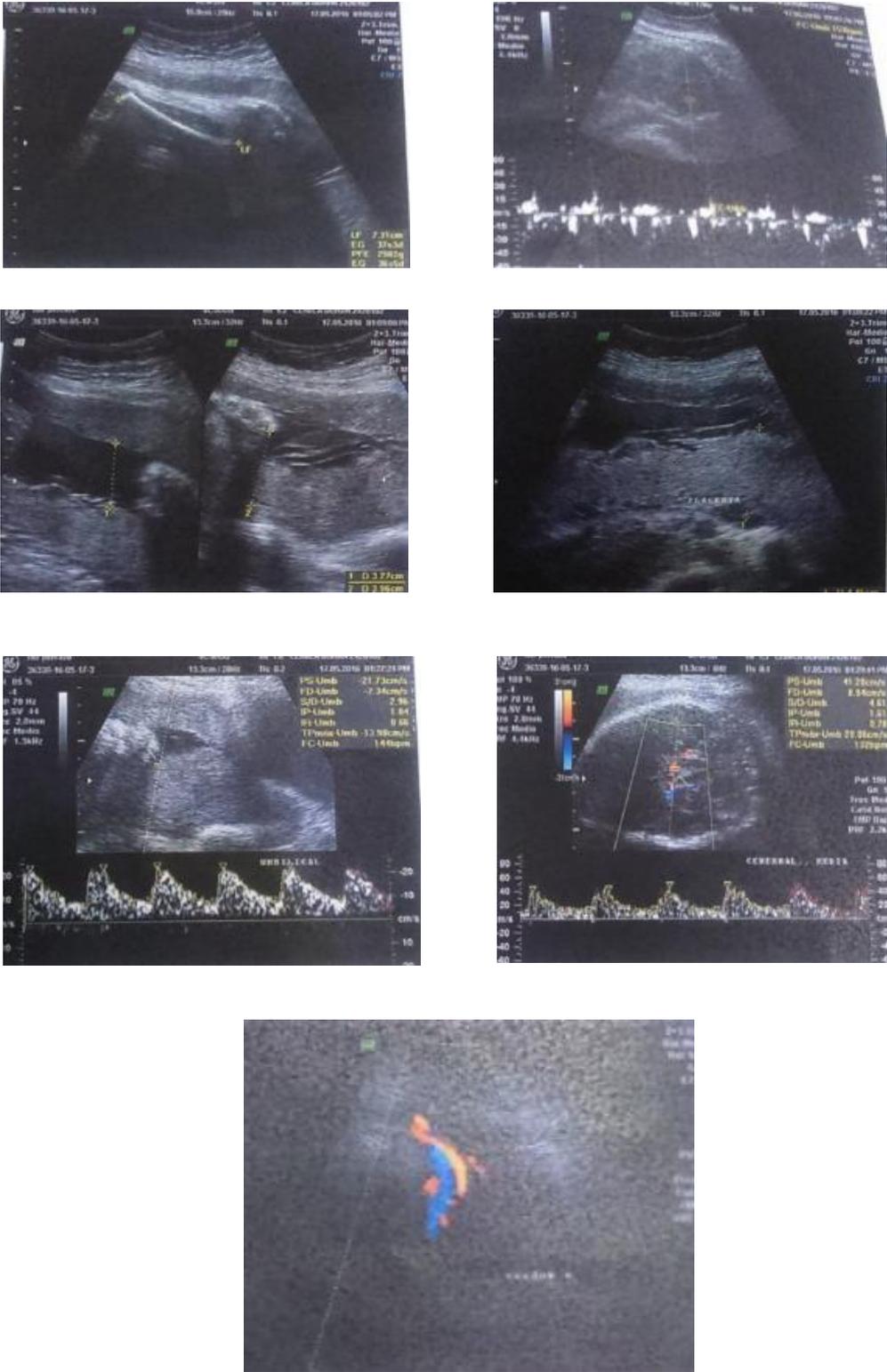


Imagen N° 4: Reporte de Flujiometría.

**Hospital
Básico Privado
DURAN**
Medicina Investigativa y Servicio de la Comunidad

Av. Pastora y Ca
C. 24 - 24 - 101
C. 24 - 26 - 102
www.hospitaldur
Ambato - Ec

SRA. PERRAZO MORALES FLOR NARCISA
Fecha. 17 de mayo de 2016
Dr. IESS
ECO DOPPLER FLUJOMETRIA

REPORTE
El estudio flujo métrico de las arterias umbilical y cerebral media nos demuestra sistoles y diástoles conservadas, con indices de resistencia en rangos dentro de la normalidad.
Los indices observados son los siguientes
Arteria cerebral: vel. Sist.41.2 Vel. Diast8.9 IR 0.78 IP 1.6
Arteria umbilical: vel. Sist. 21.7 Vel. Diast. 7.3 IR 0.66 IP 1.0
Relación resistencia umbilical/resistencia cerebral media = 0.84 limite máximo 1
LOS INDICES FLUJOMETRICOS NOS DEMUESTRAN INDICES DENTRO DE LA NORMALIDAD.
I.D.G.
ESTUDIO NORMAL
Atentamente,
Dr. Hugo Acurio L.
Médico Imagenológico
VSP LIBRO "H" FOLIO 13 N° 27

TABLAS

Tabla N°1. Exámenes de Laboratorio.

LABORATORIO	02/05/16	
BIOMETRIA HEMATICA	Recuento Leucocitario (WBC):	10.30
	Recuento de globulos rojos:	4.36
	Hemoglobina (HGB):	13.9
	Hematocrito (HCT):	41.7
	Volumen corp. medio (MCV):	96
	Hemoglobina Cospus Media (MCH):	32.0
	Concen HB Corp. media (MCHC):	33.4
	Recuento Plaquetas:	261
	Neutrofilos %:	69.0
	Linfocitos %:	24.0
	Monocitos %:	5.0
	Eosinófilos %:	2.0
	Basófilos %:	0.0
	QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA:
UREA EN SUERO:		14.2
CREATININA:		0.5
ACIDO URICO:		4.8
PERFIL HEPatico	BILIRRUBINA TOTAL.:	0.40
	BILIRRUBINA DIRECTA:	0.12
	BILIRRUBINA INDIRECTA:	0.28
	AST (SGOT):	20
	ALT (SGPT):	19
	LDH:	327
	FOSFATASA-ALKALINA:	117
OTROS	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA:	0.00
EMO	Densidad:	1.007

PH:	6.5
Nitritos:	-
Piocitos:	3.3
Hematies:	0.5
Bacterias:	579.6
CELULAS EPITELIALES:	7.4

Tabla N°2. Exámenes de Laboratorio

LABORATORIO	03/05/16
OTROS	PROTEINAS EN ORINA DE 24HORAS: 394.00

Tabla N°3. Examen de imagen

IMÁGENES	04/05/2016
ECO TRANSVAGINAL	<p>UTERO GRÁVIDO, PRESENTA FETO ÚNICO, EL CUAL SE HALLA EN PRESENTACIÓN LONGITUDINAL, CEFÁLICO DORSO DERECHO.</p> <p>LA ACTIVIDAD CARDIACA ES POSITIVA, CON UNA FRECUENCIA DE 130 LATIDOS POR MINUTO. DIÁMETRO BIPARIETAL 81 MM 33S0D CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA 298 MM 33S0D CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL 294 MM 33S3D LONGITUD FEMORAL 66 MM 34S2D PESO ESTIMADO 2231 GR.</p> <p>PLACENTA DE IMPLANTACIÓN POSTERIOR PREVIA OCLUSIVA TOTAL CON UN GROSOR DE 21 MM., MADUREZ GRADO 0 NO DEMUESTRA SIGNOS DE ACRETISMO.</p>

LÍQUIDO AMNIÓTICO DE ASPECTO HOMOGÉNEO, EN CANTIDAD ADECUADA.

I.DG.- EMBARAZO DE 34,2 SEMANAS, FETO VIVO EN PRESENTACION ADECUADA. PLACENTA PREVIA.

Tabla N°4. Examen de Imagen

IMÁGENES		17/05/2016
ECO		EMBARAZO
OBSTERICICO +		DE 36.6 DIAS + FPP: 08-06-2016, FLUJOMETRIA:
FLUJOMETRIA		INDICES FLUJOMETRICOS NOS DEMUESTRAN INDICES DENTRO DE LA NORMALIDAD. NO PRESENTA COMPLICACIONES, FETO AL MONITOREO ACTIVO.

Tabla N°5. Diagnóstico Diferencial

	PLACENTA PREVIA	DPPNI	ROTURA UTERINA
Inicio	Insidioso	Brusco	Brusco
Hemorragia	Externa (repetida)	Interna o mixta (persiste)	Interna o mixta
Sangrado	Rojo brillante	Roja oscura	Roja
Sangrado/síntomas	Relación	Discrepancia	
Tras amniorrexis	Puede ceder	Sigue	Sigue
Hipertensión	No	Frecuente	No
Shock	Ocasional	Frecuente	Frecuente
Dolor	No	Sí	Sí
Útero	Relajado	Hipertónico	No se palpa
Palpación fetal	Normal	Difícil	Fácil
Cicatriz uterina	Eventualmente	No	Habitual
Contracciones	Generalmente no	Sí	Sí (pueden cesar)
Bienestar fetal	Normal	Alterado	Alterado

Tomado de: Hemorragias del tercer trimestre, Placenta Previa. 2011.