



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“HEMORRAGIA OBSTÉTRICA – ACRETISMO PLACENTARIO”

Requisito previo para optar por el título de Médico.

Autora: Sánchez Sánchez, Evelin Liliana.

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron.

Ambato-Ecuador

Septiembre, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“HEMORRAGIA OBSTÉTRICA – ACRETISMO PLACENTARIO”** de Evelin Liliana Sánchez Sánchez 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 2015.

EL TUTOR

.....

Dr. Luis Byron Mena Villarroel

DERECHOS DE AUTOR

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

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi caso clínico con fines de difusión pública: además apruebo la reproducción de ese 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 autor.

Ambato, Junio 2015.

EL AUTOR

.....

Evelin Liliana Sánchez Sánchez

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de Investigación, sobre el tema **“HEMORRAGIA OBSTÉTRICA – ACRETISMO PLACENTARIO”** de Evelin Liliana Sánchez Sánchez estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Septiembre 2015.

Para constancia firma.

.....

PRESIDENTE

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante en mi formación profesional. A mis padres, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. A mi hermana Germania, a quien quiero como a una madre, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento. Y a toda mi familia, por apoyarme en todo momento.

Evelin.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mis padres, que con su demostración de padres ejemplares me han enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

Al Dr. Byron Mena, por su valiosa guía y por instruirme acertadamente a lo largo del proceso investigativo.

Al Hospital Provincial Docente Ambato, por la apertura y colaboración para el desarrollo del presente caso clínico.

Mi gratitud además a todos y cada uno de las personas que contribuyeron con la realización de este estudio, el mismo que pongo a consideración y criterio de todos.

Evelin.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
DERECHOS DE AUTOR	iii
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	1
Fisiopatología	3
Clínica	3
Diagnóstico.....	4
Tratamiento	5
Manejo de la hemorragia de tercer trimestre	6
CASO CLÍNICO	9
1. TEMA:	9
2. OBJETIVOS:	9
2.1.- Objetivo General:	9
2.2. - Objetivos Específicos:	9
3. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	10
Datos de filiación:.....	10
Antecedentes Patológicos Personales Clínicos y Quirúrgicos:.....	10

Antecedentes Gineco – Obstetras:	10
Antecedentes Patológicos Familiares:	10
Motivo de consulta: dolor abdominal.	10
Enfermedad actual (segundo reingreso):	11
Examen físico:	11
Valoración en el Servicio de Emergencia:.....	12
Valoración en Centro Obstétrico	14
Maternidad – Evolución.....	14
Valoración en Centro Obstétrico	15
Intervención quirúrgica.....	15
Evolución y alta	17
4. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.....	17
4.1.- Discusión del Caso Clínico:	17
4.2.- Factores de Riesgo:.....	20
5. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACION:	21
5.1.- Campo.....	21
5.2.- Fuentes de recolección	21
5.3.- Personas clave a contactar	21
5.4.- Instrumentos	21
5.5.- Identificación De Puntos Críticos.....	22
5.5.- Caracterización de las oportunidades de mejora	22
CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA	25
ANEXOS	27
Anexo 1: Eco obstétrico	28

Anexo 2: Eco obstétrico	29
Anexo 3: Cirugía obstétricas: visualización de vasos que invaden peritoneo parietal a nivel de segmento.	30
Anexo 4:	30
Anexo 5: Pinzamiento, sección y doble ligadura de pedículos uterinos superiores.	31
Anexo 6: Antero - posterior: útero, placenta pécreta completa.....	31
Anexo 7: Lateral: útero y placenta pécreta.	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Signos vitales.....	11
Tabla 2.- Biometría hemática.....	12
Tabla 3.- Química sanguínea.....	12
Tabla 4.- Uroanálisis.....	13
Tabla 5.- Serología.....	13
Tabla 6.- Citobacteriológico de secreción vaginal.....	13

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Clasificación según la invasión trofoblástica al miometrio.....	1
Figura 2.- Ultrasonografía transvaginal. Presenta signos	4
Figura 3.- Corte sagital: invasión vesical por placenta percreta, un grueso vaso de neoformación, pérdida de contraste de la pared vesical superior invadida.....	5
Figura 4.- Anomalías placentarias (placenta previa, placenta accreta y vasa previa) y manejo de la hemorragia de tercer trimestre.....	7

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

**“HEMORRAGIA OBSTÉTRICA – ACRETISMO
PLACENTARIO”**

Autor: Sánchez Sánchez, Evelin Liliana.

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron.

Fecha: Junio 2015.

RESUMEN

El acretismo placentario es una entidad que incrementa considerablemente la morbimortalidad materna y fetal, esto ha llamado la atención de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. El diagnóstico anteparto mediante el uso de ecografía de escala de grises, Doppler color, el power Doppler y de Resonancia Magnética Nuclear es una oportunidad insuperable que nos permite una adecuada planificación quirúrgica del parto y la eventual necesidad de una histerectomía y/o transfusión de sangre.

La valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, permitiendo el diagnóstico prenatal de la localización placentaria y adicionalmente descartar una placentación anormal.

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad analizar las causas de hemorragia obstétrica debido al acretismo placentario.

Esta investigación muestra el caso de una paciente multípara de 26 años edad con 32,6 semanas de gestación más placenta previa acreta oclusiva total sangrante. En el desarrollo del caso se apreciará la evolución y las posibles complicaciones que implica el acretismo placentario como por ejemplo: sangrado, que pasa de leve a abundante, dolor abdominal, tipo cólico a tipo contracción, e inclusive se evidencia el riesgo de muerte materno - fetal.

El caso concluye con la resolución quirúrgica cesárea con histerectomía total abdominal, sin ooforectomía. Finalmente, la paciente es dada de alta con evolución satisfactoria.

PALABRAS CLAVE: HM: HEMORRAGIA_OBSTETRICA; AP: ACRETISMO_PLACENTARIO; PA: PLACENTA_ANORMAL; MMF: MORBIMORTALIDAD_MATERNA_FETAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF MEDICINE

"OBSTETRIC HEMORRHAGE - PLACENTA ACCRETA"

Author: Sánchez Sánchez, Evelin Liliana.

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron.

Date: June 2015.

ABSTRACT

The placenta accreta is an entity that considerably increases maternal and fetal morbidity and mortality, this has drawn the attention of the World Health Organization and the Ministry of Public Health of Ecuador. The antepartum diagnosis using ultrasound gray scale, color Doppler, power Doppler and the Nuclear Magnetic Resonance is an unbeatable opportunity that allows us adequate surgical planning childbirth and the possible need for a hysterectomy and / or blood transfusión.

The assessment of morphology and placental location is part of routine obstetrical ultrasound evaluation, allowing the antenatal diagnosis of placental location and further rule out an abnormal placentation.

This research aims to analyze the causes of obstetric hemorrhage due to placenta accreta.

This research shows the case of a multiparous patient 26 years old with 32.6 weeks of gestation after more placenta accreta full stop bleeding. In the development of case developments and possible complications involving the placenta accreta be appreciated such as bleeding, going from mild to heavy, abdominal pain, cramping contraction type to type, and even the risk of maternal death is evident - fetal.

The event concludes with surgical resolution with total abdominal hysterectomy Caesarean without oferectomía. Finally, the patient is discharged with satisfactory evolution.

KEYWORDS: HM: OBSTETRIC_HEMORRHAGE; AP:
PLACENTA_ACCRETA; PA: ABNORMAL_PLACENTA; MMF:
MORBIDITY_MATERNAL_FETAL.

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones realizadas para afrontar condiciones peligrosas para la vida de la paciente gineco obstetra han sido numerosas, la cesárea ha sido un elemento clave para mejorar el pronóstico de hemorragias obstétricas, pero el aumento de su práctica ha repercutido en el aumento de placenta acreta (en la mayoría de casos), convirtiéndose en un problema de salud pública de algunos países latinoamericanos.

El acretismo es una placentación anormal en la que las vellosidades coriales invaden el miometrio en el sitio de implantación; resultando una mala adherencia entre la placenta y el útero, debido a la ausencia parcial o total de la decidua basal y desarrollo imperfecto de la capa fibrinoide.

- **Acreta:** es la adherencia anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina, sin que las vellosidades coriales penetren el miometrio. (80%).
- **Increta:** Las vellosidades coriales invaden el miometrio (15%).
- **Pércreta:** Las vellosidades invaden miometrio y serosa o incluso órganos adyacentes como la vejiga (5%) (Dueñas G., Rico O., & Rodriguez B., 2007).

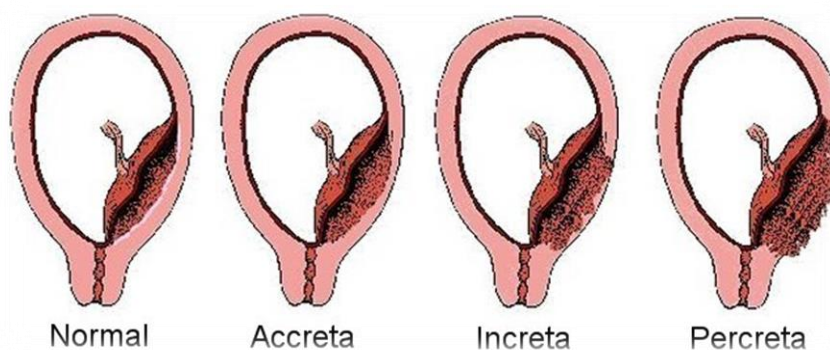


Figura 1.- Clasificación según la invasión trofoblástica al miometrio.

Pudiendo estar involucrado uno o todos los cotiledones, clasificándose como:

- **Focal:** Solo involucra a pequeñas áreas de la placenta.
- **Parcial:** Uno o más cotiledones involucrados.
- **Total:** Toda la superficie está anormalmente adherida.

Esta se ha incrementado tres veces en los últimos 20 años, debido a la elevada tasa de cesáreas registradas. Breen y colaboradores reportan una tasa de 1 cada 7000 partos en 1977, Miller habla de una incidencia de 1 caso cada 2500 partos. Sin embargo la verdadera incidencia es difícil de determinar dado que el diagnóstico de certeza requiere el estudio anatomopatológico del útero. El cual solo se puede realizar en los casos en los que se requirió histerectomía (Maita Quispe, Hochstatter Arduz, & Franco Rada, 2012) .

Esto representa un riesgo de hemorragia obstétrica masiva con posibles alteraciones de la coagulación, daño a otros órganos e incluso la muerte. El acretismo es un reto para el obstetra, sobre todo para el diagnóstico correcto y oportuno que permita la terminación del embarazo con la utilización de técnicas quirúrgicas adecuadas y la participación de un equipo multidisciplinario ante las posibles complicaciones (Ortiz Villalobos, González Gómez VV, Luna Covarrubias, Bañuelos Franco , & Serrano Enríquez , 2014).

La consecuencia clínica más temida es la hemorragia masiva que, en promedio, puede alcanzar 3 a 4 litros (Haghenbeck Altamirano, Leis Márquez, Ayala Yáñez, Juárez García, & García Moreno, 2013).

El acretismo placentario conjuntamente con la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta se encuentra entre los principales factores de hemorragia obstétrica, una de las principales causas de morbimortalidad materna y fetal. Su incidencia ha ido en aumento hasta en diez veces en los últimos 50 años, y se presenta desde un caso por cada 2.500 partos hasta un caso por cada 533 partos (Ospino Bayona & Torralvo Jimenez, 2014).

La morbilidad y la mortalidad materna por placenta acreta son considerables. La tasa de mortalidad se ha reportado en 7%, con una gran morbilidad intraoperatoria y postoperatoria asociada a transfusiones sanguíneas masivas, infecciones, daño ureteral y formación de fístulas (RojasLosada, Kuzmar Daza, Ferreira Narváez, & Abdalla, 2010).

Los factores de riesgo para placenta accreta incluyen:

- Placenta previa con o sin cirugía uterina anterior.

- Antecedente de miomectomía.
- Síndrome de Asherman.
- Leiomioma submucoso.
- Edad materna mayor de 35 años.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), así como el Ministerio de Salud Pública del Ecuador coincide que se debe agotar todos los esfuerzos para reducir la morbi-mortalidad materna y considera urgente que los servicios sanitarios proporcionen la asistencia con alta eficiencia, calidad adecuada y de fácil acceso a todos los servicios de salud.

El Ecuador ocupa el cuarto lugar entre los países de América con mayor índice de mortalidad materna, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2008, el 38 % de las muertes se relacionan a causas obstétricas directas; el 28 % se produce por la toxemia del embarazo; el 20 % por Hemorragias; y el 7 % por complicaciones en el postparto ((INEC), 2008).

En Ambato se registró 4 muertes maternas según el Ministerio de Salud Pública.

En el caso en estudio, la prevención a través del estudio de las causas y factores de riesgo es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbi-mortalidad materna debido al acretismo placentario.

Fisiopatología

Se piensa que el acretismo placentario es debido a una ausencia o deficiencia de la capa de Nitabuch, que es una capa de fibrina que se ubica entre la decidua basal y el corion frondoso. Benirschke y Kaufman, sugieren que esta situación es consecuencia de una falla en la reconstitución del endometrio/decidua basal, especialmente después de la reparación de una operación cesárea (Dueñas G., Rico O., & Rodriguez B., 2007).

Clínica

Durante el embarazo suele ser asintomática, salvo que esté asociada a placenta previa.

La primera aparición clínica suele ser en el periodo del alumbramiento, en el que aparecerán falta de cotiledones durante la revisión placentaria o ausencia de desprendimiento. El resultado es una hemorragia masiva. Se estima que la pérdida sanguínea tras intentar el alumbramiento es mayor de 3000ml en el 90% de las pacientes con placenta ácreta (Pérez Herrezuelo, Aguilar Romero, & Hurtado Moya, 2011).

Diagnóstico

El diagnóstico de acretismo placentario por los métodos no invasivos es necesario y es determinante para el manejo oportuno de esta patología. La ultrasonografía en escala de grises y el Doppler color son los exámenes de elección en todos los casos de búsqueda de placenta acreta mediante la revisión minuciosa, en cortes finos de la interfase útero-placenta. La vía de abordaje empleada según cada caso puede ser la abdominal solamente en casos muy selectivos o complementados con la transvaginal para la reclasificación del acretismo. Este método es hoy día el más aceptado para la correcta observación y con la técnica bien empleada no corre riesgos las pacientes examinadas (Maldonado M. & González Ruíz , 2012).

Básicamente el diagnóstico se limita al empleo de métodos como es el ultrasonido y la resonancia magnética. Sin embargo, el diagnóstico definitivo de acretismo placentario es por medio de histopatología, al comprobar la invasión de las vellosidades coriales en el miometrio (Dueñas G., Rico O., & Rodriguez B., 2007).

- Ultrasonografía: El ultrasonido es una herramienta útil para el diagnóstico de acretismo placentario así como de sus distintas variantes en el segundo y tercer trimestre del embarazo.



Figura 2.- Ultrasonografía transvaginal. Presenta signos

- La utilidad del ultrasonido doppler usando como criterios diagnósticos el flujo lacunar placentario difuso en el parénquima, hipervascularidad en la interfase vejiga-serosa, y complejos venosos subplacentarios.
- En cuanto al diagnóstico en el primer trimestre e inicios del segundo, se ha encontrado que los hallazgos de un saco gestacional localizado muy cerca de una cicatriz uterina previa en el segmento uterino son sospechosas de acretismo placentario pero no diagnósticas.
- Resonancia magnética: Existen varios artículos que refieren el empleo de este método para el diagnóstico de acretismo placentario, sin embargo, la mayor parte son casos retrospectivos los cuales carecen de correlación histopatológica.

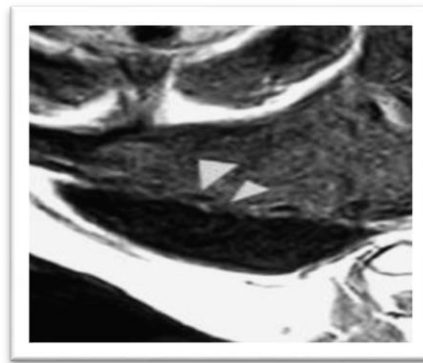


Figura 3.- Corte sagital: invasión vesical por placenta percreta, un grueso vaso de neoformación, pérdida de contraste de la pared vesical superior invadida

Tratamiento

Debido a la adherencia anormal esta entidad se asocia con incapacidad para la extracción placentaria y hemorragias severas en el momento del parto, siendo frecuente la necesidad de realizar una histerectomía para controlar la hemorragia, así como la transfusión de hemoderivados en la mayoría de los casos (Sumano Ziga, Veloz Martínez, Vásquez Rodríguez, Bacerra Alcántara, & Jimenez Vieyra, 2015).

El tratamiento universalmente aceptado es la histerectomía total abdominal. A su vez ha surgido una corriente conservadora en cuanto a dejar la placenta in situ y en

algunas ocasiones empleando medicamentos para su expulsión o reabsorción (Dueñas G., Rico O., & Rodríguez B., 2007).

Finalmente, al no tener información documentada de las causas y factores de riesgo de la hemorragia obstétrica por acretismo placentario en la provincia de Tungurahua, cantón Ambato, se considera relevante desarrollar el presente trabajo de investigación.

Manejo de la hemorragia de tercer trimestre

La hemorragia de 3er trimestre, incluso si es de causa desconocida se asocia a mayor morbilidad materna y resultado perinatal adverso. Existe un riesgo aumentado de parto prematuro, muerte fetal, o retraso de crecimiento intrauterino. Por otro lado, también existe una mayor tasa de inducción del parto a término (Perelló, Mula, & López, 2012).

Ante una hemorragia de 3er trimestre, deberán valorarse siempre los siguientes aspectos:

- La edad gestacional.
- La causa de la hemorragia
- La cantidad de sangrado
- El compromiso materno y/o fetal

El objetivo de la atención urgente de una hemorragia de 3er trimestre será por un lado descartar causas obstétricas con potencial compromiso materno y/o fetal, evitando la sobreactuación en los casos leves, así como también optimizar el manejo de las hemorragias de 3er trimestre de causa desconocida (Perelló, Mula, & López, 2012).

El siguiente algoritmo resume la actuación a realizar ante una hemorragia de 3er trimestre:

HEMORRAGIA 3er TRIMESTRE

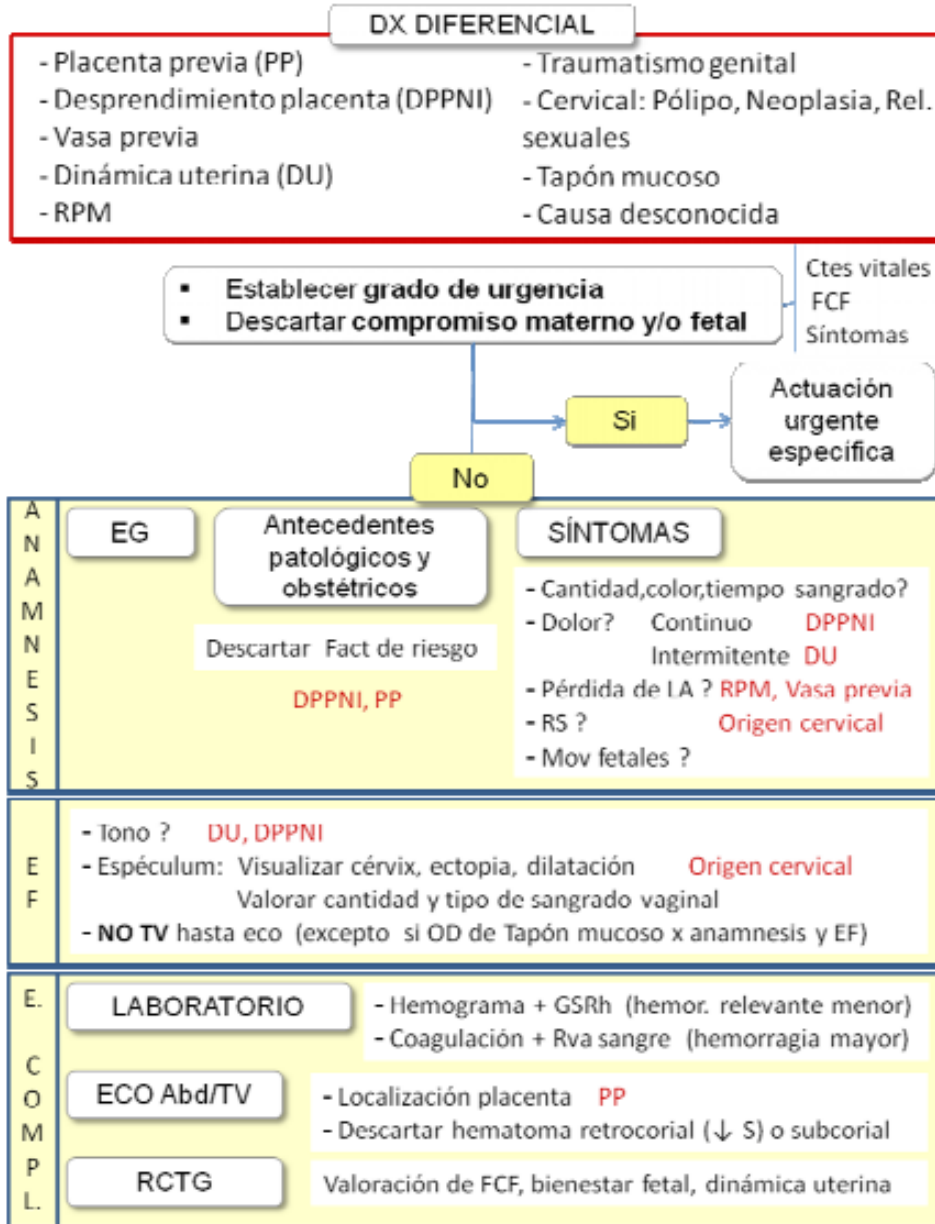


Figura 4.- Anomalías placentarias (placenta previa, placenta accreta y vasa previa) y manejo de la hemorragia de tercer trimestre.

En caso de hemorragia de 3er trimestre de CAUSA DESCONOCIDA, deben tenerse en cuenta los peores resultados perinatales descritos, y considerar la edad gestacional, los antecedentes y la cantidad de sangrado para decidir la mejor conducta:

- Spotting autolimitado: Después de haber descartado otras causas por anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias (ecografía principalmente), la gestante podrá ser dada de ALTA con INSTRUCCIONES para reacudir en caso de reaparición del sangrado, dolor o disminución de movimientos fetales.
- Hemorragia superior a spotting y/o persistente, malos antecedentes obstétricos, o gestación a término. Se valorará el caso conjuntamente con el obstetra especialista y se considerará el INGRESO en observación hasta el cese del sangrado o la estabilización del cuadro:
 - ✓ Eco obstétrico: Valoración de la placenta, membranas, y líquido amniótico.
 - ✓ La administración de fármacos tocolíticos y de corticoides para maduración pulmonar se realizará según la edad gestacional, el origen del sangrado y el riesgo de parto prematuro.
 - ✓ Solicitar Hemograma + coagulación + reserva de sangre o en gestantes RhD negativas con hemorragia relevante, administrar gammaglobulina anti-D (1500 UI o 300mcg) o reposo relativo. Puede considerarse también la finalización de la gestación en gestantes de ≥ 37 semanas o al alta, seguimiento ambulatorio como gestación de alto riesgo, con visita de control en 1-2 semanas. Posterior seguimiento ecográfico en función de la evolución (Perelló, Mula, & López, 2012).

CASO CLÍNICO

1. **TEMA:**

“HEMORRAGIA OBSTÉTRICA – ACRETISMO PLACENTARIO”.

2. **OBJETIVOS:**

2.1.- **Objetivo General:**

Establecer los factores de riesgo, las causas y complicaciones de la hemorragia obstétrica por acretismo placentario.

2.2. - **Objetivos Específicos:**

- Fomentar el cumplimiento del control prenatal en las futuras madres para una detección precoz de dichas patologías como el acretismo placentario.
- Identificar las principales causas de la hemorragia obstétrica por acretismo placentario.
- Determinar las consecuencias maternas y fetales producto de la hemorragia obstétrica en pacientes con acretismo placentario.

3. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

▪ Datos de filiación:

Paciente de sexo femenino de 26 años de edad, mestiza, nace y reside en la ciudad de Ambato (Picaihua), mestiza, casada, instrucción secundaria incompleta, ocupación comerciante, grupo sanguíneo O Rh positivo.

▪ Antecedentes Patológicos Personales Clínicos y Quirúrgicos:

09/07/2013: Antecedentes personales: hospitalizada hace más o menos tres semanas en el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial Docente Ambato con diagnóstico de Embarazo de 30 semanas más placenta previa, donde permanece ocho días, evoluciona satisfactoriamente por lo que es dada de alta.

▪ Antecedentes Gineco – Obstetras:

- ✓ Menarquia 16 años.
- ✓ Controles menstruales regulares por 8 días.
- ✓ Inicio de vida sexual activa 18 años.
- ✓ Parejas sexuales 1.
- ✓ Pap test hace dos años con resultado infección con tratamiento.
- ✓ Método de planificación familiar Mesygina hasta hace dos años.

G2, P1, C0, A0, HV1, HM0.

G1: parto eutócico, recién nacido vivo masculino hace 8 años.

G2: gesta actual, reingresa el 29/07/2013, con dolor abdominal más sangrado genital, permanece estable hasta la fecha de la cirugía 23/08/2013.

▪ Antecedentes Patológicos Familiares:

No refiere.

▪ Motivo de consulta: dolor abdominal.

▪ **Enfermedad actual (segundo reingreso):**

Paciente que fue dada de alta hace tres semanas, refiere que desde hace aproximadamente 24 horas presenta dolor abdominal tipo contracción localizado en hipogastrio e irradiado a región lumbar, acompañado de sangrado genital escaso el mismo que cede espontáneamente; por lo que acude a facultativo quien realiza eco obstétrico que reporta embarazo de 34 semanas, placenta previa oclusiva total, labor de parto más transverso y refiere al servicio de Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, donde es valorada estabilizada e ingresada al Servicio de Ginecología

▪ **Examen físico:**

Tabla 1.- Signos vitales.

<i>SIGNOS VITALES:</i>	
FC:	90LPM
FR:	18RPM
T°:	37°C
<i>MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:</i>	
PESO:	63KG
TALLA:	157CM
IMC:	25.60

Paciente consciente, vigil, orientada, afebril, álgica, biotipo normosómico.

- ✓ Boca: mucosas orales húmedas, piezas dentales completas en regular estado de conservación e higiene. ORF no congestiva.
- ✓ Tórax: simétrico, expansibilidad y frémito conservado.
- ✓ Pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos.
- ✓ Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, no se auscultan soplos.
- ✓ Abdomen: globoso, útero gestante, feto único, vivo, transverso; movimientos fetales presentes, frecuencia cardíaca fetal 164LPM, actividad uterina esporádica.
- ✓ RIG: Genitales de múltipara, se evidencia secreción amarillenta en moderada cantidad, no se evidencia sangrado.

- ✓ Región lumbar: No puño percusión.
- ✓ Extremidades: Simétricas, no edemas.

▪ **Valoración en el Servicio de Emergencia:**

Fecha: 29/07/20143; Hora: 17:30 pm.

Paciente es referida al servicio de Emergencia el con un Dg. de Embarazo de 34 semanas por Eco más placenta previa oclusiva total más transverso, en donde es valorada por Obstretra de turno, quien solicita exámenes complementarios los mismos que reportan:

- ✓ **Biometría Hemática (29/07/2013)**

Tabla 2.- Biometría hemática.

Leucocitos	6600
Linfocitos	13%
Segmentados	69.6%
Hemoglobina	10.3
Hematocrito	34.3
Plaquetas	311.000
Eritrocitos	4,19 X 10 ⁶
VCM	82.1
HCM	24.5
TP	14 segundos
TTP	30 segundos

- ✓ **Química sanguínea: (29/07/2013)**

Tabla 3.- Química sanguínea.

Glucosa	88mg/dl
Creatinina	0.76 mg/dl
TBIL	0.46 mg/dl
BIL. DIRECTA	0,17 mg/dl
AST	19 U/L
ALT	6 U/L
DESHIDR. LACT	409 U/L

✓ Uroanálisis: (29/07/2013)

Tabla 4.- Uroanálisis.

Densidad	1015
pH	6
Proteína	Negativo
Piocytes por campo	1 – 2
Eritrocitos por campo	0 - 1
Bacterias	+
Color	amarillo ligeramente turbio

✓ Serología: (29/07/2013)

Tabla 5.- Serología.

VDRL	No reactivo
HIV	No reactivo

✓ Citobacteriológico de secreción vaginal: (29/07/2013)

Tabla 6.- Citobacteriológico de secreción vaginal.

Células descamativas	++
Piocytes	+
Bacterias	++
Tricomonas	Negativo
KOH	Negativo
Placa en Gram	Cocos Gram positivos escasos
Gardnerella	Negativo

✓ Tratamiento:

- Solución Salina al 0,9% 1000cc de mantenimiento.
- Betametasona 12mg IM STAT (1 dosis).
- Nifedipino 10mg VO STAT (1 dosis).
- Estabilizar a la paciente
- Ingreso al Servicio de Ginecología y Obstetricia.

▪ **Valoración en Centro Obstétrico**

Fecha: 29/07/20143; Hora: 19:35 pm.

Paciente refiere dolor abdominal tipo contracción de moderada intensidad de 24 horas de evolución, acompañado de cefalea de leve intensidad, al examen físico vigil, alerta, consciente, afebril; mucosas orales húmedas. Abdomen: útero gestante, feto único, vivo, transverso; frecuencia cardiaca fetal 166LPM, movimientos fetales presentes, actividad uterina esporádica. RIG no se evidencia sangrado.

RP: Monitoreo fetal electrónico reporta frecuencia cardiaca fetal 150LPM, actividad uterina negativa, reactivo, no se evidencia desaceleraciones.

IDG: Embarazo de 32,6 semanas más placenta previa más amenaza de parto pretérmino más transverso.

Plan: Pase a maternidad.

Tratamiento:

- ✓ S.S. al 0,9% 1000cc IV de mantenimiento
- ✓ Nifedipino 10mg VO C6H
- ✓ Reposo absoluto
- ✓ Restricción de tactos.

▪ **Maternidad – Evolución**

Fecha: 29/07/2013 – 22/08/2013

Paciente permanece asintomática, al examen físico vigil, consciente, orientada, afebril, hidratada, mucosas orales húmedas; abdomen útero gestante, feto único vivo, frecuencia cardiaca fetal 151LPM, movimientos fetales presentes, actividad uterina esporádica.

Tratamiento: Reposo absoluto, nifedipino 10mg VO C8H.

▪ **Valoración en Centro Obstétrico**

Fecha: 23/08/2013; Hora: 07:48 am

Paciente vigil, consciente con sangrado genital rojo rutilante en moderada cantidad, acompañado de dolor abdominal a nivel de hipogastrio, al momento.

Abdomen: abdomen útero gestante, altura de fondo uterino a término, feto único vivo, frecuencia cardiaca fetal 140LPM, movimientos fetales presentes, actividad uterina esporádica.

RIG: presencia de sangrado genital rojo rutilante en moderada cantidad. No se realiza tacto vaginal.

IDG: Embarazo de 37,5 semanas más placenta previa oclusiva total.

PLAN: Cesárea de emergencia.

▪ **Intervención quirúrgica**

Fecha: 23/08/2013; Hora: 09:30 am

- ✓ **Dg. Prequirúrgico:** Embarazo de 37.5 semanas más placenta previa acreta oclusiva total sangrante.
- ✓ **Dg. Postquirúrgico:** Idem
- ✓ **Cirugía:** Cesárea más histerectomía total abdominal sin oferectomía.
- ✓ **Hallazgos:**
 - Útero varicoso que involucra 1/3 inferior de útero segmento gestante, cuello y vagina.
 - Recién Nacido vivo, cefálico, femenino, APGAR 7-9.
 - Líquido amniótico claro con grumos.
 - Placenta previa oclusiva total percreta que invade músculo y peritoneo vesico uterino.
 - Sangrado aproximado 2000cc por lo que se decide transfundir durante el transquirúrgico tres Concentrados de Glóbulos Rojos O Positivo obteniendo buena respuesta.

- Anexos normales.
- ✓ **Procedimiento operatorio:**
 - Asepsia – antisepsia.
 - Colocación de campos quirúrgicos.
 - Diéresis descrita.
 - Colocación de compresas y exposición de campo quirúrgico.
 - Sección mediana corporal en útero.
 - Traspaso digital de placenta y extracción de feto vivo femenino.
 - Pinzamiento, sección y ligadura de pedículos uterinos superiores que compromete trompa uterina, ligamento útero ovárico, ligamento ancho derecho.
 - Igual en lado izquierdo.
 - Sección transversal de peritoneo vesico uterino, rechazo de vejiga hacia abajo.
 - Sección transversal de peritoneo visceral uterino posterior y rechazo hacia fondo de saco de Douglas.
 - Pinzamiento y sección, doble ligadura de arteria uterina izquierda y derecha.
 - Pinzamiento, sección y ligadura de ligamento medial izquierdo y derecho.
 - Sección transversal masa vaginal y extracción de útero.
 - Fijación de ángulo de la vagina, ligamentos cardinales derecho e izquierdo.
 - Peritonización de ligamentos anchos y cúpula vaginal.
 - Control de hemostasia.
 - Retiro y contaje de material blanco.
- ✓ **Síntesis:**
 - Por planos.
- ✓ **Complicaciones:**

Sangrado aproximado 2000cc por lo que se decide transfundir durante el transquirúrgico tres Concentrados de Glóbulos Rojos O Positivo obteniendo buena respuesta.

✓ **Histopatológico:**

Si

✓ **Team quirúrgico:**

- Dr. Byron Mena
- Dra. Elisa Raza
- Dr. Jordan Ney
- Anestesiólogo: Ángel Barrera

▪ **Evolución y alta**

Fecha: 23/08/2013 – 27/08/2013

Posterior a cirugía paciente con evolución favorable. Alta con referencia respectiva a centro de salud.

4. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

4.1.- Discusión del Caso Clínico:

La placenta acreta se define como una implantación placentaria anormal. Las vellosidades coriales se insertan directamente en el miometrio en ausencia de decidua basal. Su frecuencia es variable entre 1 en 540 y 1 en 93.00 partos. Sin embargo la verdadera incidencia es difícil de determinar.

Puede presentarse como placenta acreta, increta o pércreta, dependiendo de la implantación; además focal, parcial o total si están involucrados uno o todos los cotiledones.

Oportunidades en la atención

La paciente se atendió en la unidad primaria de salud el mismo que cuenta con médicos generales y obstetra.

Características de la atención

La atención se realizó con profesionales que cuenta la Unidad de Salud.

Estrategia de salud materna

- ✓ **Desarrollar** sistemas nacionales de salud más efectivos y eficientes.
- ✓ **Motivar** a las jóvenes a postergar el embarazo y alcanzar niveles más altos de educación.
- ✓ **Apoyar** el mayor uso de servicios de salud reproductiva, poniendo especial atención a los partos asistidos y la planificación familiar.
- ✓ **Vincular** el financiamiento a los resultados en los programas de salud materna.
- ✓ **Proteger** a las mujeres pobres de enfermedades así como de costos y tratamientos inasequibles.

Atención en el Servicio de Emergencia

Valoración inmediata de la paciente, con un interrogatorio rápido sobre antecedentes; encontrándose al examen físico paciente consciente, orientada, abdomen gestante, feto único vivo, vivo, doloroso al palpación a nivel de hipogastrio; RIG secreción amarillenta en poca cantidad.

Exámenes solicitados:

- ✓ Biometría Hemática
- ✓ Química sanguínea
- ✓ Uroanálisis
- ✓ Serología
- ✓ Citobacteriológico de secreción vaginal

Análisis

Estudio de acretismo placentario

- ✓ Anamnesis.
- ✓ Examen físico.
- ✓ Exámenes complementarios de laboratorio.

Hospitalización – Centro obstétrico

Fecha: 29/07/20143; Hora: 19:35 pm.

- ✓ IDG: Embarazo de 32,6 semanas más placenta previa más amenaza de parto pretérmino más transverso.
- ✓ Tratamiento:
 - S.S. al 0,9% 1000cc IV de mantenimiento
 - Nifedipino 10mg VO C6H
 - Reposo absoluto
 - Restricción de tactos.
- ✓ Plan: Pase a maternidad

Maternidad – Evolución

Fecha: 29/07/2013 – 22/08/2013

- ✓ IDG: Embarazo de 37,5 semanas más placenta previa más amenaza de parto pretérmino más transverso.
- ✓ Tratamiento: Reposo absoluto, nifedipino 10mg VO C8H.

Valoración en Centro Obstétrico

Fecha: 23/08/2013; Hora: 07:48 am

- ✓ IDG: Embarazo de 37,5 semanas más placenta previa oclusiva total.
- ✓ PLAN: Cesárea de emergencia.

Intervención quirúrgica

Fecha: 23/08/2013; Hora: 09:30 am.

- ✓ Hallazgos:
 - Útero varicoso que involucra 1/3 inferior de útero segmento gestante, cuello y vagina.
 - Recién Nacido vivo, cefálico, femenino, APGAR 7-9.
 - Líquido amniótico claro con grumos.
 - Placenta previa oclusiva total percreta que invade músculo y peritoneo vesico uterino.
 - Sangrado aproximado 2000cc por lo que se decide transfundir durante el transquirúrgico tres Concentrados de Glóbulos Rojos O Positivo obteniendo buena respuesta.

- Anexos normales.
- ✓ Complicaciones:
Sangrado aproximado 2000cc por lo que se decide transfundir durante el transquirúrgico tres Concentrados de Glóbulos Rojos O Positivo obteniendo buena respuesta.

Evolución y alta

Fecha: 23/08/2013 – 27/08/2013

Posterior a cirugía paciente con evolución favorable. Alta con referencia respectiva a centro de salud.

4.2.- Factores de Riesgo:

La placenta puede tener diferentes tipos de anomalías o producir alteraciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio. Pueden existir alteraciones en:

- ✓ El sitio de implantación.
- ✓ El grado de penetración.
- ✓ La forma de la placenta.
- ✓ Puede ocurrir un desprendimiento prematuro de la placenta o
- ✓ Por el contrario dificultades para su expulsión o alumbramiento.
- ✓ Dentro del factor de riesgo para desarrollar esta patología y en el caso de esta paciente es la placenta previa.

Factores de riesgo obstétricos

- ✓ Hemorragia obstétrica masiva, puede tener consecuencia alteraciones de la coagulación por pérdida, y por coagulación intravascular diseminada.
- ✓ Histerectomía obstétrica de urgencia y emergencia.
- ✓ Lesiones urológicas y/o intestinales.

Factores de riesgo ambientales

Paciente activa económicamente, la misma que es restringida por su hospitalización.

Factores en los sistemas de salud

✓ **Oportunidad en la solicitud de consulta**

Controles prenatales en centro de atención primaria de salud de su localidad dificultoso por lo que acudió a médico particular.

✓ **Acceso a la atención medica**

Paciente fue atendida en Unidad primaria de salud de Picahiu.

✓ **Oportunidades en la remisión**

La remisión de este tipo de pacientes debe ser oportuna y prioritaria, de tal manera que cuente con atención por especialidad inmediata, tanto Ginecología y Obstetricia, como de Neonatología, garantizando así un manejo integral y completo de dicha patología.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACION:

5.1.- Campo

- ✓ Médico – Hospital Provincial Docente Ambato

5.2.- Fuentes de recolección

- ✓ Información de la historia clínica del Hospital Provincial Docente Ambato.
✓ Artículos de revisión en base a Medicina basada en evidencia.

5.3.- Personas clave a contactar

- ✓ Conocedores del Tema (Doctores tratantes del área de Ginecología).

5.4.- Instrumentos

- ✓ Entrevista directa a conocedores del tema, computador, Internet, materiales de oficina.

5.5.- Identificación De Puntos Críticos

Ruta de usuario

- ✓ Falta de controles en unidad primaria de salud de la zona.
- ✓ Paciente atendida por médico particular con dg. de embarazo de 34 semanas, placenta previa oclusiva total, labor de parto más transverso.
- ✓ Ingreso por Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato con la sintomatología descrita anteriormente.
- ✓ Mayor gasto económico tanto para su familia como para la institución.

5.5.- Caracterización de las oportunidades de mejora

Oportunidades de mejora	Acciones de mejora	Fecha Cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
Falta de seguimiento en los controles prenatales	<p>Visitas domiciliarias.</p> <p>Educar a la paciente la importancia del cuidado y tratamiento.</p>	9 meses	Ministerio de Salud Publica	Equipo médico, enfermería y auxiliares del centro de salud, Autoridades TAPS.
Deserción al tratamiento por el paciente	Guiar al paciente a formar un hábito sobre la toma la medicación (vitaminas, minerales)	9 meses	Ministerio de Salud Publica	Paciente, Equipo médico, familiares.
No derivación oportuna al paciente	Identificar factores de riesgo. Oportuna referencia a especialidad.	9 meses	<p>Ministerio de Salud Publica</p> <p>Médico de atención primaria</p> <p>Médicos especialistas</p>	<p>Centro de salud</p> <p>Equipo médico, enfermería y auxiliares del centro de salud, Autoridades</p>
Falta de educación al momento de altas hospitalarias	Realizar una correcta contrareferencia al paciente atendido en hospital.	9 meses	<p>Director General del HPDA</p> <p>Médicos residente del HPDA</p>	Médicos, Internos y enfermeras de HPDA Paciente

CONCLUSIONES

- ✓ Acudir a controles prenatales subsecuentes en unidad de primaria de salud más cercano, para valoración, y/o referencian a unidad de segundo nivel de atención.

- ✓ Proponer la realización de servicios de exámenes de laboratorio centros de salud de segundo nivel, para un diagnóstico oportuno.

- ✓ Realizar una historia clínica completa y ginecológica, para evitar posibles complicaciones.

- ✓ Brindar atención especializada en ginecología para un diagnóstico y tratamiento adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. (INEC), I. N. (2008). *MUERTES RELACIONADAS A CAUSAS OBSTÉTRICAS*.
2. Dueñas G., O., Rico O., H., & Rodriguez B., M. (2007). ACTUALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL ACRETISMO PLACENTARIO. *CHILR OEVB SCTHEITL OGBINSETCEOTL* .
3. Hagenbeck Altamirano, F. J., Leis Márquez, T., Ayala Yáñez, R., Juárez García, L. d., & García Moreno, C. (2013). DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE ACRETISMO-PERCRETISMO PLACENTARIO. *GINECOL OBSTET MEX* .
4. Maita Quispe, F., Hochstatter Arduz, E., & Franco Rada, N. (2012). ACRETISMO PLACENTARIO Y SU DIAGNOSTICO ANTENATAL. *REVISTA MÉDICA*.
5. Maldonado M., V., & González Ruíz , D. (2012). UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DEL ACRETISMO PLACENTARIO POR ULTRASONIDO DOPPLER COLOR EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS PARAGUAY. *ANALES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS*.
6. Ortiz Villalobos, R. C., González Gómez VV, I. A., Luna Covarrubias, E. E., Bañuelos Franco , A., & Serrano Enríquez , R. F. (2014). MODIFICACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN ACRETISMO PLACENTARIO. *GINECOL OBSTET MEX*.
7. Ospino Bayona, J. P., & Torralvo Jimenez, D. D. (2014). ACRETISMO PLACENTARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN.
8. Perelló, M., Mula, R., & López, M. (2012). ANOMALÍAS PLACENTARIAS (PLACENTA PREVIA, PLACENTA ACCRETA Y VASA PREVIA) Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA DE TERCER TRIMESTRE. *CLNIC BARCELONA HOSPITAL UNIVERSITARI*.

9. Pérez Herrezuelo, I., Aguilar Romero, M. T., & Hurtado Moya, M. L. (2011). PLACENTA ACRETA: DIAGNOSTICO. *ACTUALIZACIÓN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA* .
10. RojasLosada, F., Kuzmar Daza, L., Ferreira Narváez, F., & Abdalla, M. (2010). DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO DE PLACENTA ACCRETA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. *REVISTA COLOMBIANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA*.
11. Sumano Ziga, E., Veloz Martínez, M. G., Vásquez Rodríguez, J. G., Bacerra Alcántara, G., & Jimenez Vieyra, C. R. (2015). HISTERECTOMÍA PROGRAMADA VS. HISTERECTOMÍA DE URGENCIA EN PACIENTES CON PLACENTA ACRETA, EN UNA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD. *ELSEVIER*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

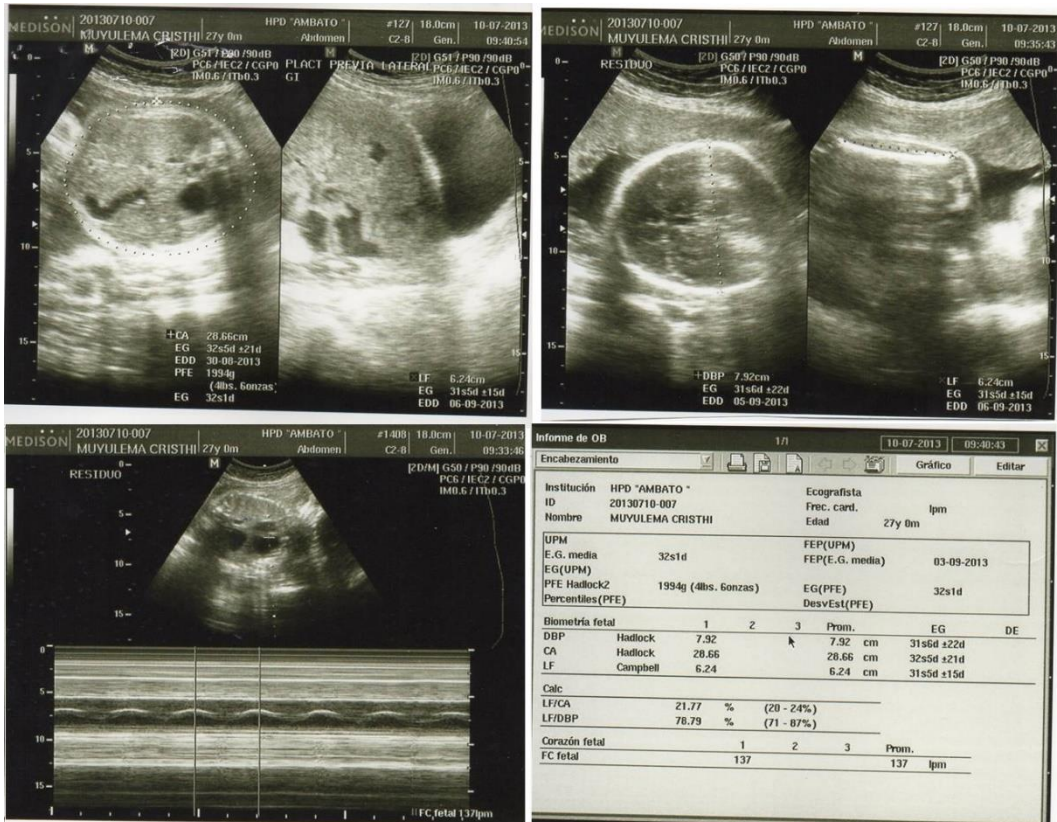
1. **SPRINGER:** Pérez-Méndez, Jorge L., Iniesta-Mejía, Antonio, Vázquez-López, Alejandro. Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza» y en el Hospital Ángeles México. Análisis comparativo. Medigraphic, pp. 10 - 15, 2008.
2. **SPRINGER:** Bautista-Gómez E, Morales-García V, Hernández-Cuevas J, Calvo Aguilar O, Flores-Romero AL, Santos-Pérez Ú. Una alternativa quirúrgica para acretismo placentario. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79 (05).
3. **SCIENCEDIRECT:** Díaz-Mohedo, E., Hita-Contreras, F., Luque-Suárez, A., Walker-Chao, C., Zarza-Luciáñez, D., & Salinas-Casado, J. Prevalencia y factores de riesgo de dolor pélvico. *Actas urologicas espanolas*, 2014; 38(5), 298-303.
4. **SPRINGER:** Ampos-Bolaños GA, Enríquez-García R, Guerrero-Avenidaño G. Ventajas de la embolización en pacientes con placenta acreta. *Anales de Radiología México* 2013; 12 (4).

5. **SPRINGER:** Medina LJM, Hernández EAI 1.- Placenta previa acreta: un problema singular. Comunicación de dos casos y revisión de la bibliografía Ginecol Obstet Mex 2006; 74 (11).

ANEXOS

Anexo 1: Eco obstétrico (10/07/2013)

- ✓ Embarazo único, cefálico
- ✓ Dorso izquierdo
- ✓ Frecuencia cardiaca 137 LPM
- ✓ Movimientos activos
- ✓ DBP 79 mm
- ✓ LF 62 mm
- ✓ CA 286 mm
- ✓ Peso 2994 grs
- ✓ Líquido amniótico adecuado
- ✓ Placenta previa marginal Grado I
- ✓ Embarazo de 32 semanas 1 día.
- ✓ FPP 3 de septiembre del 2013



Anexo 2: Eco obstétrico (15/07/2013)

Placenta lateral izquierda previa marginal Grado I.



Anexo 3: Cirugía obstétrica: visualización de vasos que invaden peritoneo parietal a nivel de segmento.



Anexo 4:



Anexo 5: Pinzamiento, sección y doble ligadura de pedículos uterinos superiores.



Anexo 6: Antero - posterior: útero, placenta pécreta completa.



Anexo 7: Lateral: útero y placenta pércreta.

