



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

**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:**

**“ÚTERO DE COUVELAIRE Y ÓBITO FETAL TRAS DESPRENDIMIENTO  
NORMOPLACENTARIO EN EMBARAZO DE 31.5 SEMANAS”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

**Autor:** Pérez Salazar, Carlos Andrés

**Tutora:** Dra. Esp. Castro Acosta, Norma del Carmen

**Ambato – Ecuador**

**Octubre, 2016**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

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

**“ÚTERO DE COUVELAIRE Y ÓBITO FETAL TRAS DESPRENDIMIENTO NORMOPLACENTARIO EN EMBARAZO DE 31.5 SEMANAS”** de Pérez Salazar Carlos Andrés estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre 2016.

LA TUTORA

.....  
Tutora: Dra. Esp. Castro Acosta, Norma del Carmen

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**ÚTERO DE COUVELAIRE Y ÓBITO FETAL TRAS DESPRENDIMIENTO NORMOPLACENTARIO EN EMBARAZO DE 31.5 SEMANAS**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Septiembre 2016

EL AUTOR

.....  
Pérez Salazar, Carlos Andrés

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de 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 Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de 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, Septiembre 2016

EL AUTOR

.....  
Pérez Salazar, Carlos Andrés

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“ÚTERO DE COUVELAIRE Y ÓBITO FETAL TRAS DESPRENDIMIENTO NORMOPLACENTARIO EN EMBARAZO DE 31.5 SEMANAS”** de Pérez Salazar Carlos Andrés estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre 2016

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1ER VOCAL

.....  
2DO VOCAL

## **DEDICATORIA**

A mis padres, Flor y Aníbal; porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí, a mi novia Gina.

A mi familia por ese apoyo incondicional.

Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida; a mis amigos y compañeros por esa colaboración y amistad sincera a lo largo de mi vida estudiantil.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional

Pérez Salazar, Carlos Andrés

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres por guiarme en este camino lleno de obstáculos y darme siempre la fortaleza para seguir adelante, de manera especial a mi madre quien día a día me fortalece con su apoyo incondicional.

A toda mi familia por llenar mi vida con sonrisas y darme siempre el aliento para continuar con este camino largo.

A los Docentes universitarios por contribuir de la mejor manera en nuestra formación no solo con conocimientos científicos sino también con lecciones de vida, por su paciencia y el tiempo dedicado a la virtud de enseñar, y de manera especial quiero agradecer a mi tutora por su supervisión y orientación prestada en el caso.

A todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para que este hermoso sueño se convirtiera en realidad.

A mis amigos y compañeros, con quienes supimos hacer un gran equipo de trabajo para sacar provecho de las largas noches de estudio y turno, gracias por todas las alegrías, tristezas, y apoyo.

Carlos Andrés Pérez Salazar

## ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
RESUMEN.....	xi
SUMMARY .....	xii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS .....	3
Objetivo General .....	3
Objetivos Específicos .....	3
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	4
HEMORRAGIAS DEL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO, DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA Y UTERO DE COUVELAIRE.....	4
DEFINICIÓN HEMORRAGIA OBSTETRICA: .....	7
ETIOLOGÍA .....	8
FISIOPATOLOGÍA .....	8
UTERO DE COUVELAIRE.....	9
CLASIFICACIÓN DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA: .....	10

CLÍNICA:.....	11
DIAGNÓSTICO:.....	11
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	12
VASA PREVIA: .....	12
PLACENTA PREVIA: .....	13
CLASIFICACIÓN DE LA PLACENTA PREVIA: .....	14
MANEJO:.....	16
TRATAMIENTO: .....	17
RECOMENDACIONES .....	17
3. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS.....	18
4. DESARROLLO .....	19
4.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL CASO:.....	19
ANAMNESIS:.....	19
ANTECEDENTES: .....	19
HÁBITOS:.....	20
MOTIVO DE CONSULTA:.....	20
ENFERMEDAD ACTUAL:.....	20
REVISIÓN ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS:.....	21
EXAMEN FÍSICO:.....	21
EXAMENES COMPLEMENTARIOS: .....	22
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO .....	33
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO .....	33
EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE: .....	33
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	41

4.2.1. Factores de riesgo biológicos .....	41
4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD: .....	43
4.3.1. Oportunidad en la solicitud de la consulta: .....	43
4.3.2. Acceso a la atención médica: .....	43
4.3.3. Características de la atención: .....	45
4.3.4. Oportunidades en la remisión:.....	45
4.3.5. Trámites administrativos: .....	46
4.4. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS.....	49
4.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA .....	50
5. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROACTIVA.....	52
CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES .....	53
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
7. ANEXOS .....	59
TABLA 1:.....	59
ESQUEMA 1:.....	60
GRÁFICO 1 .....	61
GRÁFICO 2 .....	62
GRÁFICO 3 .....	63
GRÁFICO 4 .....	64

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

**“UTERO DE COUVELAIRE Y OBITO FETAL TRAS DESPRENDIMIENTO  
NORMOPLACENTARIO EN EMBARAZO DE 31,5 SEMANAS”**

**Autor:** Pérez Salazar, Carlos Andrés

**Tutor:** Dra. Esp. Castro Acosta, Norma del Carmen

**Fecha:** Septiembre del 2016

**RESUMEN**

Paciente femenino de 31 años de edad, que cursa su segunda gesta, actualmente con embarazo de 31,5 semanas, sin antecedentes patológicos ni familiares de importancia, quien presenta hace aproximadamente 6 horas dolor abdominal, tipo cólico, localizado en hipogastrio e irradiado a región lumbar, de gran intensidad +++/+++ (intensidad con la mano de 0 a tres cruces), cuadro se acompaña de sangrado vaginal rojo rutilante en poca cantidad, razón por la cual acude a centro de salud de Quero donde valoran y refieren al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA), por lo que es ingresada al servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Embarazo de 31,5 semanas + Desprendimiento normo placentario + óbito fetal, por lo que se realiza cesárea de emergencia, encontrándose un útero de Couvelaire mas Óbito fetal procedimiento que se continua con Histerectomía, se solicita interconsulta al servicio de Terapia Intensiva quienes valoran e ingresan en dicha área, con diagnóstico de Shock Hipovolémico, Histerectomía, desprendimiento normo placentario y falla renal.

**PALABRAS CLAVES:** UTERO\_COUVELAIRE, OBITO\_FETAL, HEMATOMA UTERINO, HISTERECTOMIA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
MEDICINE CAREER

**“COUVELAIRE UTERUS AND FETAL DEATH AFTER A PLACENTAL  
ABRUPTION IN A PREGNANCY OF 31,5 WEEKS”.**

**Author:** Pérez Salazar, Carlos Andrés

**Tutor:** Dra. Esp. Castro Acosta, Norma del Carmen

**Date:** September 2016

**SUMMARY**

Female patient of 31 years old, who is in her second pregnancy, currently 31.5 weeks of pregnancy with no medical or family history of importance, who has about 6 hours ago abdominal pain, cramping, located in the lower abdomen and irradiated region lumbar, high intensity +++ / +++ (hand intensity from 0 to three crosses), its accompanied by vaginal bleeding, glittering red in small quantities, why go to health center where evaluating Quero and refer to emergency service HPDA so it is entered the service of Gynecology and Obstetrics. With a Pregnancy diagnosed of 31.5 weeks + placental abruption + fetal death, so that emergency caesarean section was performed, finding a womb Couvelaire more stillbirth procedure continues with Hysterectomy, the service is requested interconsultation Intensive Care who value and enter that area, diagnosed with hypovolemic shock, Hysterectomy, placental abruption, renal failure.

**KEYWORDS:** COUVELAIRE\_UTERUS, FETAL\_DEATH, HEMATOMA  
UTERINE, HYSTERECTOMIES.

## 1. INTRODUCCIÓN

El desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta (DPPNI) se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal. Se desencadena a consecuencia de una hemorragia en la interface decidua-placenta y su definición queda limitada para gestaciones mayores de 20 semanas.

Es la segunda causa en orden de frecuencia de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, siendo esta una complicación que afecta del 2-5 % de las embarazadas. Constituye así mismo una de las complicaciones más riesgosas del embarazo y el parto, a pesar de todos los progresos aplicados a la vigilancia del embarazo de alto riesgo. Es así que esta patología continúa apareciendo en nuestro país como una de las tres primeras causas de mortalidad materna, que en las formas clínicas graves de la enfermedad alcanza un 20 % a causa del shock motivado por la hemorragia y la hipofibrinogenemia, asociada a muerte fetal en un 100% de los casos y en un 30-35 % se asocia a la muerte perinatal que se halla en estrecha relación a cuadros de hipoxia y prematuridad.

Presenta una incidencia que oscila entre 0,5 - 1 % que corresponde en su mayoría a los desprendimientos parciales, mientras que la proporción de los desprendimientos totales es del 0,5 %. **(1)**

Es una patología que tiene tendencia a recurrir en embarazos posteriores con un riesgo de 5,6 a 17 % con un antecedente de abrupcio placentae anterior y de aproximadamente un 25 % con antecedente de dos episodios previos.

El útero de Couvelaire es un cuadro clínico excepcional que consiste en un estado de infiltración hemática del miometrio uterino debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal por vía cervical. En todos los casos descritos existe el antecedente de desprendimiento

placentario durante el trabajo de parto o traumatismos y fármacos que condicionan el colapso de la circulación útero placentaria. **(2)**

El útero de Couvelaire es una de las complicaciones más severas del desprendimiento prematuro de placenta, que puede presentarse en gran parte de los casos por causas desconocidas, sin embargo, algunas condiciones pueden aumentar el riesgo de una mujer a tener desplazamiento prematuro de placenta:

- Antecedentes de desprendimiento de placenta en partos anteriores.
- Tener más de 40 años en el momento del embarazo.
- Hipertensión Arterial.
- Diabetes Mellitus
- Cardiopatías.
- Traumatismos
- Mal nutrición por defecto
- Alcohol, el tabaco o la cocaína.

El desprendimiento prematuro de placenta origina una hemorragia que variará dependiendo de qué tan importante es el desprendimiento. Esta hemorragia puede comportarse de formas diferentes, causando distintas complicaciones:

- Ocasionar una hemorragia invisible que esté limitada únicamente a los márgenes de la placenta.
- Producir el desprendimiento de membranas que salen a través de la vagina, lo que produce una hemorragia visible.
- Que la hemorragia llegue hasta la cavidad amniótica.
- Que se infiltre a las fibras musculares del útero, lo que daría lugar al útero de Couvelaire. **(3)**

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Analizar el cumplimiento de la conducta seguida en el primer nivel de atención ante la presencia de hemorragia en el embarazo, de acuerdo a normativas y basándose en protocolos establecidos previamente.

### **Objetivos Específicos**

- Realizar una revisión teórica actualizada del útero de Couvelaire en el presente caso estudiado.
- Efectuar un análisis detallado del manejo clínico brindado a la paciente en Atención primaria de salud.
- Determinar y valorar las diversas conductas y protocolos realizados y aplicados en el servicio de Ginecología y Obstetricia.
- Investigar y analizar diversos puntos críticos, así como realizar propuestas de mejora relacionadas con el manejo del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### **HEMORRAGIAS DEL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO, DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA Y UTERO DE COUVELAIRE.**

AUTOR: Carlos Andrés Pérez Salazar

#### **Resumen:**

El embarazo a edades más avanzadas y el aumento en la frecuencia de nacimientos por cesárea pueden incrementar la incidencia de patologías asociadas con hemorragia obstétrica.

El sangrado producido en la segunda mitad del embarazo es causante de importante morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna. El sangrado está asociado a: parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta(DPPNI), placenta previa, coagulación intravascular diseminada(CID). En el manejo se requiere con frecuencia transfusiones de sangre y hemoderivados, así como realizar procedimientos quirúrgicos, incluyendo la histerectomía de emergencia. Se hace una revisión de las causas de hemorragias de la segunda mitad del embarazo, haciendo énfasis en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las patologías causantes.

La hemorragia que se presenta en la segunda mitad del embarazo se asocia con mayor morbilidad/mortalidad de la madre y el feto, a pesar de los avances en la tecnología y el conocimiento médico para la atención a la salud de la mujer que se han alcanzado en nuestra época. El embarazo a edades más avanzadas y el aumento en la frecuencia de nacimientos por cesárea pueden incrementar la incidencia de patologías relacionadas con la hemorragia obstétrica. En los últimos años se han realizado diferentes estudios para mejorar la detección, el diagnóstico y el tratamiento

oportunos de mujeres con riesgo o presencia de hemorragia obstétrica, a fin de disminuir las complicaciones (Útero de Couvelaire), que este tipo de patologías implica, así como trata de buscar disminuir la mortalidad materna y perinatal.

**PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO, DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA, UTERO DE COUVELAIRE**

## **REVIEW**

### **BLOODING IN THE SECOND QUARTER OF PREGNANCY ABRUPTIO PLACENTAE, COUVELAIRE UTERUS.**

**AUTHOR:** Carlos Andrés Pérez Salazar

#### **SUMMARY:**

Pregnancy at older ages and the increased frequency of caesarean births may increase the incidence of diseases associated with obstetric hemorrhage.

Bleeding occurred in the second half of pregnancy is the cause of significant morbidity and even perinatal and maternal mortality; in the INMP committed between 9 to 15% of all pregnant women. It is recalled that is associated with preterm delivery, placental abruption, disseminated intravascular coagulation. Its handling often required blood transfusions and blood products, and perform surgical procedures, including emergency hysterectomy. A review of the causes of bleeding in the second half of pregnancy, with emphasis on early diagnosis and treatment of diseases causing done.

The bleeding that occurs in the second half of pregnancy is associated with increased morbidity / mortality of mother and fetus, despite advances in technology and medical knowledge for health care of women who have reached in our time. Pregnancy at older ages and the increased frequency of caesarean births may increase

the incidence of diseases related to obstetric hemorrhage. In recent years there have been various studies to improve the detection, diagnosis and early treatment of women at risk or presence of obstetric hemorrhage, in order to reduce complications (Couvelaire Uterus) that this type of pathology involved, so as he tries to seek to reduce maternal and perinatal mortality.

**KEYWORDS: OBSTETRIC HEMORRHAGE, BLOODING OF THE SECOND HALF OF PREGNANCY, ABRUPTIO PLACENTAE, COUVELAIRE UTERUS**

## **DEFINICIÓN HEMORRAGIA OBSTÉTRICA:**

Se define la hemorragia obstétrica grave como la pérdida sanguínea de origen obstétrico, con alguno de los siguientes criterios: 1.- Pérdida de 25 % de la volemia, 2.- caída del hematocrito mayor de 10 puntos, 3.- Cambios hemodinámicos, 4.- Pérdida superior a los 150 mL/minuto.

La hemorragia que se presenta en la segunda mitad del embarazo se asocia con mayor morbilidad/mortalidad de la madre y el feto, a pesar de los avances en la tecnología y el conocimiento médico para la atención a la salud de la mujer que se han alcanzado en nuestra época. El embarazo a edades más avanzadas y el aumento en la frecuencia de nacimientos por cesárea pueden incrementar la incidencia de patologías relacionadas con la hemorragia obstétrica. **(5)**

La hemorragia posparto se refiere a la pérdida sanguínea mayor de 500 mL posterior a un parto vaginal o la pérdida superior a 1000 mL posterior a una cesárea. También se ha definido como la disminución de 10 % del nivel de hematocrito.<sup>2</sup> Se considera como primaria si ocurre dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento y se reporta como causa principal la atonía uterina (80 % de los casos). **(8)**

### **Prevención primaria**

Detección de los factores de riesgo La evidencia muestra que los factores considerados de riesgo para placenta previa y acretismo placentario son edad materna superior a los 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas (legrados, procedimientos de aspiración manual uterina, cesáreas, miomectomías) y tabaquismo. Es indispensable identificar a las pacientes con uno o más de estos factores y realizar ultrasonografía para corroborar sitio de implantación placentaria después de las 28 semanas de gestación.

Enviar a las pacientes con riesgo alto de hemorragia obstétrica (dos o más cesáreas previas, cesárea corporal previa, miomectomía, dos o más legrados) a segundo o

tercer nivel de atención, aproximadamente a la semana 28 de gestación o antes en caso de sangrado uterino transvaginal. (8)

### **Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)**

Se define como la separación ya sea total o parcial de la placenta normalmente insertada, previo al nacimiento. El diagnóstico es hecho casi siempre en el tercer trimestre, pero el término puede ser usado desde el segundo trimestre siempre y cuando se cumplan los criterios. (6)

### **ETIOLOGÍA**

Una lesión subyacente en la decidua y vasos uterinos parece explicar mejor la diversidad de factores asociados que han sido descritos.

- Trauma: La mayoría de los casos evoluciona en las 24 horas siguientes.
- Anomalías uterinas y del cordón umbilical: Acortamiento extremo del cordón, descompresión súbita del útero.
- Hipertensión: El abruptio severo es el que se asocia más con hipertensión
- Tabaquismo: Asociado con necrosis decidual.
- Edad y paridad materna: Incidencia en primigestantes <1% y aumenta al 2.5% en multigestantes.
- Abuso de cocaína: Asociado con la vasoconstricción que induce.
- Miomatosis uterina.

Tener en cuenta la edad materna: mayor de 35 años, multiparidad, tabaquismo, uso de cocaína, sobre distensión uterina, enfermedad hipertensiva del embarazo, colagenopatías, ruptura prematura de membranas, antecedentes de desprendimiento de placenta en embarazo anterior o traumatismo abdominal y trombofilia. (4)

### **FISIOPATOLOGÍA**

Dentro de la fisiopatología del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta tenemos que este se inicia por sangrado dentro de la decidua basal. En la mayoría de los casos, la fuente del sangrado son pequeños vasos arteriales en la capa basal de la

decidua que son patológicamente alterados y propensos a romperse. En algunos casos, el sangrado puede iniciarse en los vasos feto placentarios. (9)

La hemorragia resultante separa la decidua dejando una capa delgada adherida a la placenta.

Como el hematoma decidual crece, hay más separación, y la compresión por el hematoma en expansión, lleva a la obliteración del espacio intervilloso subyacente.

Finalmente hay destrucción del tejido placentario en el área involucrada. Esta área algunas veces puede ser identificada en la inspección de la placenta por un coágulo organizado en la superficie materna.

Desde el punto de vista fetal, esto representa pérdida del área de superficie para el intercambio de gases respiratorios y nutrientes.

En algunos casos, el proceso puede ser autolimitado y no tener más consecuencias; sin embargo, frecuentemente el sangrado continúa y la sangre bajo presión buscará la vía de menos resistencia. Si el punto inicial de separación está en el centro de la placenta, puede haber disección continua y separación en la decidua tanto como extravasación dentro del miometrio y a través de la superficie peritoneal. Esto resulta en el llamado “útero de Couvelaire”. Una vez la sangre alcanza el borde de la placenta, puede continuar disecando entre la decidua y las membranas fetales y gana acceso a la vagina a través del cérvix.

Esta sangre puede pasar a través de las membranas dentro del saco amniótico causando la coloración en vino oporto que es casi patognomónico del abruptio placentae. (11)

## ÚTERO DE COUVELAIRE

El útero de Couvelaire es un padecimiento que suele asociarse con desprendimiento prematuro de placenta normoinsera o Abruptio placentae. Existen varias teorías que tratan de explicar el origen de este padecimiento: hipertonía en la pared uterina que comprime los vasos sanguíneos venosos, con posterior formación de un hematoma

que separa la placenta de la pared uterina (dependiendo del tamaño del hematoma o de los coágulos que se formen), lo que a su vez condiciona otra hemorragia que ejerce presión en la pared muscular del útero (dándole ese aspecto de fibras separadas en la microscopia). (7)

El útero de Couvelaire es una de las complicaciones del desprendimiento placentario prematuro en su forma más grave. Dependiendo del grado de separación entre la superficie placentaria y la pared uterina (clasificación de Page), las manifestaciones clínicas evolucionarán según la gravedad; se iniciarán con el hallazgo de separación meramente incidental en un parto sin complicaciones (grado 0), dolor abdominal leve, hemorragia en menor cantidad, coágulos, pero con feto íntegro (grado I). El grado III corresponde a una separación de entre 30 y 50% de la pared placentaria y pared uterina, dolor abdominal, coágulos, hemorragia mixta (Interna y externa) y afectación al feto con mortalidad de 20-30%. En el grado III se repite este cuadro clínico, pero su diferencia estriba en que es de comienzo abrupto, con afectación materno-fetal importante, por la añadidura de anemia y probable choque. En todos los casos el feto está muerto. En la macroscopia, el útero adopta un aspecto moteado. Este padecimiento es poco frecuente y se relaciona con factores ambientales (alcoholismo, tabaquismo, síndrome hipertensión). Histológicamente hay áreas de hemorragia que separan las fibras musculares de la pared uterina. En ocasiones, estas fibras se encuentran sumamente afectadas en su vitalidad y capacidad funcional. (7)

**CLASIFICACIÓN DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA:**

<b>GRADO 0</b>	<b>El diagnóstico se realiza postparto, al encontrar un pequeño hematoma retroplacentario durante el examen de la placenta.</b>
<b>GRADO 1</b>	Dolor y hemorragia leves, el feto está vivo.
<b>GRADO 2</b>	Dolor y hemorragia más intensos, puede haber sufrimiento fetal y signos iniciales de choque.

<b>GRADO 3</b>	Hipertonía severa, choque, feto muerto, Coagulación Intravascular Diseminada (CID).
----------------	---

### **CLÍNICA:**

- Sangrado genital, sangre oscura
  - Dolor abdominal de aparición brusca
  - Hipertonía uterina por irritación de las fibras musculares que produce tetania brusca
- (6).**

### **DIAGNÓSTICO:**

Los signos y síntomas pueden variar en forma considerable. La cantidad de sangre que sale a través del cérvix, es casi siempre sólo una pequeña porción de la pérdida total y nunca es indicador de la severidad de la condición.

Los síntomas y signos clásicos del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta son: sangrado vaginal, dolor abdominal, contracciones uterinas. No todas están siempre presentes y la ausencia de uno o más de ellos no excluye el diagnóstico. **(14)**

El dolor abdominal es menos constante que el sangrado y su presencia posiblemente indica extravasación de sangre dentro del miometrio o contracciones dolorosas inducidas por el DPPNI.

Las contracciones uterinas están presentes en la mayoría de los casos, pero pueden ser difíciles de detectar clínicamente. Característicamente son de alta frecuencia y baja amplitud.

En casos severos, el útero puede estar tan rígido que no pueden palparse las partes fetales.

La ecografía, aunque es útil para excluir la placenta previa, no es suficientemente sensible para diagnosticar o excluir el abrupcio.

Aunque el Ca 125 aparece aumentado en el abrupcio, no tiene utilidad clínica aparente. Se cree que este antígeno se origina en la decidua.

No hay prueba de laboratorio ni métodos diagnósticos que detecten en forma exacta grados menores de separación de la placenta. **(6)**

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Dentro de las hemorragias obstétricas, presentadas, nosotros con buen criterio médico y clínico, debemos realizar el respectivo diagnóstico diferencial con las siguientes patologías:

### **VASA PREVIA:**

La vasa previa se define como la presencia de vasos sanguíneos fetales o placentarios que discurren por las membranas ovulares en una porción baja del segmento uterino, cubriendo el orificio cervical interno y anterior a la presentación fetal **(16)**. Estos vasos han sido considerados como anormales porque se ubican en las membranas amnióticas sin tener gelatina de Wharton o tejido placentario, y apenas con un pliegue de amnios, lo que los hace propensos a la ruptura en caso de amniotomía o ruptura espontánea **(17)**.

Se clasifican en

- Tipo I llamado también inserción velamentosa del cordón, cuando el cordón umbilical se inserta en las membranas ovulares en lugar de hacerlo en la placenta, y
- Tipo II cuando los vasos sanguíneos cruzan entre la placenta y un lóbulo placentario accesorio **(18)**.

La prevalencia informada varía entre 1,5-4:10.000 nacidos vivos **(18)**. Lobstein reportó el primer caso de la rotura de vasa previa en 1801 **(18)**, y la primera descripción de ultrasonido en vasa previa se remonta a 1987. **(20)** Antes del ultrasonido el diagnóstico de vasa previa se hacía tardíamente, y se expresaba con la tríada: ruptura de membranas, sangrado vaginal indoloro y sufrimiento fetal. Es difícil realizar el diagnóstico clínico anteparto a menos que se presente con una hemorragia del segundo o tercer trimestre, o más frecuente cuando se da la ruptura espontánea o

artificial de membranas (17). Se presenta como un sangrado vaginal inmediato a la ruptura de membranas, asociado a cambios cardiovasculares agudos en el feto por anemia, y se manifiesta con ritmo sinusoidal en el monitoreo fetal, bradicardia sostenida o la muerte por exanguinación. La mortalidad fetal informada para los casos no reconocidos antes del parto varía entre el 22,5 y 100%. Se ha descrito la utilidad de diferentes tecnologías para el diagnóstico, de las cuales hay reportes de la amnioscopia. (20). Otros autores se han inclinado por pruebas de laboratorio clínico en aquellos casos en los cuales se presenta sangrado vaginal materno e indican la electroforesis de proteínas para identificar hemoglobina fetal o detectar glóbulos rojos nucleados que son más frecuentes de encontrar en la sangre fetal que en la materna (Test Ogita); sin embargo, esta prueba no tiene ninguna utilidad en situación de emergencia por sangrado materno que comprometa la vida, y presenta muchos falsos positivos y negativos. En la actualidad, la ecografía con doppler color ofrece ventajas por ser no invasiva y de bajo costo, no obstante, es poco lo que se conoce sobre su exactitud. (19;20).

#### **PLACENTA PREVIA:**

La placenta previa se define como una placenta que recubre el orificio endocervical. En el pasado, las placentas previas se clasificaban como 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."(21). 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.(21). La relación precisa entre la placenta y el orificio y la distancia que recubre o que se aleja del orificio (por ejemplo, 3.2 cm sobre el orificio o a 1.3 cm de distancia del orificio) se debe reportar para placentas de inserción baja. La incidencia se estima que es de 1 en cada 200 embarazos a término y varía en todo el mundo.(22,23) 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(25). 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. (25). 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. Otros factores de riesgo para la placenta previa incluyen aumento de la paridad materna, incremento de la edad materna, tabaquismo, uso de cocaína, gestaciones múltiples y placenta previa anterior. (24).

### **CLASIFICACIÓN DE LA PLACENTA PREVIA:**

Placenta Previa Oclusiva:

- La placenta cubre completamente el orificio cervical interno (OCI).

Placenta Previa no Oclusiva:

- Placenta marginal: la placenta es adyacente al margen del OCI, pero sin sobrepasarlo
- Placenta de inserción baja: borde placentario a menos de 2 cm del OCI. (26)

### **DIAGNÓSTICO**

Debe determinarse la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2º y 3º trimestre. Si existe sospecha de placenta previa, en placentas bilobuladas y en gestaciones gemelares realizar una ecografía transvaginal (TV) para confirmar o no el diagnóstico. La evaluación de una Placenta Previa en la ecografía TV incluye:

Visualizar correctamente todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral (corte transversal) rechazando, si es necesario, la presentación fetal.

Aplicar Doppler color para descartar hematoma marginal o vasa previa.

Localizar la inserción cordón.

En caso de vejiga parcialmente llena: confirmar el diagnóstico de Placenta Previa tras la micción.

Valorar signos de acretismo especialmente en Placenta Previa con antecedente de cesárea previa. **(26)**

### **MANEJO DE LA PLACENTA PREVIA:**

Manejo expectante La alta tasa de mortalidad perinatal en placenta previa relacionada con parto pretérmino, puede disminuirse mediante el manejo conservador expectante y el nacimiento tan cercano al término como sea posible. El manejo expectante se resume en: (TABLA 1).

En mujeres que presentan sangrados, se deberá ser cuidadoso con la exploración vaginal. El objetivo es prolongar la gestación en especial con embarazos menores de 32 semanas mientras el sangrado sea moderado y sin inestabilidad hemodinámica. No hay evidencia que sustente el cerclaje dentro de las estrategias de manejo de placenta previa. La cesárea deberá ser electiva y realizarse una vez alcanzado el término (de ser posible) ya que la cesárea de emergencia incrementa el riesgo de sangrado en 50%. Cuando la placenta es anterior existe mayor riesgo de sangrado durante la cesárea por incisión a través de la placenta, con mayor dificultad técnica para la extracción fetal. En gestantes con placenta marginal si la distancia desde el OCI a la placenta es mayor de 2 cm en la última evaluación ecográfica realizada entre la semana 35 y 36 de embarazo, se puede llevar al parto vaginal de manera segura. Las pacientes con sangrado masivo o actividad uterina deben hospitalizarse con la colocación de 2 accesos venosos número 16-18 y la toma oportuna de hemograma, hemoclasificación y reserva de productos sanguíneos.

El cuidado hospitalario depende de la edad gestacional y la gravedad de los síntomas. Este manejo incluye:

- Monitoría hemodinámica no invasiva continua.
- Administración de oxígeno suplementario.
- Valoración inmediata del bienestar fetal.
- Administración de líquidos endovenosos (cristaloides). Según estado hemodinámico de la paciente o signos de choque hipovolémico es necesario instaurar reanimación agresiva de cristaloides (bolo 1500 a 2000 cc, posterior infusión de 200 – 300 cc/h) para garantizar la perfusión tisular. (27)
- Establecer si reúne condiciones clínicas para manejo expectante en placenta previa sin sangrado masivo.
- Cesárea inmediata si hay signos de inestabilidad materna y/o fetal, teniendo en cuenta el inicio de reanimación hemodinámica agresiva y disponibilidad absoluta de hemoderivados.
- Tratamiento de coagulopatía de consumo, siendo el diagnóstico precoz de gran ayuda en la reposición anticipada de hemoderivados. (27)

## **ESQUEMA DE MANEJO POR NIVELES PARA HEMORRAGIA ANTEPARTO: (27)**

### **(ESQUEMA 1)**

#### **MANEJO:**

Con feto vivo, debe realizarse cesárea urgente, ya que la muerte del feto suele ser súbita. El parto vaginal solo se intentará en gestantes multíparas con buenas condiciones cervicales y sin signos de sufrimiento fetal. Con feto muerto: se intentará la vía vaginal mediante amniotomía y oxitócicos, recurriéndose a la cesárea si el parto no evoluciona o el estado general de la paciente empeora. Si optamos por tratamiento

conservador, tanto en los casos de Placenta Previa como en los de Desprendimiento de Placenta leve y estable, las medidas a tomar serán las siguientes:

1. Reposo en cama.
2. Dieta absoluta, control de diuresis y perfusión endovenosa.
3. Valoración de la pérdida hemática cada 48 horas. Transfundir en caso necesario.
4. Corticoides para la maduración pulmonar.
5. Control del bienestar fetal cada 24 horas o más frecuente si la metrorragia es importante.
6. Valoración ecográfica de la placenta y del crecimiento fetal.
7. Tratamiento tocolítico si se asocia amenaza de parto prematuro.
8. Profilaxis antibiótica si es preciso. (4)

### **TRATAMIENTO:**

Cualquier paciente con sospecha de DPPNI, debe ser hospitalizado inmediatamente e iniciarse líquidos endovenosos, sonda vesical para el control de diuresis, monitoreo fetal, exámenes paraclínicos.

Una vez hecho el diagnóstico, se realizará un plan para definir el parto. El método y tiempo del parto depende las condiciones materno fetales, de la edad gestacional, y del estado del cérvix.

Si el feto está vivo y de término o cerca del término, se terminará el embarazo.

Si el feto es inmaduro y el abrupcio es leve, se hará manejo expectante, pero si es severo, se terminará el embarazo independiente de la edad gestacional.

En caso de feto vivo con sufrimiento fetal la vía del parto, es la cesárea.

Se dará parto vaginal cuando madre e hijo se encuentran en buenas condiciones, el cuello se favorable para un parto rápido, o haya muerte fetal. En este caso se hará primero amniotomía que permite la salida del líquido amniótico reduciendo el paso de sangre al miometrio y evitando la entrada de tromboplastina a la circulación. (14)

### **RECOMENDACIONES**

- Identificar y corregir, en lo posible, los factores de riesgo que predisponen al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

- Referir a segundo o tercer nivel de atención a pacientes con enfermedad hipertensiva y colagenopatías (desde el momento de su detección) para su control. (7)

### **3. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS**

- Historia clínica única del paciente de la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del presente caso clínico, desde su atención en el servicio de Emergencia, condición clínica de ingreso al Hospital Provincial Docente Ambato y evolución subsecuente del paciente, así como tratamiento administrado y manejo al cual fue sometida la paciente.
- Estudios y diversas pruebas de laboratorio, imagen solicitados a la paciente.
- Entrevista con la paciente y familiar de la misma en vista de no contar con información completa.
- Guías de práctica clínica revisados.
- Artículos de revisión, los cuales ofrecen la mejor evidencia disponible en torno al tema, tanto para el diagnóstico y tratamiento, a través de los cuales se obtuvieron definiciones, protocolos estandarizados, y medidas terapéuticas.
- Revisiones Bibliográficas, SPRINGER, y Base de Datos de la Universidad Técnica de Ambato, para la actualización teórica de la patología presentada por la paciente.

## **4. DESARROLLO**

### **4.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL CASO:**

#### **ANAMNESIS:**

Paciente femenina de 31 años de edad, nacida y residente en el cantón Quero de la provincia de Tungurahua, mestiza, con escolaridad básica, de ocupación en quehaceres domésticos, casada, diestra, católica y cuyo grupo sanguíneo desconoce,

#### **ANTECEDENTES:**

- Antecedentes patológicos personales:

Ninguno de importancia clínica

- Antecedentes Patológicos Familiares:

Niega antecedente alguno.

- Antecedentes Quirúrgicos:

Cesárea hace aproximadamente 3 años por desproporción céfalo pélvica.

- Alergias:

No sabe

- Antecedentes Gineco – Obstétricos:

Gestas: 2, Partos: 0, Cesáreas: 1, Abortos: 0, Hijos vivos: 0, Hijos muertos: 1.

Menarquia: 12 años de edad, Ciclos menstruales regulares por 3 días, pubarquia: 12 años, telarquia: 12 años de edad, Inicio de vida sexual activa: 19 años de edad, parejas sexuales: 1 a lo largo de su vida, no ha sido diagnosticada de enfermedades de transmisión sexual, PAPTEST: no se ha realizado.

Gesta anterior: parto distócico a las 37, 1 semanas de gestación por DCP materno, hace aproximadamente 3 años.

Gesta actual: Fecha de última menstruación: 20 de octubre de 2015, Edad Gestacional de 31,5 semanas, a lo largo de este embarazo se ha realizado 7 controles prenatales, y se ha hecho 2 ECOS Obstétricos, dentro de parámetros

normales, si ha consumido Hierro más ácido fólico y ha recibido 2 dosis de a vacuna antitetánica en meses que no especifica.

- Antecedentes Socio económicos:

Paciente habita en casa de un piso de cemento, junto a su esposo, cuenta con todos los servicios básicos, presenta animales intradomiciliarios (perro y gatos), paciente se ocupa en quehaceres domésticos, no cuenta con empleo remunerado, sostén de hogar esposo quien labora como comerciante sueldo aproximado de 370 dólares americanos mensuales.

### **HÁBITOS:**

- Alimentarios: 3 a 5 veces al día.
- Miccional: 2 veces al día.
- Defecatorio: 1 vez al día.
- Fármacos: No refiere consumir alguno.
- Alcohol y Tabaco: No refiere consumirlos.
- Drogas: Niega consumir algún tipo de estupefaciente.
- Somnía: 8 horas al día.

### **MOTIVO DE CONSULTA:**

- Sangrado Genital
- Dolor abdominal
- Referencia de Centro de Salud de Quero

### **ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente acude a esta casa de salud tras ser valorada y referida del centro de salud de Quero, presenta dolor abdominal de moderada intensidad, tipo contracción, alojado en hipogastrio desde hace aproximadamente 6 horas de evolución, sin causa aparente, dicho cuadro se acompaña de sangrado genital en poca cantidad. Al recibir la paciente quien es traída por personal del ECU 911 en el servicio de Emergencia se recibe paciente con TA:100/60, Frecuencia Cardíaca:74 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria:24 respiraciones por minuto, Frecuencia Cardiaca Fetal: NO

AUDIBLE, por lo que es ingresada al servicio de Ginecología y Obstetricia en esta casa de salud, para su valoración y posterior manejo.

**REVISIÓN ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS:**

1. Sangrado genital evidente y profuso.
- 2.- Útero hipertónico
- 3.- Frecuencia cardiaca fetal no audible.

**EXAMEN FÍSICO:**

**SIGNOS VITALES:**

Tensión Arterial: 100/60mmhg; Frecuencia Cardiaca: 74 latidos por minuto; Frecuencia Respiratoria: 24 respiraciones por minuto; Saturación Parcial de Oxígeno: 91%; Temperatura: 36.8 grados centígrados.

**APARIENCIA GENERAL:**

Paciente despierta, álgica, orientada en tiempo espacio y persona, hidratada, afebril, fascies pálida, pícnica.

**EXAMEN FÍSICO REGIONAL:**

Cabeza: Mucosas orales: húmedas; orofaringe: Ligero tinte eritematoso.

Tórax: Cardíaco: R1 y R2 rítmicos, no se auscultan soplos. Pulmonar: Campos pulmonares ventilados, no se auscultan ruidos sobreañadidos, Murmullo Vesicular: normal.

Abdomen: Útero gestante, altura uterina (AU) acorde a edad gestante, útero tónico, feto en situación longitudinal, cefálico, móvil, frecuencia cardiaca fetal no audible, movimientos fetales negativos. Actividad uterina esporádica (2 contracciones en 10 minutos de aproximadamente 25 seg. de duración).

Región Inguino Genital: Se evidencia sangrado genital +/+++, Tacto vaginal no se realiza.

Extremidades: Superiores e inferiores: no se evidencia edema de miembros.

ROTS: 2/5.

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS:**

<b>Fecha</b>	<b>29-05-2016</b>
<b>Servicio</b>	Sala de partos
<b>Uroanálisis</b>	
<b>Densidad</b>	102.5
<b>Ph</b>	5
<b>Proteína</b>	30 mg/dl
<b>Hemoglobina</b>	+++
<b>Piocytes por campo</b>	1-2
<b>Eritrocitos por campo</b>	50-60
<b>Células altas</b>	0-2
<b>Bacterias</b>	Escasas
<b>Amarillo ligero turbio</b>	

<b>Fecha</b>	<b>29-05-2016</b>
<b>Servicio</b>	Hospital Básico Privado Tungurahua
<b>Biometría Hemática</b>	
<b>TP</b>	13.00
<b>TTP</b>	28.00

<b>Fecha</b>	<b>29-05-2016</b>
<b>Servicio</b>	Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
<b>Química Sanguínea</b>	
<b>Urea</b>	17.9 mg/Dl
<b>Glucosa</b>	83.5 mg/dl

<b>Creatinina</b>	0.50 mg/Dl
<b>Ácido úrico</b>	3.9 mg/Dl
<b>Colesterol</b>	110.0 mg/Dl
<b>Triglicéridos</b>	161.0 mg/Dl
<b>HDL – Colesterol</b>	39.9 mg/Dl
<b>LDL – Colesterol</b>	43.9 mg/Dl
<b>Bilirrubina total</b>	0.224 mg/Dl
<b>Bilirrubina directa</b>	0.055 mg/Dl
<b>TGO</b>	25.9 U/L
<b>TGP</b>	17.8 U/L
<b>Fosfatasa alcalina</b>	69 U/L
<b>Proteínas totales</b>	3.49 g/dl
<b>Albumina</b>	1.93g/dl
<b>LDH</b>	192 U/L
<b>Calcio</b>	6.43 mg/dl
<b>PCR</b>	110 mg/l
<b>Sodio</b>	134.58 mmol/l
<b>Potasio</b>	3.92 mmol/l
<b>Cloro</b>	101.01 mmol/l

**Fecha** 29-05-2016 11:27

**Servicio** UCI

**Química Sanguínea**

<b>Urea</b>	19.4 mg/Dl
<b>Glucosa</b>	78.3 mg/dl

<b>Creatinina</b>	0.45 mg/Dl
<b>Ácido úrico</b>	3.9 mg/Dl
<b>TGO</b>	24.6 U/L2
<b>TGP</b>	17.9 U/L
<b>LDH</b>	210 U/L

<b>Fecha</b>	<b>29-05-2016 11:28</b>
<b>Servicio</b>	Emergencia

**Biometría Hemática**

<b>WBC</b>	15.42*10 <sup>3</sup> UI
<b>Neu%</b>	82.1 %
<b>Lym%</b>	13.2 %
<b>Mon%</b>	2.1 %
<b>Eos%</b>	2.4 %
<b>Bas%</b>	0.2 %
<b>Neu#</b>	12.65*10 <sup>3</sup> UI
<b>Lym#</b>	2.03*10 <sup>3</sup> UI
<b>Mon#</b>	0.32*10 <sup>3</sup> UI
<b>Eos#</b>	0.39*10 <sup>3</sup> UI
<b>Bas#</b>	0.03*10 <sup>3</sup> UI
<b>ALY#</b>	0.01*10 <sup>3</sup> UI
<b>LIC#</b>	0.00*10 <sup>3</sup> UI

<b>Fecha</b>	<b>29-05-2016 22:42</b>
<b>Servicio</b>	Ginecología y Obstetricia
<b>Química Sanguínea</b>	
<b>Urea</b>	15.4 mg/Dl
<b>Glucosa</b>	114.3 mg/dl
<b>Creatinina</b>	0.42 mg/dL
<b>Ácido úrico</b>	3.2 mg/Dl
<b>TGO</b>	19.5 U/L
<b>TGP</b>	13.7 U/L
<b>LDH</b>	137 U/L
<b>Biometría Hemática</b>	
WBC	5020
Plaquetas	242000
Hemoglobina	7.2
Hematocrito	22.1
<b>Servicio</b>	UCI 29-05-2016 23:10
<b>Química Sanguínea</b>	

<b>Bilirrubina total</b>	0.181 mg/Dl
<b>Bilirrubina directa</b>	0.079 mg/dl

<b>Fecha</b>	<b>29-05-2016 23:36</b>
<b>Servicio</b>	UCI
<b>Gasometría Arterial</b>	
<b>Na</b>	140.2 mmol/l
<b>Cl</b>	162.0 mmol/l
<b>Ca</b>	0.248 mmol/l
<b>K</b>	2.84 mmol/l
<b>Ph</b>	7.45
<b>PO2</b>	119.0 mmHg

<b>PCO2</b>	21.5 mmHg
<b>SO2</b>	Sensor signal unstable
<b>Hct</b>	16.6 %
<b>PCO2t</b>	21.5 mmHg
<b>CHCO3</b>	14.8 mmol/l
<b>BE</b>	6.6 mmol/l
<b>SO2(c)</b>	98.8 %

<b>Fecha</b>	<b>29-05-2016 23:36</b>
<b>Servicio</b>	UCI
<b>Biometría Hemática</b>	
<b>WBC</b>	10.13*10 <sup>3</sup> UI
<b>Neu%</b>	69.3 %
<b>Lym%</b>	26.3 %
<b>Mon%</b>	3.2 %
<b>Eos%</b>	1.0 %
<b>Bas%</b>	0.2 %
<b>Neu#</b>	7.02*10 <sup>3</sup> UI
<b>Lym#</b>	2.66*10 <sup>3</sup> UI
<b>Mon#</b>	0.33*10 <sup>3</sup> UI
<b>Eos#</b>	0.10*10 <sup>3</sup> UI
<b>Bas#</b>	0.02*10 <sup>3</sup> UI
<b>ALY#</b>	0.01*10 <sup>3</sup> UI
<b>LIC#</b>	0.02*10 <sup>3</sup> UI

<b>Fecha</b>	<b>30-05-2016 05:39</b>
<b>Servicio</b>	UCI
<b>Gasometría Arterial</b>	
<b>Na</b>	137.5 mmol/l

Cl	105.4 mmol/l
Ca	0.732 mmol/l
K	3.64 mmol/l
Ph	7.433
PO2	72.5 mmHg
PCO2	31.2 mmHg
SO2	94.2 %
Hct	35.7 %
PCO2t	31.7 mmHg
CHCO3	20.7 mmol/l
BE	-2.6mmol/l
SO2(c)	94.8 %

**Fecha** 30-05-2016 13:20

**Servicio** UCI

**IL 6** 69.92 pg/ml

**Fecha** 31-05-2016

**Servicio** UCI

**Uroanálisis**

**Proteínas 24 horas** 60.0

<b>Fecha</b>	<b>31-05-2016 06:32</b>
<b>Servicio</b>	UCI
<b>Gasometría Arterial</b>	
<b>Na</b>	139.5 mmol/l
<b>Cl</b>	104.5 mmol/l
<b>Ca</b>	0.681 mmol/l
<b>K</b>	3.55 mmol/l
<b>Ph</b>	7.451
<b>PO2</b>	68.4 mmHg
<b>PCO2</b>	33.7 mmHg
<b>SO2</b>	93.0 %
<b>Hct</b>	36.0 %
<b>PCO2t</b>	23.7 mmHg
<b>CHCO3</b>	22.9 mmol/l
<b>BE</b>	-0.4mmol/l
<b>SO2(c)</b>	94.3 %

<b>Fecha</b>	<b>31-05-2016 08:11</b>
<b>Servicio</b>	UCI
<b>Electrolitos</b>	
<b>Ca</b>	6.29 mg/dl
<b>Na</b>	141.05 mmol/l
<b>K</b>	3.85 mmol/l
<b>Cl</b>	101.64 mmol/l

<b>Fecha</b>	<b>31-05-2016 11:38</b>
<b>Servicio</b>	UCI

### Biometría Hemática

<b>WBC</b>	10.61*10 <sup>3</sup> UI
<b>Neu%</b>	72.3 %
<b>Lym%</b>	11.7 %
<b>Mon%</b>	14.4 %
<b>Eos%</b>	1.5 %
<b>Bas%</b>	0.1 %
<b>Neu#</b>	7.68*10 <sup>3</sup> UI
<b>Lym#</b>	1.23*10 <sup>3</sup> UI
<b>Mon#</b>	1.53*10 <sup>3</sup> UI
<b>Eos#</b>	0.16*10 <sup>3</sup> UI
<b>Bas#</b>	0.01*10 <sup>3</sup> UI
<b>ALY#</b>	0.01*10 <sup>3</sup> UI
<b>LIC#</b>	0.10*10 <sup>3</sup> UI

**Fecha**

**31-05-2016 17:52**

**Servicio**

**UCI**

### Gasometría Arterial

<b>Na</b>	140.2 mmol/l
<b>Cl</b>	115.1 mmol/l
<b>Ca</b>	0.509 mmol/l
<b>K</b>	3.80 mmol/l
<b>Ph</b>	7.55

<b>PO2</b>	63.2 mmHg
<b>PCO2</b>	24.2 mmHg
<b>SO2</b>	97.7 %
<b>Hct</b>	29.7 %
<b>PCO2t</b>	24.2 mmHg
<b>CHCO3</b>	20.7 mmol/l
<b>BE</b>	-0.6mmol/l
<b>SO2(c)</b>	97.6 %

<b>Fecha</b>	<b>31-05-2016</b>
<b>Servicio</b>	UCI

**Uroanálisis**

<b>Densidad</b>	101.5
<b>Ph</b>	5
<b>Hemoglobina</b>	++
<b>Piocytes por campo</b>	1-3
<b>Eritrocitos por campo</b>	43-45
<b>Células altas</b>	0-1
<b>Bacterias</b>	Escasas

**Amarillo ligero turbio**

<b>Fecha</b>	<b>01-06-2016 04:58</b>
<b>Servicio</b>	UCI

**Gasometría Arterial**

<b>Na</b>	138.7 mmol/l
<b>Cl</b>	107.7 mmol/l

<b>Ca</b>	0.274 mmol/l
<b>K</b>	3.78 mmol/l
<b>Ph</b>	7.447
<b>PO2</b>	71.0 mmHg
<b>PCO2</b>	33.5 mmHg
<b>SO2</b>	94.1 %
<b>Hct</b>	31.4 %
<b>PCO2t</b>	33.5 mmHg
<b>CHCO3</b>	22.6 mmol/l
<b>BE</b>	-0.9 mmol/l
<b>SO2(c)</b>	94.8 %

**Fecha** 01-06-2016 07:28

**Servicio** UCI

**Química Sanguínea**

<b>Urea</b>	7.9 mg/dL
<b>Glucosa</b>	77.9 mg/dl
<b>Creatinina</b>	0.46 mg/dL
<b>Calcio</b>	7.52 mg/dL
<b>Sodio</b>	142.58 mmol/l
<b>Potasio</b>	4.31 mmol/l
<b>Cloro</b>	102.73 mmol/l

**Fecha** 01-06-2016 08:21

**Servicio** UCI

## Química Sanguínea

<b>WBC</b>	7.49*10 <sup>3</sup> UI
<b>Neu%</b>	72.9 %
<b>Lym%</b>	22.7 %
<b>Mon%</b>	2.8 %
<b>Eos%</b>	1.5 %
<b>Bas%</b>	0.1 %
<b>Neu#</b>	5.46*10 <sup>3</sup> UI
<b>Lym#</b>	1.70*10 <sup>3</sup> UI
<b>Mon#</b>	0.21*10 <sup>3</sup> UI
<b>Eos#</b>	0.11*10 <sup>3</sup> UI
<b>Bas#</b>	0.01*10 <sup>3</sup> UI
<b>ALY#</b>	0.01*10 <sup>3</sup> UI
<b>LIC#</b>	0.00*10 <sup>3</sup> UI

## **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**

1. Embarazo de 31,5 semanas por fecha de ultima menstruación. (Z80)
2. Labor de parto en fase activa. (O62.3)
3. Desprendimiento prematuro de placenta. (O45)
4. Óbito Fetal. (P95)

## **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

1. Embarazo de 31,5 semanas por fecha de ultima menstruación. (Z80)
2. Desprendimiento prematuro de placenta. (O45)
3. Óbito Fetal. (P95)
4. Útero de Couvelaire. (O45.8)
5. Parto por cesárea con histerectomía. (O82.8)

## **EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE:**

### **DIA 1:**

Emergencia: (29/05/2016) 11h00

Paciente es recibida tras referencia del centro de salud de Quero, donde se recibe a paciente con IDG. Embarazo de 31 semanas + Cesárea anterior + Desprendimiento de placenta + Óbito fetal a descartar. En donde se le valora a la paciente para su posterior ingreso a planta de Ginecología y Obstetricia, previo se indicó canalizar vía periférica con Lactato Ringer 1000cc de mantenimiento.

Centro Obstétrico: (29/05/2016) 11h55

Ingres a Centro Obstétrico paciente proveniente del servicio de Emergencia de esta casa de salud tras recibir referencia de Centro de salud de Quero, paciente de 31 años de edad, quien acude con sangrado genital evidente y dolor abdominal moderado en hipogastrio de tipo contracción, se recibe a paciente algica, hidratada con vía periférica permeable,

Centro Obstétrico: (29/05/2016) 12h30

Rastreo ecográfico, el mismo que reporta feto único, cefálico, sin latido cardiaco fetal, placenta fúndica anterior con signos de desprendimiento, por lo que se planifica procedimiento quirúrgico de emergencia (CESAREA), se procede a preparar a la paciente para ser sometida a procedimiento antes mencionado, se indica:

- 1.- Nada por vía oral (NPO).
- 2.- Control de signos vitales (Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial) cada 30 Minutos.
- 3.- Control de Actividad Uterina.
- 4.- Lactato de Ringer 1000 CC Intravenoso STAT y 1000 CC C/8h.
- 5.- Cefazolina 2 gr Intravenoso STAT.
- 6.- Metoclopramida 10 mg Intravenoso STAT.
- 7.- Ranitidina 50 mg Intravenoso STAT.
- 8.- Preparar 2 paquetes Globulares.
- 9.- Consentimiento informado.
- 10.- Comunicar Familiares.

Centro Obstétrico: (29/05/2016) 13:15

Paciente ingresa a quirófano de Centro Obstétrico para Cesárea de emergencia, donde se encuentra:

- 1.- Útero gestante infiltrado en un 90% (UTERO DE COUVELAIRE).
- 2.- Líquido Amniótico claro sin grumos.
- 3.- Feto masculino sin vida con cabalgamiento parietal.
- 4.- Placenta desprendida en un 100%.
- 5.- Anexos normales.

Pese a infiltración de oxitocina 40 UI Intramural, útero no recupera tono, se mantiene flácido, con sangrado profuso por lo que se decide HISTERECTOMIA OBSTETRICA DE URGENCIA TRANSOPERATORIA.

Luego de procedimiento Quirúrgico medico de planta valora a la paciente e indica lo siguiente:

- 1.- Nada por vía oral (NPO).
- 2.- Control de signos vitales (CSV).
- 3.- Control de sangrado genital
- 4.- Sonda vesical permeable
- 5.- Control de ingesta y excreta.
- 6.- Lactato Ringer 1000CC Intravenoso cada 8h.
- 7.- Tramadol 100 mg Intravenoso cada 8h.
- 8.- Cefazolina 1 gr Intravenoso cada 8h.
- 9.-Metoclopramida 10 mg Intravenoso STAT y cada 8h.
- 10.- Diclofenaco 75 mg Intramuscular y cada 8h.

11.- Pasar 2 paquetes globulares.

12.- Histopatológico

13.- Indicar novedades.

Centro Obstétrico: (29/05/2016) 16:15

Paciente al momento con cifras de tensión arterial en 140/70 mmhg, razón por la cual se decide impregnación con sulfato de magnesio, Dextrosa en agua al 5% 1000 CC + 24 gr. De Sulfato de magnesio intravenoso a 1gr/h.

Centro Obstétrico: (29/05/2016) 19:15

Paciente post cesárea e histerectomía de urgencia, con sangrado aproximado de 3500 CC, paciente se encuentra con diuresis baja, se le ha administrado 4000 CC de volumen, se encuentra en recuperación de centro obstétrico, se solicita interconsulta a la UNIDAD DE CUIDADES INTENSIVOS de esta casa de salud.

Centro Obstétrico: (29/05/2016) 18:10

UCI: Se contesta a interconsulta solicitada por el servicio de Ginecología y Obstetricia de esta casa de salud; quienes presentan a paciente Post Cesárea e Histerectomía con sangrado +/- 3500 cc, se evidencia Oliguria (20 CC aproximados en 2 horas). Al momento de la valoración paciente algica en sitio quirúrgico, semihidratada, hemodinamicamente estable, y con autonomía respiratoria por lo que se decide su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de esta casa de salud.

Centro Obstétrico: (29/05/2016) 18:45

Paciente previamente valorada por UCI de esta casa de salud ingresa a esta Unidad en el Hospital Provincial Docente Ambato, paciente al ingreso en UCI despierta, algica, conjuntivas pálidas, con soporte de oxígeno por cánula nasal a 3 litros para SPO2 95%, mucosas orales secas, con GLASGOW 15/15, TA:120/60, FC:60LPM; pupilas isocóricas, fotoreactivas. Cardíaco: ruidos cardíacos rítmicos, Pulmonar: Murmullo

vesicular conservado, Abdomen: Apósitos secos y limpios, doloroso a la palpación en hipogastrio, Sonda vesical permeable, diuresis concentrada. Extremidades: pulsos distales presentes, edema de miembros inferiores ++/+++.

Paciente es ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos para control de función renal y posibles complicaciones posteriores. Paciente recibe las siguientes indicaciones:

#### Monitoreo:

1. TA, TAM, FC, FR Manual
2. Diuresis horaria
3. Nivel de conciencia, diámetro pupilar horario.
4. TA, FC, FR, SPO2, EKG Electrónica permanente.
5. Balance Ingesta Excreta.

#### Cuidados:

1. Generales de enfermería
2. Cabecera neutra a 25 grados
3. De vías, abordajes, piel, sitios de presión
4. Cambio de posición cada 4 horas
5. Aseo bucal
6. Baño y peso diario con clorhexidina.
7. Ducha perineal tres veces en el día.
8. Normotermia permanente

#### Dieta e Hidratación

1. Nada por vía oral
2. Solución Salina 0,9% 1000CC + 10 Unidades Internacionales de Oxitocina + Furosemida 20 mg + Electrosol K 10 CC IV A razón de 125CC/h.
3. Agente gelatina 500 CC Intravenoso STAT.

4. Agente gelatina bolos de acuerdo a hemodinamia.

Terapia:

1. Dextrosa en agua al 5% 1000CC + Sulfato de magnesio 24 gr intravenoso a 1gr/h.
2. Tramadol 50 mg intravenoso cada 8h.
3. Ampicilina + Sulbactam 3 gr intravenoso cada 6h.
4. Metoclopramida 10 mg intravenoso cada 8h.
5. Omeprazol 40 mg intravenoso cada día.
6. Nifedipino de liberación osmótica 30mg cada 12 horas, previa toma de Tensión Arterial.
7. Hidralazina 5mg IV si Tensión arterial distólica (TAD), mayor a 100 mmhg.
8. N acetil Cisteina 300mg intravenoso cada 6h.
9. Ácido ascórbico 1 gr intravenoso cada 12h.
10. 2 concentrados de glóbulos rojos intravenoso STAT.
11. Hemoderivados de acuerdo a resultados de laboratorio.

Laboratorio:

1. Biometría Hemática, PLAQUETAS, TP, TTP, Química Sanguínea completa
2. Radiografía Estándar de tórax
3. Examen elemental y microscópico de orina.
4. Electrocardiograma
5. Proteínas de 24 horas.

Ventilación:

1. Oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto, FIO<sub>2</sub> 30%.
2. Fisioterapia respiratoria delicada con percusión y tapotaje cada 4h.
3. Gasometría arterial STAT Y cada 4h.

Procedimientos:

1. Seguimiento por ginecología
2. Glicemia cada 8h.

### **DIA 2:**

Unidad de Cuidados Intensivos: (30/05/2016)

Paciente quien cursa su primer día de evolución en UCI, despierta, consiente, orientada, GLASGOW 15/15, mucosas orales semihumedas, pupilas isocóricas, fotoreactivas. Edema palpebral.

Hemodinamicamente estable con TA:120/60, FC:60LPM; Cardíaco: ruidos cardíacos rítmicos, con resultados de paraclínica de Hemoglobina de 8,2 por lo que se le administra 2 paquetes de concentrados de glóbulos rojos. Paciente con autonomía respiratoria, con soporte de oxígeno por cánula nasal a 3 litros para SPO2 95%, control gasométrico: normal, Pulmonar: no se auscultan ruidos sobreañadidos. Actualmente con volúmenes de diuresis adecuados volumen aproximado de 6 horas (2035). No se alteran indicaciones de ingreso a UCI. Paciente recibe valoración de Ginecología en UCI, donde se indica supresión de lactancia, se recomienda Cabergolina 0,5mg VO C/24h, Vaciamiento mamario por banco de leche, vendaje compresivo de mamas y el uso de hielo.

### **DIA 3: (31/05/2016)**

Paciente quien cursa su segundo día de evolución en UCI, hemodinamicamente estable, despierta, consiente, orientada en tiempo espacio y persona, GLASGOW 15/15, mucosas orales semihumedas, conjuntivas pálidas, pupilas isocóricas, fotoreactivas.

Hemodinamicamente estable con TA:120/60, TAM: 56 mmhg, FC:60LPM; Cardíaco: ruidos cardíacos rítmicos. Al momento con volúmenes de diuresis adecuados 5185 en 22 horas a razón de 3,33 ml/Kg/h. Dentro de la indicación de UCI añadimos: Espironolactona 100mg AM y PM y Sulfato Ferroso 1TAB VO QD. Paciente en su

día 2 en UCI, quien recibe valoración de Ginecología en UCI, indican mantener la supresión de lactancia, se recomienda Cabergolina 0,5mg VO C/24h, Vaciamiento mamario por banco de leche.

**DIA 4: (01/06/2016) 08h00**

Paciente permanece hospitalizada en UCI por 72 horas, donde se ha mantenido despierta, consiente orientada en tiempo, espacio y persona, ojos: pupilas isocóricas, reactivas a estímulos luminosos, conjuntivas pálidas, mantiene autonomía respiratoria con apoyo de oxígeno a través de catéter nasal con SPO2 sobre 97%, tórax simétrico con buena expansibilidad; cardíaco: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos, a la auscultación pulmonar campos pulmonares ventilados, no ruidos sobreañadidos; hemodinamicamente estable, con TA 120/80 sin requerir antihipertensivo/soporte inotrópico; FC: 55LPM, culmina protocolo con sulfato de magnesio, al momento de egreso con volúmenes urinarios adecuados a razón de 1cc/kg/hora. Paciente egresa de la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de Post Cesárea por óbito fetal + desprendimiento de placenta + histerectomía, precampsia leve y oligoanuria. Paciente recibe el Alta a piso de Ginecología.

**DIA 4: (01/06/2016) 11h40**

Paciente ingresa a piso de Ginecología proveniente de la Unidad de Cuidados Intensivos, al momento paciente vigil, orientada, consiente, despierta, sin signos vasomotores, con ligero dolor en sitio quirúrgico, herida quirúrgica en buenas condiciones generales, escaso sangrado genital con sonda vesical permeable, no se evidencia edema de miembros ni palpebral, ROTS 2/5, al momento paciente estable.

**DIA 5: (02/06/2016) 08h00**

Paciente de 31 años de edad al momento, orientada, consiente, despierta, hidratada, sin signos vasomotores, con ligero dolor en sitio quirúrgico, herida quirúrgica de buen aspecto, escaso sangrado genital, no se evidencia edema de miembros ni palpebral, ROTS 2/5, al momento paciente estable. Se valora a paciente y se le

concede el alta médica con Amoxicilina 500mg VO C/8h, y Paracetamol 500 mg VO C/8h, para valoración por consulta externa en 8 días.

## **4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

### **4.2.1. Factores de riesgo biológicos**

- La Hipertensión crónica y trastornos hipertensivos del embarazo (riesgo cinco veces mayor de desprendimiento grave en comparación con las mujeres normotensas) El tratamiento antihipertensivo no parece reducir este riesgo.
- Malformaciones uterinas (útero bicorne, sinequias uterinas, leiomiomas). Conforman sitios mecánica y biológicamente inestables para la implantación de la placenta; el desprendimiento en estos sitios puede ser debido a una decidualización insuficiente o a un cizallamiento excesivo.
- La presencia de anticuerpos antitiroperoxidasa elevados y el hipotiroidismo, incluso subclínico, se han asociado con desprendimiento en algunos estudios. Sin embargo, la mayoría de las mujeres con desprendimiento no presentan problemas tiroideos y la presencia de alguna alteración tiroidea no es predictiva de desprendimiento, así como no hay evidencia de que el tratamiento de las pacientes asintomáticas reduzca el riesgo de desprendimiento.

### **Edad**

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta está relacionado directamente con pacientes embarazadas de edad avanzada, en gran porcentaje aparece en mujeres ue superan los 35 años de edad.

## **Hábitos**

El consumo de sustancias como el tabaco, el cual posee efectos vasoconstrictores que causan hipoperfusión placentaria, isquemia decidual, necrosis y hemorragia. Es uno de los pocos factores de riesgo modificables. Conlleva 2.5 veces más riesgo de desprendimiento y el riesgo aumenta en un 40% por cajetilla fumada al día. Además, la combinación de tabaquismo e hipertensión tiene un efecto sinérgico sobre el riesgo de desprendimiento.

El consumo de drogas como la cocaína que al igual que el tabaco producen vasoconstricción, isquemia y alteración de la integridad vascular. Provocan hasta un 10 % de las mujeres consumidoras de cocaína en el tercer trimestre tendrá un desprendimiento de placenta.

## **Área de residencia**

No se ha demostrado demográficamente que el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta se presente en sitios geográficos específicos con mayor prevalencia.

## **Área de trabajo**

Traumatismo abdominal/accidente (mecanismo de aceleración deceleración) Se produce un cizallamiento de la placenta inelástica debido a la contracción súbita de la pared uterina subyacente. El desprendimiento de la placenta en estos casos suele presentarse dentro de las primeras 24 horas tras el evento precipitante y tiende a ser grave.

### **4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:**

#### **4.3.1. Oportunidad en la solicitud de la consulta:**

La conducta adecuada a seguir ante un paciente con una sospecha clínica de un sangrado del segundo trimestre de gestación a nivel extra hospitalario debe centrarse en el traslado del enfermo de forma oportuna hacia un centro de atención en salud, lugar en el cual se le va a realizar el correspondiente chequeo clínico y de forma oportuna su confirmación diagnóstica mediante la realización de exámenes complementarios, para de esta manera instaurar de manera ágil y oportuna el tratamiento adecuado a la paciente.

Por el contrario, la paciente del presente caso clínico al revisar y analizar su historia clínica encontramos un mal diagnosticado y una referencia tardía hacia el segundo nivel de Atención médica en este caso hacia el servicio de Emergencia en el Hospital Provincial Docente Ambato, En el primer nivel de atención en salud, no se logró tener en cuenta factores de riesgo y sintomatología presentada por la paciente al momento de su valoración, habiéndose perdido tiempo valioso y necesario para un mejor manejo, posterior a lo cual y tras observar mayor cantidad de sangrado apresuran su intervención y es ahí cuando deciden referir al servicio de Emergencia en el Hospital Provincial Docente Ambato.

#### **4.3.2. Acceso a la atención médica:**

La atención primaria siendo el núcleo del sistema de salud del país y que forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad enmarca una serie de acciones, ya sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. En esta debe darse una adecuada valoración para la resolución o derivación de los problemas de salud que no pueden ser resueltos, este tipo de atención, está inserta en el lugar donde

residen y trabajan nuestros habitantes y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria.

El Estado ecuatoriano, dando cumplimiento al Sumak Kausay o el Buen Vivir, ha definido como prioritario el sector social y particularmente la salud, lo que se traduce en el establecimiento de la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención de salud, con la implementación de un modelo basado en la Atención Primaria de Salud (APS).

El fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI) incorpora la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R); es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud. Su organización e implementación deben responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que provienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud; 1 consolidar la articulación del SNS, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria en todos los niveles de atención.

La presente paciente reside en el cantón Quero, cuenta con vías de acceso hacia el Centro de Salud ubicado en el casco central cantonal, mismo cuenta con una infraestructura adecuada para la atención primaria, paciente acudía regularmente a esta casa de salud a la realización de control médicos prenatales, donde no había manifestado mayores novedades en cuanto a su gesta. Actualmente en dicho Centro de Salud se dispone de médicos, personal de enfermería, personal de odontología además de un servicio de Emergencia el mismo que cuenta con medicación para abastecer a la población, con la nueva implementación del sistema de referencia y contra referencia la atención ha mejorado, hoy en día se realiza control de niño sano, atención a mujeres embarazadas, planificación familiar y se realizan charlas de las enfermedades más frecuentes en mujeres embarazadas.

La oportunidad en la solicitud de consulta médica y el acceso a la atención en salud fue de manera tardía debido a condicionantes de tipo médico, cultural y personal, paciente tras presentar sangrado acude inoportunamente a Centro de Salud de Quero donde es valorada y diagnosticada, posterior a esto es enviada al servicio de

Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato con cuadro sangrado más que evidente y con óbito fetal.

#### **4.3.3. Características de la atención:**

El manejo en el área de emergencia se basa en la atención clínica inmediata en cualquier tipo de paciente y además una monitorización adecuada y permanente, conjuntamente tener el acceso a los equipos que disponga en la unidad de salud.

La paciente al recibir su hoja de referencia es valorada por el servicio de Ginecología y Obstetricia en Emergencia quienes toman medidas generales, se canaliza vía periférica, y se solicitan exámenes complementarios, además deciden el ingreso de la paciente a Centro obstétrico para un adecuado manejo, posterior a esto, y ya una vez ingresada la paciente se le realiza rastreo ecográfico en centro obstétrico donde se corrobora la ausencia de latidos cardíacos y se evidencia placenta fúndica con signos de desprendimiento, por lo que se programa cesárea de emergencia. Una vez dentro de quirófano es valorada la situación médica de la paciente creyendo conveniente histerectomía, por la complejidad de la condición clínica la paciente requiere de UCI en donde permanece 3 días y egresa a piso de ginecología para control y manejo y una vez que se crea conveniente otorgarle el alta.

Es importante el diagnóstico precoz de este tipo de patologías, debido a la complejidad que involucran su resolución y manejo adecuado.

#### **4.3.4. Oportunidades en la remisión:**

La paciente del presente caso clínico en su momento no fue derivada al segundo nivel de atención médica de forma oportuna (aproximadamente 30 minutos), por ciertas limitantes a cargo del primer nivel de atención médica, ya que fueron ellos los encargados de recibir y valorar en primera instancia a la paciente acá discutida debido posiblemente a dificultades en el diagnóstico de esta patología o por la falta de socialización y conocimiento de esta patología debiendo esta tener un oportuno

traslado hacia una unidad hospitalaria para un manejo integral en un segundo nivel de atención médica.

#### **4.3.5. Trámites administrativos:**

El Modelo de Atención Integral en Salud del Ecuador (MAIS), se orienta al cumplimiento de las políticas nacionales del Plan del Buen Vivir y es uno de los mecanismos para el reconocimiento del mandato Constitucional sobre el derecho que tiene todo ciudadano del acceso a la atención oportuna, pertinente e integral de la salud. El contar con un marco normativo e instrumentos necesarios para la implementación, ejecución y control del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia por niveles de atención y complejidad constituye una necesidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), con el propósito de permitir el acceso inmediato de la comunidad y, si se requiere, la continuidad de la atención en los niveles de mayor complejidad. **(16)**

El SNS del Ecuador, con la implementación y funcionamiento del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia en la atención a los usuarios, fortalece y consolida la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

**Responsables de la referencia y/o derivación:** es responsabilidad de los profesionales de los establecimientos de salud referir/derivar y ejecutar la referencia/derivación a los usuarios al nivel de atención o de complejidad que corresponde, según capacidad resolutive y pertinencia clínica, misma que es de su competencia desde que se inicia la atención en el establecimiento de destino de la referencia o de la derivación hasta cuando recibe la contrareferencia.

**Entidad receptora de la referencia y/o derivación:** es el establecimiento de salud del mismo o mayor nivel de atención o de complejidad, con la capacidad resolutive

requerida, que recibe al usuario con el formulario No. 053 y procede a brindar la atención. (15)

**Normas técnicas para la referencia y/o derivación:**

-Las referencias y/o derivaciones serán solicitadas por profesionales de la salud de acuerdo a sus competencias; en su ausencia y únicamente en condiciones de emergencia, realizará otro personal de salud.

Los profesionales de salud que refieran o deriven a usuarios, ya sea para la realización de consultas de especialidad, tratamientos complementarios u hospitalización, deberán llenar el formulario No. 053 de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia con datos completos y letra legible.

Implementación, ejecución y control del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia por niveles de atención y complejidad constituye una necesidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), con el propósito de permitir el acceso inmediato de la comunidad y, si se requiere, la continuidad de la atención en los niveles de mayor complejidad.

El SNS del Ecuador, con la implementación y funcionamiento del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia en la atención a los usuarios, fortalece y consolida la Red Pública Integral de Salud (RPIS).(15)

**Responsables de la referencia y/o derivación:** es responsabilidad de los profesionales de los establecimientos de salud referir/derivar y ejecutar la referencia/derivación a los usuarios al nivel de atención o de complejidad que corresponde, según capacidad resolutive y pertinencia clínica, misma que es de su competencia desde que se inicia la atención en el establecimiento de destino de la referencia o de la derivación hasta cuando recibe la contrareferencia.

**Entidad receptora de la referencia y/o derivación:** es el establecimiento de salud del mismo o mayor nivel de atención o de complejidad, con la capacidad resolutive

requerida, que recibe al usuario con el formulario No. 053 y procede a brindar la atención.

**Normas técnicas para la referencia y/o derivación:**

- Las referencias y/o derivaciones serán solicitadas por profesionales de la salud de acuerdo a sus competencias; en su ausencia y únicamente en condiciones de emergencia, realizará otro personal de salud.
- Los profesionales de salud que refieran o deriven a usuarios, ya sea para la realización de consultas de especialidad, tratamientos complementarios u hospitalización, deberán llenar el formulario No. 053 de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia con datos completos y letra legible.
- Se debe establecer el nivel de atención o nivel de complejidad al que es referido el usuario utilizando los criterios de capacidad resolutive, accesibilidad y oportunidad, incluyendo los casos de emergencia.
- El personal administrativo debe coordinar con el servicio de admisión del establecimiento al cual se refiere o deriva para agendar la cita del usuario.
- En el caso de ser una emergencia, el personal administrativo comunicará al establecimiento de referencia o derivación para brindar toda la información pertinente del usuario garantizando su atención inmediata. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud.
- En caso de emergencia, si el nivel receptor no dispone de espacio físico para la recepción definitiva del usuario, debe estabilizarlo antes del envío a otro establecimiento de salud.
- El personal administrativo que agendó la cita no puede rechazar las referencias o derivaciones establecidas.
- El establecimiento de salud deberá contar con el personal administrativo y equipamiento necesario para agendar las citas. **(15)**
- El establecimiento de salud receptor atenderá únicamente las referencias o derivaciones solicitadas desde el nivel inferior o del mismo nivel de atención; el

usuario no podrá acudir al establecimiento de salud de referencia o derivación correspondiente sin tener agendada la cita con hora, fecha y especialidad a la que fue referido o derivado. Se exceptúan los casos de emergencia.

#### **4.4. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS**

- Paciente no acude oportunamente a un servicio de salud para valoración oportuna de sí misma.
- Demora de aproximadamente treinta minutos desde iniciado el sangrado en búsqueda de ayuda en un centro de salud.
- En el primer nivel de atención no se realiza un diagnóstico precoz para un manejo óptimo de la paciente.
- En la historia clínica única, faltan datos relevantes de la anamnesis del paciente, por lo que se requirió la entrevista vía telefónica dirigida a un familiar para obtener datos faltantes.
- Toma de 45 minutos en ser referida la paciente a un establecimiento de salud de mayor complejidad.
- Dificultad para la obtención del consentimiento informado por parte de familiares, debido a nivel de escolaridad.
- Demora en el diagnóstico definitivo del paciente, para un tardío manejo y resolución de esta patología.
- Demora en la derivación oportuna desde la recepción al paciente en el primer nivel de atención hacia el segundo nivel de atención para brindarle un mejor manejo a esta patología.

#### 4.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

. Oportunidad de mejora	Acciones de mejora
<p>Orientación a las mujeres embarazadas sobre la importancia de acudir oportunamente a un servicio de salud en caso de sangrado genital en la cantidad que sea que este se presente.</p> <p>Controles prenatales periódicos en el área de atención primaria de salud</p>	<p>Preparar y ejecutar charlas en Centro de salud para guiar a las pacientes embarazadas en caso de sangrado genital.</p> <p>Indicar a pacientes obstétricas, los diferentes signos de alarma.</p>
<p>Debido a la rotación permanente de médicos y enfermeras rurales, capacitar constantemente al personal nuevo y de planta de esta casa de salud.</p>	<p>Revisar las diferentes normativas del MSP; protocolos estandarizados en donde se describa concepto, tipos, evaluación, manejo y seguimiento en mujeres embarazadas con sangrado genital, para un correcto manejo en caso de presentación de este tipo de pacientes.</p>
<p>Verificar la correcta elaboración de la historia clínica. (SOAP).</p>	<p>Cumplir con el control estricto de la información que se detalla en la historia clínica por el</p>

	departamento de control de calidad.
Facilitar y agilizar la transferencia de pacientes críticos a Unidades de mayor complejidad	Entregar información completa y veraz a personal de salud. Obtención de lugar de transferencia de manera oportuna Traslado de paciente en ambulancia con personal capacitado.

## **5. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROACTIVA**

### **CONCLUSIONES**

- Se analizó el cumplimiento de la conducta seguida en el primer nivel de atención en base a protocolos establecidos dentro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los mismos que no se cumplieron de forma efectiva.
- Se realizó una revisión bibliográfica de importantes fuentes y bases de datos, con detalles actualizados e información necesaria y útil sobre desprendimiento prematuro de placenta y del útero de Couvelaire.
- Se efectuó un análisis donde se pudo obtener y lograr identificar puntos críticos y puntos clave que dificultan la resolución y mejor manejo del DPPNI, y sus posteriores complicaciones.
- Se determinó y valoró las conductas y protocolos establecidos dentro del Ministerio de Salud Pública relacionadas con el manejo del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, no se pudo establecer un tratamiento efectivo, oportuno y adecuado, ya que no se pudo llegar a un diagnóstico preciso, El manejo del Desprendimiento prematuro de placenta se considera que debe ser tratado como urgencia obstétrica en una Institución de salud que disponga de Unidad de Cuidados Intensivos, existe una deficiente aplicación y manejo de guías terapéuticas para el tratamiento clínico ante una sospecha diagnóstica de esta patología. A la par se debe coordinar un equipo de seguimiento multidisciplinario, que tome en cuenta el carácter multifactorial de la patología presentada.

## RECOMENDACIONES

- Se debe establecer el nivel de atención o nivel de complejidad al que es referido el usuario utilizando los criterios de capacidad resolutive, accesibilidad y oportunidad, incluyendo los casos de emergencia.
- En el caso de ser una emergencia, el personal que recibió a la paciente en el nivel primario será quien comunicará al establecimiento de referencia o derivación para brindar toda la información pertinente del usuario garantizando su atención inmediata. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud.
- En caso de emergencia, si el nivel receptor no dispone de espacio físico para la recepción definitiva del usuario, debe estabilizarlo antes del envío a otro establecimiento de salud.
- El establecimiento de salud receptor atenderá únicamente las referencias o derivaciones solicitadas desde el nivel inferior o del mismo nivel de atención; el usuario no podrá acudir al establecimiento de salud de referencia o derivación correspondiente sin tener agendada la cita con hora, fecha y especialidad a la que fue referido o derivado. Se exceptúan los casos de emergencia.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA:

- Fescina R., De Mucio B., Ortiz E., Jarquin D.; Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas; Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva; Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; Organización Panamericana de la Salud, 2012. Pág. 33-38.

### LINKOGRAFÍA:

- Arce Herrera, Rosa María, Calderón Cisneros, Ernesto, Cruz Cruz Polita del Rocío;(2012); Guía de práctica clínica Hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo; Distrito Federal, México.  
Dispñible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im126o.pdf>. (5)
- Bonilla-Sepúlveda,Óscar A.(2014); Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología; Vasa previa, presentación de un caso en un centro de referencia en Envigado, Colombia, y revisión de la literatura; Medellin; Colombia.. Rev Colomb Obstet Ginecol. Pág. 65:85; Vol. 65 No. 1.  
Disponible en: <http://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/82/83>. (21)
- Castilla, Fernando, Alcira Montoya, Américo Fernández;(1997); Ginecología y Obstetricia; Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; Desprendimiento prematuro de placenta; Lima Perú.; Páginas 125-131. Disponible en: <http://108.163.168.202/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1038/1000>. (13)
- Clerici G, Burnelli L, Lauro V, Pilu G., Di Renzo G.; (2009); Prenatal diagnosis of vasa previa presenting as amniotic band. A not so innocent amniotic band. Ultrasound Obstet Gynecol. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1469-0705.1998.12060430.x/abstract;jsessionid=6199DCEEE6CD0DCA9270E66F6B62CBD.f01t02>. (20)

- Derbala Y, Grochal F, Jeanty P. (2007) Vasa previa: diagnóstico prenatal ecográfico y conducta obstétrica, Granollers Barcelona, España.  
Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-vasa-previa-diagnostico-prenatal-ecografico-S030450130972802X>
- Elizalde Valdés V.M.,b, Maldonado A.E. Calderón C. (2015); Abruption placentae: morbimortalidad y resultados perinatales; Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México; Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49555/6.%20Abruption%20placentae.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (8)
- Evans GM. Guidelines for the Management of Vasa Previa; (2009); Vasa praevia. Br Med J. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; Montreal; Canada; No. 231; 1952; 2:1243. Disponible en: <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui231CPG0908.pdf>
- Fung TY, Lau TK. Ultrasound Obstet Gynecol. (2008) Poor perinatal outcome associated with vasa previa: is it preventable? A report of three cases and review of the literature. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1469-0705.1998.12060430.x/abstract;jsessionid=6199DCEEE6CD0DCA9270E66F6B62CBD.f01t02>. (18)
- Getahun D, Oyelese Y, Salihu HM, Ananth CV; (2006). Revista de Ginecología y Obstetricia, Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. Obstet Gynecol; EEUU; Pág. 107.  
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16582111>. (24).
- Gutierrez, Zapardiel I, De la Fuente Valero J, Bajo Arenas J, (2008). Guía práctica de urgencias ginecológicas y Obstétricas, Madrid, Páginas: 26-29.  
Disponible en: [http://www.sego.es/Content/pdf/Guia\\_Pract\\_Urg.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/Guia_Pract_Urg.pdf) (4)
- Iyasu S, Saftlas AK, Rowley DL, Koonin LM, Lawson HW, Atrash HK. The epidemiology of placenta previa in the United States. Am J Obstet Gynecol 1993; Pág. 168. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8498422>. (23)

- Mahendra G1, Ravindra S. Pukale; (2015). Department of Obstetrics and Gynecology; Couvelaire Uterus A Case Report; Adichunchanagiri Institute of Medical S. Priya; Nagara, India. Disponible en: <http://imsear.li.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/164532/1/iaim2015v2n3p142.pdf>. (10)
- Manju Rathi, Sunil Kumar Rathi, Manju Purohit, Ashish Pathak; (2014). Department of Obstetrics and Gynecology, RD Gardi Medical College, Ujjain, Madhya Pradesh, India. Disponible en: <http://casereports.bmj.com/content/2014/bcr-2014-204211.full.pdf>. (12)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015) Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud Norma Técnica. Disponible en: <http://Norrma%20T%C3%A9cnica%20Subsistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia.pdf>. (15)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud; Ecuador (2012) Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf). (16)
- Morikawa M, Yamada T, Cho K, Yamada T, Sato S, Minakami H. (2013). Prospective risk of abruptio placentae. J Obstet Gynaecol Res;234-236. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom147i.pdf>. (7)
- Pérez, Verónica; (2016); Definición de útero de Couvelaire; Disponible en: <http://www.onsalus.com/definicion-de-utero-de-couvelaire-18560.html>. (3)
- Ramírez Andrés, Pabón Fernando (2014); Universidad de Cartagena; Facultad de ciencias médicas; Placenta previa y desprendimiento de placenta; Cartagena Colombia. Disponible en: <http://es.AndreaMarRamirezGarcia/placenta-previa-y-desprendimiento-de-placenta>. (14)

- Reddy UM, Abuhamad AZ, Levine D, Saade GR; (2014); Fetal Imaging Workshop Invited Participants. Fetal imaging: executive summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Institute of Ultrasound in Medicine, American College of Obstetricians and Gynecologists, American College of Radiology, Society for Pediatric Radiology, and Society of Radiologists in Ultrasound Fetal Imaging workshop. J Ultrasound Med. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24764329>. (22)
- Regional Institute of Medical Sciences; Couvelaire Uterus A Case Report; International Journal of Scientific; (2015). Disponible en: <http://worldwidejournals.in/ojs/index.php/ijst/article/view/3852/386910>. (9)
- Rodriguez, Grissel; (2012) Hemorragias del tercer trimestres y complicaciones del embarazo; Capitulo 20. Disponible en: <http://obstetricia-ginecologia.blogspot.com/2012/07/hemorragias-del-segundo-y-tercer.html>. (6)
- Serrano-Berrones, Miguel Ángel; (2014) Ginecología y Obstetricia; Útero de Couvelaire en el puerperio. Reporte de un caso clínico; México; páginas 496-498. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom147i.pdf>. (2)
- Vijayashree, M; (2016) A Clinical Study of Maternal and Fetal Outcome in Abruptio Placenta - Couvelaire Uterus a Preventable Obstetric Catastrophe; Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynaecology; Sri Lanka. Disponible en: <http://sljog.sljol.info/articles/abstract/10.4038/sljog.v37i3.7727>. (11)
- Vispo Silvina N., Casal Juan P. (2001), Dr. Casal Juan I., Waisblatt Luciana, Karatanasópuloz Carlos M Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina; ABRUPTIO PLACENTAE. Página: 18-21. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista109/abruptio.html>. (1)

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

- **PROQUEST:** Ananth, C. V., Keyes, K. M., Hamilton, A., Gissler, M., Wu, C., Liu, S., . . . Cnattingius, S. (2015). An international contrast of rates of placental abruption: An age-period-cohort analysis. *PLoS One*, 10(5).  
Disponible en <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0125246>. (26)
- **PROQUEST:** Timely Data Resources Inc. (2012)., premature separation of placenta; placental abruption (abruptio placentae). Capitola; EEUU.  
Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/924467852?accountid=36765>. (29)
- **PROQUEST:** Canache Campos Luzardo Antonio, Castejón Olivar; (2012). Desórdenes hipertensivos asociados a desprendimiento prematuro grave de placenta normoinserta; Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo; Venezuela, Vol. 16 N° 2. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/v16n2/art03.pdf>. (27)
- **PROQUEST:** Ghaheh, H. S., Feizi, A., Mousavi, M., Sohrabi, D., Mesghari, L., & Hosseini, Z. (2013). Risk factors of placental abruption. *Journal of Research in Medical Sciences*, 18(5), 422-426.  
Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1412588031?accountid=36765>. (25)
- **PROQUEST:** Obstetrics and gynecology; new obstetrics and gynecology data have been reported by investigators at harvard university (severe placental abruption: Clinical definition and associations with maternal complications). (2016). *Women's Health Weekly*, 3819. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1767973140?accountid=36765>. (30)
- **PROQUEST:** Women's health; findings on pregnancy detailed by investigators at university of adelaide (incidence and recurrence rate of placental abruption: A longitudinal linked national cohort study in the netherlands). (2015). *Women's Health Weekly*, 147. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1722233162?accountid=36765>. (28)

## 7. ANEXOS

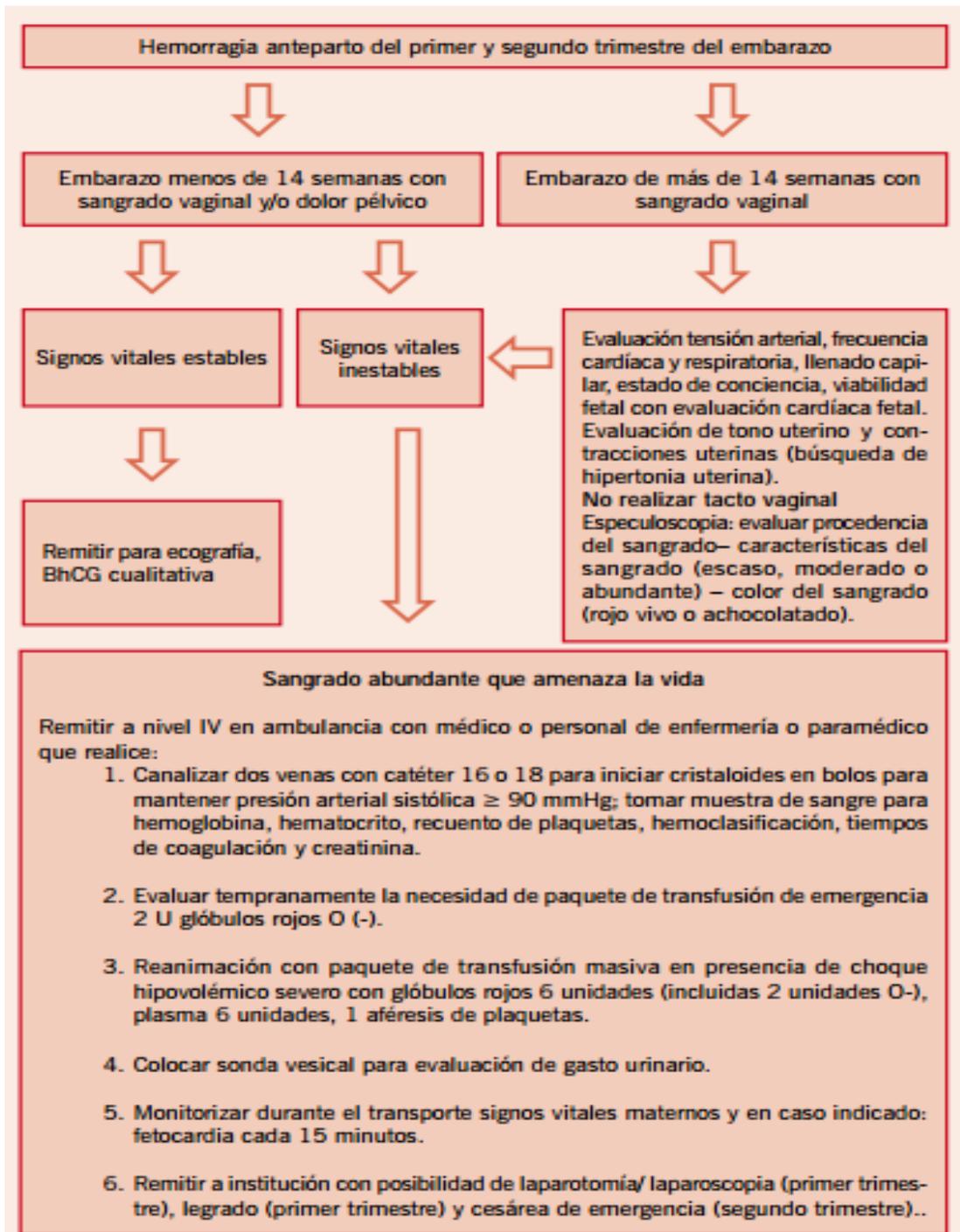
**TABLA 1:**

MANEJO ESPECTANTE DE PLACENTA PREVIA.

Manejo	Descripción
Confirmación de diagnóstico	Realización de ecografía pélvica y/o transvaginal más doppler en casos indicados.
Uteroinhibición	Sólo cuando existan contracciones uterinas en embarazo de pretérmino.
Inductores de maduración pulmonar	Edad gestacional entre 24 a 34 semanas. <sup>8</sup>
Finalización del embarazo	Cesárea electiva entre semana 36 y 37.  Cesárea en placenta previa oclusiva total y parcial.

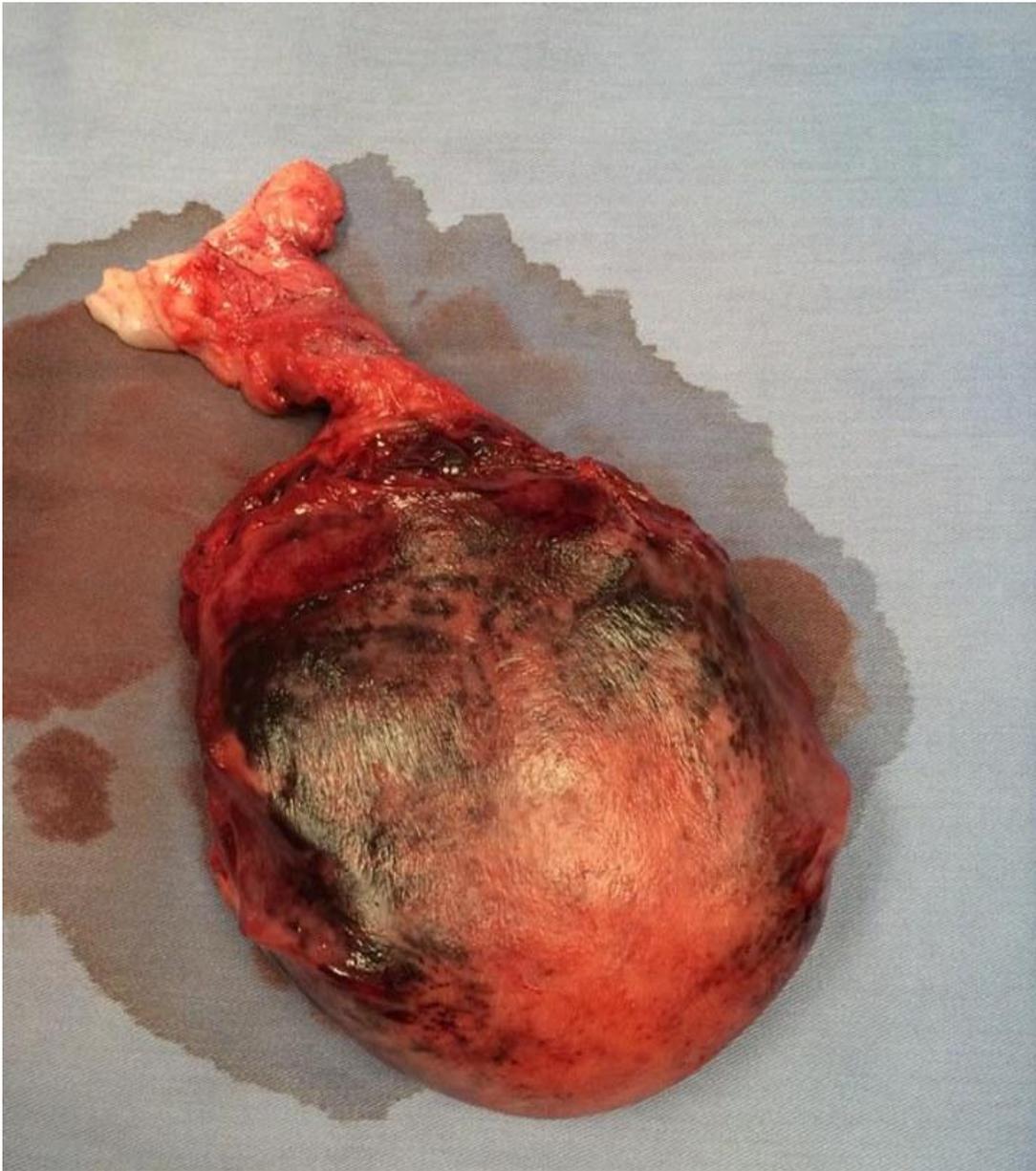
Fuente: Fescina R., De Mucio B; Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas; Organización Panamericana de la Salud, 2012.

## ESQUEMA 1:



Fuente: Fescina R., De Mucio B.; Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas; Organización Panamericana de la Salud, 2012.

## GRÁFICO 1



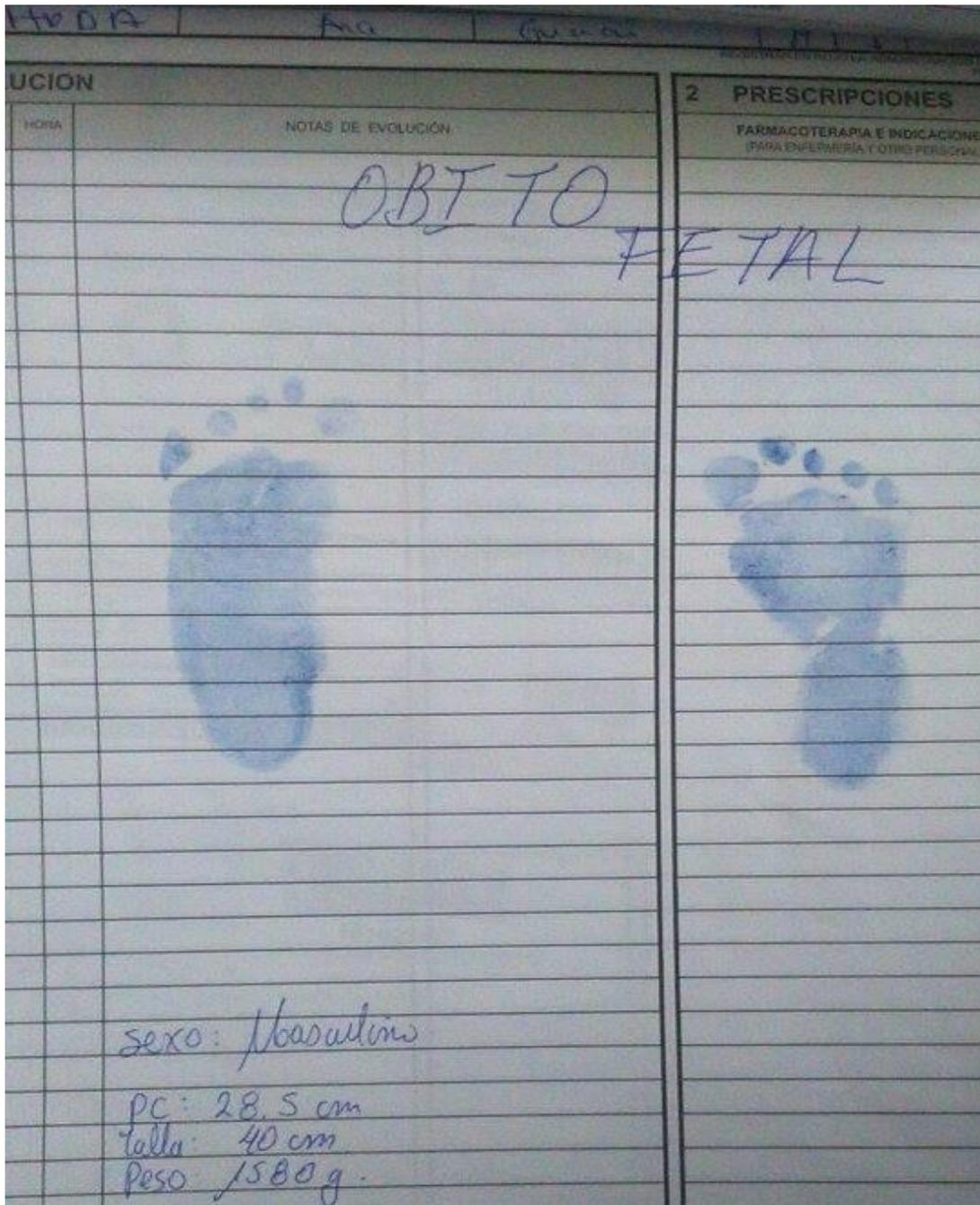
Fuente: Mena Byron, Md. Esp. Servicio Ginecología y Obstétrica, Hospital Provincial Docente Ambato, mayo 2016, Ambato, Ecuador. UTERO DE COUVELAIRE: Se evidencia Útero gestante infiltrado en un 90%.

## GRÁFICO 2



Fuente: Mena Byron, Md. Esp. Servicio Ginecología y Obstétrica, Hospital Provincial Docente Ambato, mayo 2016, Ambato, Ecuador. Útero de Couvelaire

### GRÁFICO 3



Fuente: Mena Byron, Md. Esp. Servicio Ginecología y Obstétrica, Hospital Provincial Docente Ambato, mayo 2016, Ambato, Ecuador. Huellas del óbito fetal tomadas tras cesárea.

## GRÁFICO 4

DIAGNOSTICO CLINICO	DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO	
OPERACION PRACTICADA		
TRATAMIENTO		
DATOS DE ORIENTACION DIAGNOSTICA	UTERO	
SOLICITANTE		Nº DE PIEZAS
Dr. Torres FIRMA DEL MEDICO		
INFORME ANATOMO-PATOLOGICO		
FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	Nº INFORME
29/05/2016	27/06/2016	1785-16
<b>DESCRIPCION MACROSCOPIA:</b>		
<p>Se recibe útero desprovisto de anexos que mide 20x12x7 cm, el cuello abierto de 6 cm de longitud. El exocervix sin alteraciones en la porción alta del canal, áreas hemorrágicas. El cuerpo con serosa lisa con áreas equimóticas, al corte el miometrio de aspecto hemorrágico reblandecido la cavidad endometrial alargada con coágulos sanguíneos en el fondo. SPPR (5C).</p>		
<b>DESCRIPCION MICROSCOPIA:</b>		
<p>En los cortes histológicos se observa cuello uterino con áreas del exocervix desgarradas y hemorragias en sus bordes. El estroma con un infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario. En la superficie endometrial algunos coágulos sanguíneos organizados. El miometrio hemorragia difusa y superficial.</p>		
<b>DIAGNOSTICO: UTERO:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>* ANTECEDENTES DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.</li> <li>* HEMORRAGIA DIFUSA Y SUPERFICIAL DEL MIOMETRIO.</li> <li>* CERVICITIS CRONICA.</li> </ul>		
<p>Dr. José Rodríguez F. ANATOMÍA PATOLÓGICA. as.</p>		
		
<p>ENTRESADO 21 JUL</p>		

Servicio Ginecología y Obstétrica, Hospital Provincial Docente Ambato, mayo 2016, Ambato, Ecuador. HISTOPATOLOGICO: Se envió pieza anatómica (útero) para análisis histopatológico.