



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

PLACENTA PREVIA EN PRIMIGESTA AÑOSA LIMA 2017

PRESENTADO POR:

CABANA CASIANO DE MÉNDEZ, BEATRIZ MARÍA

ASESOR

MG. ELIZABETH ENI YALÁN LEAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA
CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y
CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2017

RESÚMEN

La placenta previa en este estudio se define como la penetración de la placenta dentro del segmento inferior del útero, de tal modo que cubre el orificio cervical interno de forma parcial o total; la placenta previa se clasifica en: Tipo I, Placenta lateral, Tipo II placenta marginal, tipo III placenta oclusiva parcial y tipo IV placenta oclusiva total.

El caso que se presenta es el de una paciente de 38 años de edad, con 35 semanas un embarazo por fecha de última regla (FUR), que presenta sangrado vaginal, diagnosticada al ingreso como Placenta previa y confirmada por ecografía como placenta previa oclusiva total y gestación de 37 semanas; a quien se realizó una cesárea urgente por hemorragia abundante.

El propósito de este caso es identificar los factores de riesgo para que así podamos lograr que las gestantes obtengan un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, ya que esta patología de sangrado del tercer trimestre, como es la placenta previa continúa ocasionando la morbimortalidad materno perinatal. **Palabras claves: Placenta Previa, Gestante añosa, factores de riesgo.**

A.8. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	20
A.9. MANEJO ESPECÍFICO.....	22
B. TRATAMIENTO.....	23
C. COMPLICACIONES.....	29
D. PRONOSTICO.....	30
E. CONCLUSIONES.....	31

CAPITULO II

2.1. CASO CLINICO.....	39
2.1.1. INTRODUCCION.....	39
2.1.2. OBJETIVO.....	39
2.1.3. DESARROLLO DEL CASO CLINICO.....	40

CAPITULO III

3.1 CONCLUSIONES.....	59
3.2 RECOMENDACIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	61
ANEXOS.....	63

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La Placenta Previa es una complicación obstétrica que se da lugar en la segunda mitad del embarazo. Su incidencia según Pacheco (2011) es uno en cada 200 embarazos.

SEGO (2009) reporta que la placenta previa, es causante de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo, siendo causa de un 20% de los casos, También es la tercera causa más habitual de transfusiones sanguíneas y la segunda causa de Histerectomía, conllevando a la morbilidad materno fetal.

Está definida como la inserción parcial o total de la placenta en el segmento inferior del útero (8).

Clásica y clínicamente se manifiesta con evidencia de hemorragia vaginal que no está asociada al dolor, la cual se da lugar entre el segundo y tercer trimestre del embarazo y para realizar el diagnóstico se recurre a una ecografía vaginal (12).

Se hallan muchos factores que incrementan el riesgo de presentar la placenta previa, tales factores pueden ser intervenciones quirúrgicas uterinas previas: legrados uterinos, la extracción manual de la placenta, las cesáreas, miomectomías, y otros factores como: tabaquismo, Multiparidad, la raza, tabaquismo, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida (3) (12).

Una complicación reportada frecuentemente y de mayor incidencia es el parto prematuro, ruptura prematura de membranas, hemorragia grave, distocia de presentación fetal, se tiene la obligación de usar los oxitócicos y transfusiones sanguíneas, pudiendo llegar hasta un shock hipovolémico (15).

De solo la presencia de inserción placentaria en el segmento inferior, así como de placenta acreta, y basa previa puede terminar en una histerectomía de emergencia. (15).

La ocurrencia de complicaciones neonatales en el parto pre-termino tardío (34-36 semanas) es superior que los recién nacidos a término precoz (37-38 semanas), por su relativa inmadurez fisiológica y metabólica, lo que conlleva a permanecer internada prolongadamente en la unidad de cuidados intensivos y por lo tanto a incrementarse los costos económicos (5).

1.2. JUSTIFICACION

No hay datos estadísticos a nivel nacional y en los últimos años que los factores de riesgo estén asociados a la placenta previa, tal como se encuentran en los trabajos de investigación efectuados por otros países.

Las complicaciones maternas y perinatales, que suelen manifestarse como sucesos hemorrágicos que derivan a una atención de emergencia, como: partos prematuros, transfusiones sanguíneas, la atención de recién nacidos en cuidados intensivos, histerectomías de emergencia, la morbi-morbilidad materno perinatal, la muerte materna y neonatal; por todas estas complicaciones descritas es necesario conocer los factores asociados a la placenta previa como el perfil epidemiológico de nuestra población.

La justificación de este trabajo académico es identificar los factores de riesgo de las pacientes diagnosticadas con placenta previa y lograr un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

1.3. MARCO TEORICO

1.3.1. ANTECEDENTES:

A.-ANTECEDENTES INTERNACIONALES.-

Fan, D; Xia, Q; Liu, L; Tian , G; Wang, W; Wu, S; Guo, X; Liu, Z (2017). La incidencia de hemorragia postparto en las mujeres embarazadas con Placenta Previa: una revisión sistemática y meta-análisis. China.

Resumen.-Objetivo: El objetivo de este estudio fue calcular la incidencia del punto medio de la hemorragia postparto en las mujeres con placenta previa. **Métodos:** Una revisión sistemática y un metanálisis de estudios observacionales estimar PPH en mujeres con placenta previa se realizó mediante búsquedas bibliográficas en cuatro bases de datos en julio de 2016. Este estudio fue totalmente realizada según los alcances directrices y de acuerdo con los preferidos elementos de generación de informes de revisiones sistemáticas y Meta-Analysis estándar. **Resultados:** Desde 1148 Estudios obtenidos, 11 incluidos en el meta-análisis, en el que participaron 5146 exclusivo de mujeres embarazadas con placenta previa. Toda la incidencia combinada de HPP fue de 22,3% (IC 95% 15.8-28.7%). En el subgrupo, la prevalencia fue del 27,4% en placentas previas, y fue del 14,5% de las tierras bajas de

placenta previa; la mayor prevalencia se estima que en América del Norte (26,3%, IC 95% 11.0-41.6%), seguida de la de Asia (20,7%; IC95% 12.8-28.6%), Australia (19,2%, IC 95% 17.2-21.1%) y Europa (17,8%; IC del 95%: 11,5%-24,0%). **Conclusiones:** El resumen de la estimación de la incidencia de HPP entre las mujeres con placenta previa es considerable en esta revisión sistemática. Los resultados serán cruciales en la prevención, el tratamiento y la identificación de PPH entre mujeres embarazadas con placenta previa y se contribuyó a la planificación e implantación de las estrategias de salud pública. **Palabras claves:** incidencia, hemorragia post parto, placenta previa.(1).

Sekiguchi A, Nakai A, Kawabata I, Hayashi M, Takeshita T. (2013). Tipo y ubicación de la placenta previa que afectan el riesgo de parto prematuro relacionado con hemorragia antes del parto. Tokio Japon.

Objetivo: Para evaluar si el tipo y la ubicación de la placenta previa afectan el riesgo de anteparto hemorragia relacionada de parto pre término. Métodos: Estudiamos retrospectivamente 162 mujeres con singleton embarazos presentar placenta previa. A través de la observación mediante ecografía transvaginal las mujeres fueron categorizadas en completa o incompleta la placenta previa y, a continuación, asigna a anterior y posterior de los grupos. Completar la placenta previa se define como placenta que completamente cubierto el interno cervical so, con la placenta de margen >2 cm desde el sistema operativo. Incompleto placenta previa compuesto marginal placenta previa cuyo margen adyacente al SO internas y parcial de la placenta

previa que abarcó el SO pero el margen situado a 2 cm del SO. Las características maternas y los resultados perinatales en completa e incompleta la placenta previa se compararon y las diferencias entre el anterior y el posterior grupos fueron evaluados. Resultados: Antepartum hemorragia, fue más prevalente en las mujeres con placenta previa que en aquellos con incompleta la placenta previa (59,1% versus 17,6%), resultando en una mayor incidencia de parto pretérmino en mujeres con completa que en aquellos con incompleta la placenta previa [45,1% versus 8,8%; odds ratio (OR) 8.51; 95% intervalo de confianza (IC) 3.59-20.18; $p < 0,001$]. En completar la placenta previa, la incidencia de anteparto hemorragia no diferían significativamente entre la parte anterior y la parte posterior de los grupos. Sin embargo, la edad gestacional la aparición de sangrado fue menor en el anterior grupo de en la parte posterior del grupo, y la incidencia de partos prematuros fue superior en el anterior grupo de en la parte posterior del grupo (76,2% versus 32,0%; OR 6,8; IC95% 2.12-21.84; $p = 0,002$). En incompleto, placenta previa, la edad gestacional en el momento del parto no difirieron significativamente entre la parte anterior y posterior de los grupos. Conclusión: Los obstetras deben ser conscientes del riesgo de parto pre término relacionados con el anteparto hemorragia en las mujeres con placenta previa, especialmente cuando la placenta está ubicada en la pared anterior. (2)**Palabras-Claves:** Antepartum hemorragia.; anterior placenta previa; completar la placenta previa; parto prematuro. (2)

Rosenberg, T; Pariente, G; Sergienko, R; Wiznitzer, A; Sheiner, E. (2011).Análisis crítico de los factores de riesgo y los resultados de la placenta previa- Israel.

Objetivo: Investigar los factores de riesgo y el resultado del embarazo de los pacientes con placenta previa. Métodos: Se realizó un estudio

poblacional que comparaba todos los embarazos de mujeres con y sin placenta previa. Se realizó un análisis estratificado utilizando modelos de regresión logística múltiple para controlar los factores de confusión. Resultados: Durante el período de estudio, hubo 185.476 partos, de los cuales, 0.42% se complicaron con placenta previa. Utilizando un análisis multivariable con eliminación hacia atrás, los siguientes factores de riesgo se asociaron independientemente con la placenta previa: tratamientos de infertilidad (OR 1,97; IC del 95%: 1,45-2,66; P <0,001), parto por cesárea previa (CD; OR 1,76; IC del 95%: 1,48 P <0,001) y la edad materna avanzada (OR 1,08; IC del 95%: 1,07-1,09; P <0,001). Placenta previa se asoció significativamente con resultados adversos como histerectomía periparto (5,3 frente a 0,04%, P <0,001), episodio previo de hemorragia en el segundo trimestre (3,9 versus 0,05%, P <0,001), transfusión de sangre (21,9 vs 1,2% , P <0,001), sepsis materna (0,4 vs 0,02%, p <0,001), vasa previa (0,5 frente a 0,1%, p <0,001), mal presentación (19,8 vs 5,4%, p <0,001), hemorragia postparto 1,4 frente a 0,5%, P = 0,001) y placenta acreta (3,0 frente a 1,3%, P <0,001). Placenta previa se asoció significativamente con resultados perinatales adversos, tales como mayores tasas de mortalidad perinatal (6,6 frente a 1,3%, P <0,001), una puntuación de Apgar <7 después de 1 y 5 min (25,3 vs 5,9%, P <0,001 y 7,1 versus 2,6%, P <0,001), malformaciones congénitas (11,5 frente a 5,1%, P <0,001) y restricción del crecimiento intrauterino (3,6 frente a 2,1%; P = 0,003). Utilizando otro modelo de regresión logística multivariable, con mortalidad perinatal como variable

deresultado, el control de los factores de confusión, como el parto prematuro, la edad materna, etc., no se encontró placenta previa como factor de riesgo independiente de mortalidad perinatal (ponderada OR 1,018; CI 0,74 - 1,40, P = 0,910).Conclusiones: Los tratamientos de infertilidad, la cesárea previa y la edad materna avanzada son factores de riesgo independientes para la placenta previa. Un aumento en la incidencia de estos factores de riesgo probablemente contribuye a un aumento en el número de embarazos complicados con placenta previa y su asociación con resultados maternos y perinatales adversos. La vigilancia cuidadosa de estos factores de riesgo se recomienda con el parto oportuno a fin de reducir las complicaciones asociadas.

(3).**Palabras claves:** factores de riesgo, placenta previa.(3).

Bahar, A; Abusham, A; Eskandar, M; Sobande, A; Alsunaidi, M. (2009).Factores de riesgo y resultado del embarazo en diferentes tipos de placenta previa. Arabia Saudita.

Objetivo: Comparar los factores de riesgo y los resultados del embarazo entre diferentes tipos de placenta previa (PP). Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 306 mujeres con PP durante un período de 10 años entre enero de 1996 y diciembre de 2005. Diferencias entre mujeres con PP mayor y menor en relación a edad, paridad, antecedentes de cesárea, hemorragia anteparto, Los partos, la placenta acreta, la histerectomía por cesárea, las complicaciones operativas y los resultados neonatales se identificaron mediante la prueba U de Mann-Whitney, la prueba chi-cuadrada y la regresión logística multivariada. Resultados: La incidencia global de PP fue del 0,73%. El PP mayoritario

(PP total o parcial) ocurrió en 173 mujeres (56,5%) y PP menor (PP marginal o placenta baja) en 133 mujeres (43,5%). No hubo diferencias entre las mujeres con PP mayor y menor en relación con la edad, la paridad y los abortos previos. Después de controlar los factores de confusión, las mujeres con PP mayor mostraron una incidencia significativamente mayor de hemorragia anteparto (OR = 3,18; IC del 95%: 1,58-6,4, P = 0,001), placenta acreta (OR 3,2; IC del 95%: 1,22-8,33; P = 0,017), E histerectomía (OR 5,1; IC del 95%: 1,31-19,86, P = 0,019). La hemorragia anteparto en mujeres con PP se asoció con parto prematuro (OR 14,9; IC del 95%: 4,9-45,1, P <0,001), más comúnmente en mujeres con PP mayor. La única diferencia significativa entre las mujeres con PP mayor y menor en relación con el resultado neonatal fue que el PP mayor se asoció con una mayor incidencia de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales (p = 0,014). **Conclusión:** La placenta previa, completa o parcial, se asocia con mayor morbilidad que la placenta previa marginal o placenta de inserción baja(4). **Palabras claves:** factores de riesgo, morbilidad, tipos de placenta previa.(4).

B. ANTECEDENTES NACIONALES:

Autor: Saldaña, D (2016). Resultados neonatales según el tiempo del parto en placenta previa estable. Trujillo.

Se tuvo como objetivo determinar si las complicaciones neonatales tenían mayor acaecimiento en el parto pretérmino tardío que en el parto a término precoz en pacientes con diagnóstico de placenta previa estable en el Hospital Regional Docente de Trujillo, desde Enero del 2010 hasta Diciembre del año 2015. Se siguió un método de estudio Analítico, observacional, de cohortes retrospectivas, se evaluaron 252 casos registrados, se distribuyeron estas historias clínicas en dos grupos;

cohorte I, 161 recién nacidos de 34 a 37 semanas y cohorte II, 91 recién nacidos de 38 semanas, en ellos se hizo una comparación de la incidencia de complicaciones neonatales, como son el síndrome de distress respiratorio, peso bajo y peso muy bajo relativo a la edad gestacional, síndrome de aspiración meconial, internamiento en UCI, Apgar <7 a los 5', anemia neonatal, convulsiones y muerte neonatal. Como resultados se pudo observar que el promedio de la edad gestacional en la cohorte I y II fueron $35,76 \pm 0,89$ y 38 semanas respectivamente ($p < 0,001$); el peso promedio al nacer en la cohorte I y II fueron $2369,73 \pm 492,85$ y $3593,41 \pm 272,27$ gramos respectivamente ($p < 0,001$). La incidencia de complicaciones en el neonato, ya sea en el momento de su nacimiento o en el periodo mediato, en la cohorte I fue 70,19% y en la cohorte II fue 13,19%; $p < 0,001$ con un RR = 15,50 IC 95% [8,55 – 28,10]; las principales complicaciones se relacionan prematuridad y el peso: Muy pequeño para la edad gestacional (3,11% vs 0%) ($p = 0,090$); pequeño para la edad gestacional (22,36% vs 3,30%) ($p < 0,001$) y síndrome de distrés respiratorio (18,01% vs 5,49%) ($p < 0,01$); las complicaciones restantes no obtuvo valores estadísticamente significativos. Se concluye en que la incidencia de complicaciones neonatales en el parto pre término tardío es mayor que en el parto término precoz en mujeres gestantes con placenta previa estable. (5). **Palabras claves:** Placenta previa estable, complicaciones neonatales, edad gestacional.(6).

LLontop, Y(2016). Valor de la ultrasonografía en el diagnóstico de acretismo placentario en gestantes con placenta previa del hospital Belén de Trujillo.

Objetivo: Determinar si la ultrasonografía influye significativamente para diagnosticar acretismo placentario en pacientes con placenta previa ingresadas en el Hospital Belén de Trujillo. Se efectuó un estudio retrospectivo, observacional, y analítico, de pruebas diagnósticas. A una

muestra que se constituyó con 96 gestantes con diagnóstico de placenta previa, la muestra se dividió en 2 grupos: con acretismo placentario y sin acretismo placentario. Como resultados se encontró que en el grupo de gestantes con acretismo placentario, la edad materna y el grado de paridad tuvieron valores significativamente mayores con respecto al grupo de pacientes sin acretismo placentario. Los valores obtenidos en el diagnóstico de acretismo placentario para sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de la ultrasonografía fueron los siguientes 84%; 89%; 53% y 97% respectivamente. La ultrasonografía como medio para diagnosticar acretismo placentario tuvo una exactitud de pronóstico de hasta 89%. En conclusión se deduce que la ultrasonografía tiene valor en el diagnóstico de acretismo placentario en gestantes con placenta previa del Hospital Belén de Trujillo.(6).**Palabras Clave:** Ultrasonografía, valor diagnóstico, acretismo placentario.(7).

Malca, R (2014). Cesárea en labor de parto como factor protector de placenta previa. Trujillo.

El objetivo fue realizar una evaluación de la cesárea como factor protector de placenta previa en la labor de parto. Se realizó un estudio observacional, analítico, de casos y controles, se realizó la evaluación a una muestra de 222 gestantes con historial de cesárea, la muestra fue distribuida en dos grupos (74 pacientes con placenta previa y 148 pacientes sin esta condición), la totalidad de estas pacientes fueron ingresadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo desde Enero del 2001 hasta Diciembre del 2014. Como resultados se obtuvo que el grupo de casos tuvo un promedio de $29,97 \pm 6,09$ años, para el del grupo de control se tuvo un promedio $29,11 \pm 5,89$ años ($p > 0,05$); en relación a la edad gestacional de parto, el promedio observado para el grupo de casos fue $37,74 \pm 1,09$ semanas, y para el

grupo control $38,14 \pm 1,44$ semanas ($p < 0,05$). Para la relación existente entre la cesárea correspondiente primer embarazo y la manifestación de placenta previa en el segundo embarazo, el grupo de casos mostro un resultado del 33,78% y el grupo control el 65,54% de ellas ($p < 0,001$); con un $OR = 0,27$ IC 95% [0,15 – 0,48]. Se concluye que la cesárea efectuada en labor de parto del primer embarazo resultó ser un factor protector para el desarrollo de placenta previa para el segundo embarazo. (7)**Palabras claves:** Placenta previa, cesárea en labor, cesárea pre labor, factor protector. (9)

1.3.2. BASES TEORICAS

A. PLACENTA PREVIA

- La SEGO en un estudio lo define a la placenta previa como la inserción parcial o total de la placenta en el segmento inferior del útero.(8)
- Según el MINSA define a la placenta previa como la implantación anormal de la placenta por carencia de superficie inoportuna en el fondo uterino.(9)

A.1. CLASIFICACION DURANTE EL EMBARAZO(10):

- **Tipo I.** Placenta baja o lateral:No llega al orificio cervical interno, pero se coloca en el segmento uterino inferior.
- **Tipo II.** Placenta marginal. Esta no sobrepasando el borde cervical, pero llega al orificio cervical interno.
- **Tipo III.** Placenta oclusiva parcial: Esta lo recubre de manera parcial el orificio cervical interno.

- **Tipo IV.** Placenta oclusiva total. Totalmente cubierta por la placenta se encuentra el orificio cervical interno.

De cara al parto se podría simplificar en:

- **Oclusiva:** (Tipo III-IV)
- **No oclusiva:** (I-II)

A.2. INCIDENCIA:

- En los últimos años se estima una incidencia de 1/ 200 embarazos. Se reporta que la placenta previa, que son las hemorragias del tercer trimestre del embarazo es la causante de un 20% que ocasionan la morbimortalidad materno fetal; es considerada como la segunda causa más frecuente que terminan en histerectomía, también como una tercera causa el uso de transfusión sanguínea durante el embarazo, parto y el puerperio.(8)
- En el Instituto Nacional Materno Perinatal, de todos los partos ocurridos entre los años 2007 y 2008 se encontró una incidencia de 0,8 a 1,02 %. (11)

A.3. ETIOLOGIA(12).

La causa específica de la Placenta Previa se desconoce, pero se han registrado condiciones que se vinculan con mayor incidencia a esta patología:

a) **Alteraciones endometriales (inflamatorias o antrópicas o miometriales):**

Antecedentes de periodo intergenesicocorto, miomas uterinos, cesárea, legrado uterino, multiparidad, edad mayor de 35 años, (miomectomia tienen cuatro veces mayor riesgo), endometritis, las gestantes con antecedentes de placenta previa tienen más posibilidad de presentar un nuevo acontecimiento.

Aumento relativo de la masa placentaria:

Tabaquismo, vivienda en altura, embarazo gemelar, eritoblastocis y feto de sexo masculino.

b) Como factor de riesgo tenemos el consumo de la **cocaína**.

A.4. FISIOPATOLOGIA (12)

A partir de las 20 semanas de gestación se forma el segmento uterino inferior (SI), teniendo un incremento superior en el tercer trimestre del embarazo. Al término, es un cono invertido de 10 cm de alto, cuya base es el anillo de Bandl y su cúspide es el orificio cervical interno. El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria, por presentar:

a. Endometrio: Por ser de menos espesor, con menor vasculatura, determina una decidua delgada y la placenta tiende a extenderse, o aplanarse por lo que el trofoblasto

invade la decidua , pared uterina y otros órganos vecinos del entorno.

b. Musculatura: Presenta reducida cantidad de fibra muscular en comparación al segmento superior y con una cantidad superior de fibras colágenas, que incrementa la propiedad de distensión, pero con menor fuerza para llegar a producir un colapso de vasos sanguíneos, complicando la hemostasia en caso de ocurrir el desprendimiento parcial de la placenta y por supuesto, durante el alumbramiento.

c. Membranas: es mucho más frecuente la incidencia de rotura prematura de membranas, por lo que el borde placentario es más grueso y menos elástica.

d. Cordón: Por el desarrollo escaso de la decidua ocurre la atrofia de los cotiledones siendo frecuente la inserción velamentosa del cordón.

Solo si se desprende la placenta previa esta empieza a sangrar. Las causas de desinserción son:

En el embarazo: Al moldearse y desarrollarse el segmento inferior (la capacidad de elongación es más que la placenta), en cada retracción del útero, el cuerpo uterino elonga el segmento inferior, porrazón de las contracciones de Braxton – Hicks.

En el parto: Las contracciones van a impulsar a las membranas ovulares al canal cervical y ocasiona la dilatación del cérvix.

A.5. FACTORES DE RIESGO(12)

Una circunstancia de riesgo es aquello que aumenta la posibilidad de contraer alguna afección o enfermedad. Los factores de peligro que incluyen son:

- 1.) Gestantes multíparas, las gestaciones sucesivas va siendo substituida por tejido cortical, en las que la zona de inserción placentaria, ocasionando la disminución para la implantación de la zona habitual.
- 2.) Embarazadas con edad mayor de 35 años.
- 3.) Gestantes con antecedentes de Cirugías previas (miomectomía, cesáreas anteriores, operaciones plásticas por malformaciones uterinas).
- 4.) Mujeres embarazadas con antecedentes de varios abortos o legrados uterinos enérgicos que imposibilitan la regeneración del endometrio uterino.
- 5.) Mujeres con embarazos múltiple (dos o más fetos)
- 6.) Modificaciones funcionales de la mucosa, miomas submucosos y presencia de pólipos endometriales, sinequias intrauterinas o endometriales residuales localizadas.

Otros factores de riesgo

Tenemos mujeres con previos registros de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, feto de sexo masculino, raza negra, tabaquismo, cocaína.

A.6. CUADRO CLINICO(8)

El síntoma principal de la placenta previa es la metrorragia que se presenta en la segunda mitad del embarazo, caracterizada por:

- ✓ La presencia de Sangre roja, rutilante y fresca.
- ✓ La presencia de fluidos (sangre), es silenciosa, sin dolor (salvo si se presentara contracciones).
- ✓ Sorpresiva: El sangrado se presenta cuando la gestante se encuentra descansando, sin presencia de molestias previas. La embarazada puede despertarse en un charco de sangre sin causa aparente.
- ✓ Externa: Existe riesgo de la madre en relación a la sangre o hemorragia presentada.
- ✓ Habitualmente la primera hemorragia no compromete el estado general de la gestante, es de regular cuantía, y generalmente se suspende de manera espontánea.
- ✓ Recidivantes: los sucesos del sangrado se presenta a medida que va progresando la gestación son más abundantes, con intervalos cada vez menores.

La hemorragia vaginal se presenta en el 80% de los casos; sangrado uterino + dinámica uterina en un 10-20% y solo en un 10% se presentan sin síntomas, esto son detectadas por ecografía.

El sangrado vaginal procede habitualmente por el desprendimiento de una Placenta Previa no oclusiva durante el embarazo; en el parto de la oclusiva, siendo en este caso el primer y único acontecimiento, y de mayor magnitud.

La precocidad de la primer sangrado indica un mal pronóstico evolutivo.

El primero evento de hemorragia se manifiesta 1/3 previo a las 31 semanas, 1/3 comprendido en la semana 32 y 36, y 1/3 arriba las 37 semanas.

En la revisión física de la gestante, la anemia materna se relaciona con la cantidad del sangrado. A la palpación, el útero se encuentra normal. En labor de parto, las contracciones uterinas son normales. Durante las contracciones, el dolor es frecuente.

La Placenta Previa en el útero actúa a modo de tumor previo, por lo que son frecuentes y de alta incidencia, igualmente las presentaciones de tronco, podálicas (30%) y las posteriores (15%). A la inversa, una presentación de vértice, con buen apoyo en la pelvis, nos debe hacer pensar en otra patología de hemorragia uterina.

Los latidos cardiacos fetales frecuentemente se mantienen en normalidad. Conjuntamente a la regularidad sinusoidal en el monitoreo electronico fetal indicaría que el feto también ha sangrado al desprenderse la placenta. Como consiguiente el estado fetal dependerá del compromiso materno.

A.7. DIAGNOSTICO(8)

Anamnesis:

- ✓ Observar las características del sangrado vaginal, factores de riesgo, etc.

Exploración física:

- ✓ Al examen abdominal el útero es blando e indoloro, sin dinámica uterina.
- ✓ El tacto vaginal, es restringido.
- ✓ Al examen con el espejo nos va a acceder a comprobar el inicio de la hemorragia y confirmar o descartar otras patologías locales asociados al sangrado.

Ecografía:

- ✓ Varios estudios afirman que la **ecografía transvaginal** como método para diagnosticar es de certeza para placenta previa. Su uso no aumenta el peligro de sangrado y posee una sensibilidad mayor que la ecografía abdominal para su localización de la placenta.

- ✓ Es fundamental establecer el diagnóstico de la placenta previa con la presencia de tejido placentario en la zona del segmento inferior del útero, anterior, posterior o lateralmente.

- ✓ La placenta previa antes de las 24 semanas ya sea parcial o marginal, se debe explicar con mucho cuidado sobre todo en embarazadas asintomáticas. Usualmente al avanzar el embarazo deja de serlo si el borde craneal se expande hasta el fondo uterino.

Antes de establecer un diagnóstico definitivo, se debe realizar un seguimiento ecográfico hasta el tercer trimestre de gestación.

Es muy posible que persista siendo la placenta previa en el momento del parto cuando el grueso de la placenta se localiza obstruyendo el orificio del cérvix interno en el segundo trimestre.

Con sospecha de placenta previa total siendo asintomáticas, se debe aclarar el diagnóstico para posteriormente realizar la planificación del manejo respectivo para el tercer trimestre y parto, realizar una ecografía transvaginal a las 32 semanas de gestación.

Eco doppler color

El examen imagénologica por ecodoppler color debe ser puntual y exacto con placenta previa en gestantes quienes tengan un peligro aumentado de una patología como la placenta ácreta. Cuando no es factible la exploración, la embarazada requerirá un manejo como si se tratase de un acretismo placentario mientras no se compruebe lo contrario.

Cardiotocografía:

- ✓ Examen para comprobar el bienestar fetal.

Exámenes Auxiliares:

- ✓ Perfil de coagulación, glucosa, Urea, y Creatinina, Hemograma completo, Grupo Sanguíneo y Rh, Pruebas cruzadas, Examen completo de Orina y depósitos de sangre.

A.8. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL (8)

Consideramos todos aquellos motivos de hemorragia vaginal de la segunda mitad del embarazo como:

- Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP)
- Rotura Uterina
- Pólipos, neoplasias, lesiones traumáticas, etc. (Lesiones vaginales o cervicales).
- Seno venoso marginal y Rotura de vasa previa.

TABLA 1
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE PLACENTA PREVIA, DPP
NI, ROTURA UTERINA

VARIABLE	PLACENTA PREVIA	DPPNI	RUPTURA UTERINA
Inicio	Insidioso	brusco	brusco
Hemorragia	Externa	Interna y/o Externa	Interna
Sangrado	Rojo Rutilante	Rojo Oscuro	Rojo
Hipertensión	No	Frecuente	No
Shock	Ocasional	Frecuente	Frecuente
Dolor	No	Si	Previo
Útero	Tono Normal	Hipertónico	No se palpa.
Palpación fetal	Normal	Difícil	Fácil
Cicatriz Uterina	Eventualmente	No	Habitual
Ecografía	Placenta Previa	Placenta Normoinserta	Variable.
Contracciones uterinas	No	Si	Previo
Bienestar fetal	Normal	Alterado	Alterado

FUENTE: Fundamento de Obstetricia 2007

A.9. MANEJO ESPECÍFICO (11)

1.-De acuerdo a la capacidad del sangrado:

Sangrado severa, Es considerada por la pérdida de sangre que conlleva a taquicardia, hipotensión arterial y cambios hemodinámicos.

- ✓ Realizar una cesárea a cualquier edad del embarazo.
- ✓ Transfundir sangre de paquete globular o sangre completa, de forma previa o simultánea cuando va ingresar a sala de operaciones.
- ✓ En caso que no se logrará una hemostasia correcta en el segmento uterino inferior a pesar que se ha realizado las técnicas conservadoras, se procederá a una histerectomía .

Sangrado leve, sin cambios hemodinámicos:

- ✓ Coordinando con la unidad de neonatología, Se tendrá una actitud conservadora dependiendo de la madurez pulmonar del feto.
- ✓ Edad gestacional más de 32 semanas y menor de 34 semanas con feto inmaduro.
- ✓ Para maduración del pulmón fetal: (dos dosis) Betametasona 12 mg c/24 horas, una por dos días. Si no

se contara con Betametasona debe usar Dexametasona 4 mg EV c/6 horas por 2 días (8 dosis).

- ✓ Se terminara la gestación por al vía más rápida y adecuada, si la hemorragia no cede.
- ✓ De acuerdo con las pruebas de madurez fetal (por ecografía). Feto maduro.
- ✓ Según el caso lo amerita se debe terminar la gestación por la vía más apropiada (parto vaginal o cesárea).

2.- Según la localización de la placenta:

- ✓ Realizar una cesárea Sí Placenta previa total.
- ✓ Realizar parto vaginal monitorizado con Placenta previa marginal o Inserción baja.
- ✓ Si el parto fuera inminente la vía es vaginal en Placenta previa parcial:(con dilatación mayor de 8 cm) y si el sangrado es escaso. Pero si el sangrado es abundante de inmediato recurrir a la cesárea.

B. TRATAMIENTO(13)

Debemos valorar:

- **El estado materno:** Cuando el sangrado vaginal aumenta se debe restituir esas pérdidas y realizar una operación de cesárea.
- **El estado fetal:** En caso de presentarse sufrimiento fetal se indicara de inmediato cesárea de emergencia, en el caso de

presentarse feto muerto se optara por la vía vaginal siempre y cuando no se encuentre en peligro la gestante.

- **Variedad anatómica de la placenta:** En las placentas de tipo III – IV que son las oclusivas, el embarazo se culminará en cesárea, y en las placentas de tipo I- II que no son oclusivas se puede optar por la vía vaginal, si se realizará rotura artificial de membranas y el sangrado continua, de inmediato se decidirá por una cesárea de emergencia.

Actitud durante la gestación: (Anexo)

En las embarazadas asintomáticas con placenta previa, se tendrá en cuenta a ejecutar un manejo conservador expectante y hemodinámico en buen estado.

EL TRATAMIENTO CONSERVADOR ESTARÍA INDICADO CUANDO: (9)

- El sangrado vaginal no es muy peligroso.
- Tener en cuenta que la gestante se encuentre estable hemodinámico.
- En embarazos menos de 36 semanas o se presenta inmadurez pulmonar.
- Si la gestante presenta trabajo de parto en fase activa.
- Gestante con Feto vivo y sin presencia malformaciones que ponga en peligro su vida y signos de sufrimiento fetal.

- Otros peligros médicos u obstétricos de la gestante que contra indiquen la prolongación del embarazo.

El manejo se basa en:

- Se considere que la gestante debe estar estable hemodinamicamente.

En feto de menos de 34 semanas emplear corticoides para la maduración pulmonar.

- Reposo en cama
- Restringir o evitar tocar la zona vaginal
- El hematocrito de la madre se debe mantener más del 30% o igual y la hemoglobina mayor de 10 g/l

Con la vigilancia estricta de la gestante y el bienestar fetal se logrará obtener la madurez del pulmón fetal en ausencia de compromiso hemodinámico. Si el sangrado compromete el estado hemodinámico de la madre y el feto, se procederá a terminar el embarazo independientemente de la edad de la gestaciónl. (14)

EL MANEJO HOSPITALARIO DE LA PLACENTAPREVIA SE

BASA EN: (10)

- Considerar el reposo absoluto en cama.
- No realizar tactos vaginales innecesarios.
- Control estricto de las funciones vitales de la madre.
- Control de pérdidas

- Realizar el control estricto y constante del bienestar fetal.
- Considerar el tratamiento para la amenaza de parto pre-término si fuera necesario.
- Tener en cuenta las pautas de los protocolos para apresurar la maduración pulmonar con corticoides si fuera necesario. Cuando la hemorragia haya disminuido y el estado de la madre y el feto es estable, se puede plantear el manejo ambulatorio después de 48 a 72 horas en ausencia de sangrado vaginal. Ante un episodio inicial, la hemorragia vaginal puede volver, siendo imposible adivinar en que momento podría ocurrir la hemorragia de cuantía y frecuencia, que podría progresar y ser más intensa. Por esta razón es muy importante que la madre esté informada y comprenda los beneficios y riesgos cuando se le de alta. Y ante un nuevo suceso de sangrado deberá acudir al hospital de forma inmediata.

Consideraciones generales:

a. Se terminará la gestación de forma electiva a las 37 semanas en las gestantes con placenta previa sintomáticas con tratamiento conservador y expectante.

b. En pacientes con placenta previa asintomática:

- Si la placenta es oclusiva se programara para una Cesárea electiva a las 37 – 38 semanas.

– En caso de placenta no oclusiva, se puede esperar que inicie el trabajo de parto y tener en cuenta la vía del parto y su progreso del caso.

La gestante obligatoriamente requiere estar al tanto de la información de las alternativas disponibles como el parto vaginal o cesárea cuando se presenta una placenta previa como también de la posible transfusión sanguínea.

– Disponer de sangre cruzada en cantidad suficiente en caso de complicaciones de la madre.

Tipo de parto

Basarse en los criterios clínicos.

1.- Indicaciones de cesárea:

- Placenta de tipo III – IV parcial o total.
- Sangrado vaginal intenso
- Gestante en mal estado general con shock o preshock.
- Gestante con presencia de sufrimiento fetal.
- Distocias de presentación asociadas
- En una placenta marginal algunos autores recomiendan la cesárea, porque la placenta puede obstruir el descenso de la cabeza fetal por el canal vaginal.

Una gestante con antecedentes de cesareada anterior, tiene la probabilidad que pueda existir un acretismo placentario, como también un riesgo de hemorragia o llegar a realizar

una histerectomía, para esto la paciente debe estar informada de los riesgos y complicaciones.

2.- Parto vaginal

El riesgo de sangrado es significativo, si el caso se presentase en una placenta marginal que llega a 2 – 3 cm del orificio cervical interno. En estas gestantes se puede lograr terminar en parto vaginal si fuera posible, en caso contrario terminar en una cesárea de emergencia para evitar complicaciones. En ciertos casos la cabeza fetal presiona o comprime la placenta que está sangrando consiguiendo la disminución de la hemorragia.

Al realizar una operación cesárea de emergencia se le debe comunicar a la gestante de las ventajas y los peligros que se puedan presentar.

Se puede realizar rotura artificial de las membranas esto si el cuello tiene condiciones, con la finalidad de facilitar el descenso de la cabeza del feto por la que comprime el borde de la placenta ayudando a disminuir la hemorragia.

Si el progreso del parto continua normal sin hemorragia o es escaso y el estado de la madre y el feto es estable se accederá por el parto, pero se debe estar preparado con el monitoreo

materno fetal, las pruebas de laboratorio y tener disponible el quirófano o Sala de Operaciones.

C. COMPLICACIONES(15)

Las complicaciones potenciales maternas pueden ser el sangrado profuso (hemorragias), shock hipovolémico y por último la muerte materna y fetal.

Puede aumentar el riesgo de infección y formación de trombos o coágulos sanguíneos, también la posibilidad de requerir transfusiones sanguíneas.

El 60% de muertes infantiles es causado por la prematuridad, generalmente ocurre antes de las 36 semanas de gestación.

MEDIDAS PARA CONTROLAR LA HEMORRAGIA DEL ALUMBRAMIENTO:(15)

La placenta previa con la hemorragia es una de las complicaciones fatales que puede ocurrir durante el embarazo, parto y después del alumbramiento. Es por la poca capacidad del segmento uterino inferior para contraerse después de la extracción placentaria.

MEDIDAS MEDICO-QUIRÚRGICAS UTILIZADAS ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA:(15)

- Realizar masaje uterino bimanual.
- Utilizar uterotónicos: como la oxitocina, ergotónicos y prostaglandinas (E2, F2a)
- Realizar legrado uterino del lecho placentario.
- Hacer taponamiento Uterino.
- Hacer aplicación de suturas hemostáticas.
- Otra medida son las ligaduras uterinas e hipogástricas.

D. PRONÓSTICO(10)

1.-Pronóstico materno

El sangrado vaginal (hemorragia) con un 60 a 65%, la infección con un 30 a 35% los accidentes tromboembolicos con un 4 a 6%Son causas de morbimortalidad materna.

El pronóstico va depender de la precocidad y la utilidad del tratamiento de la variedad anatomo clínica, de la magnitud y frecuencia de las pérdidas hemorrágicas.

2.-Pronostico fetal

Las razones más frecuentes de muerte fetal son: (los traumatismos obstétricos los prematuros, la anoxia, la anemia, y las malformaciones en los fetos).

Hay que descartar que es más frecuente el retardo de crecimiento intrauterino en cuanto a la morbilidad fetal, lo que implica un aumento de los recién nacidos de bajo peso.

Niños nacidos de madres con placenta previa, a los 4 años de edad presentaban menos peso, talla y la circunferencia cefálica menos que el promedio.

C. CONCLUSIONES

- ✓ La placenta previa puede ser causante de sangrado materno importante. Ante una gestante con hemorragia vaginal, se debe considerar como una emergencia para su tratamiento oportuno.
- ✓ La evaluación y el estado general de la gestante y el feto debe ser de forma rápida y oportuna para evitar complicaciones.
- ✓ Con las funciones vitales que se toman estrictamente en una hemorragia por placenta previa vamos a reconocer si hay compromisos hemodinámico y nos permita actuar.
- ✓ La evaluación obstétrica es muy importante como: medir la altura uterina, evaluar tono y las contracciones uterina y auscultar latidos fetales.
- ✓ Se debe programar una Cesárea con anticipación en caso que se tratara de un embarazo de a término.
- ✓ Cuando el embarazo es pre término la terminación dependerá del grado de sangrado de esta patología:
 - a) Si el sangrado es abundante, de inmediato terminar por la vía abdominal y la administración de fluidos endovenosos

(cristaloides y/o coloides), con la finalidad de lograr la estabilización hemodinámica de la paciente.

b) Cuando el sangrado es leve en la que no se compromete la vida de la madre , el manejo va a depender de:

- Su internamiento en el hospital.
- Instalación de una vía periférica
- Para alcanzar la madurez pulmonar fetal, administrar corticoides, en caso de una gestación menosde 34 semanas.
- Si presenta dinámica uterina, realizar tocolisis.
- Solicitar exámenes preoperatorios completos incluyendo pruebas cruzadas.

Es probable que ocurra hemorragia en el puerperio inmediato, por la débil capacidad de contraerse el segmento uterino inferior, además de presentarse la posibilidad de un acretismo placentario, de ser necesario puede colocarse puntos sobre el lecho placentario, y la administración de oxitocina, ergometrina y misoprostol(uterotonicos), ligadura de las arteria hipogástricas, masaje uterino, en caso de no lograr detener el sangrado, realizar una histerectomía de emergencia.

CAPITULO II

2.1. CASO CLINICO

2.1.1. INTRODUCCION

El caso de una madre de 38 años de edad, gestante de 35 semanas por fecha de última regla (FUR), que presenta sangrado vaginal sin razón ni causa aparente cuando estaba durmiendo a las 03.00 am. Se realizó una evaluación del estado general de la gestante y el feto, se confirma por ecografía Placenta Previa Oclusiva Total más gestación de 37 semanas.

El manejo inicialmente fue expectante, terminando finalmente en un cesárea de emergencia por sangrado abundante.

2.1.2. OBJETIVO

- 1.-Conocer las causas y factores de riesgo de la placenta previa en primigestas añosas**

2.1.3. DESARROLLO DEL CASO CLINICO

❖ PLACENTA PREVIA EN PRIMIGESTA AÑOSA

FEBRERO – 2017

HISTORIA CLINICA

FECHA Y HORA : 20 de Febrero del 2017 08:35 hrs.

I.-DATOS GENERALES.-

- Apellidos y Nombres : S.P.A.P
- Edad : 38 años
- Sexo : Femenino
- Ocupación : Ama de casa
- Grado de Instrucción : Técnico Superior- Secretariado Ejecutivo
- Estado Civil : Conviviente
- Religión : Católica

II.- ANAMNESIS.-

- **MOTIVO DE CONSULTA:** Paciente acude por emergencia refiriendo sangrado vaginal rojo claro, asociado a contracciones uterinas 1 cada 10 minutos, desde las 03:00 hrs., sangrado aproximadamente 1 cuchara. Se evidencia sangrado vaginal más o menos 15 cc por lo que se decide hospitalizar.

- **ANTECEDENTE DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:**

Anteriormente no presento sangrado vaginal. Solo hoy desde las 03:00 am.

- **FUNCIONES BIOLÓGICAS :**

Sed : Conservada

Apetito : Conservada

Micción : Espontanea

Deposición : Normal

Sueño : Conservado

Libido : Disminuido

III.- ANTECEDENTES.-

3.1.1.-ANTECEDENTES PERSONALES.-

- Enfermedades : Niega

- Hospitalización : Niega

- Intervención Qx. : Niega

- Transfusión Sanguínea : Niega

- Consumo de Tabaco : Niega

- Consumo de Droga : Niega

- Alergia a medicamento : Niega

3.1.2.-ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICAS.-

GINECOLOGICOS

- Menarquia : 17 años
- Régimen Catamenial : 3-5 días/28-30 días,
Cantidad regular.
- Historia Anticonceptiva : MAC Oral ultimo
Mayo-16
- Resultado ultimo de PAP : PAP(-) Enero 2016
IVAA : Niega
- ITS previa : Niega
- Inicio de Relaciones Sexuales : 18 años
- Fecha de ultima relación sexual : Hace 5 semanas
- N° Parejas sexuales en el último año : 01
- Comportamiento sexual de riesgo : No

OBSTETRICOS

- FUR : 19 - 06 - 16
- FPP : 24 - 03 - 17
- EG x FUR : 35 sem.
- EG x ECO : 37 Sem. (20 - 02 -17)
- G 1 P 0000
- APN : 03 PS. V.M.T

N° de Gestación	Fecha	Tipo de Parto	A Terminó	Sexo	Peso	Complicaciones	Lugar
G1	2017	Actual	-----	-----	-----	Planificado	-----

3.1.3.- ANTECEDENTES NUTRICIONALES.-

- Estado Nutricional eutrófico.
- Ganancia de peso ponderal 11 Kg.

3.1.4.- ANTECEDENTES FAMILIARES.-

- Padres vivos aparentemente sanos.
- Hermanos: 2 masculinos- 1 femenino, aparentemente sanos.
- Pareja de 37 años, comerciante, secundaria completa, aparentemente sanos

IV.- EXAMEN FISICO.-

- Estado General : AREG,LOTEP,AREN,AREH
- Funciones Vitales :P/A = 90/60 mmHg
FC = 80 por minuto
FR = 18 por minuto
T° = 36.7° C

- Peso : 56 kg.
- Talla : 1.46 cm
- Peso Pre-gestacional : 45 Kg.
- Piel y Mucosas : Normal, húmeda e hidratadas.
- Cabeza : Normocéfalo
- Cuello : Tumores no palpables, normofonético.
- Mamas : Blandas, no tumoración ala palpación.
- Cardiovascular : Ruidos cardiacos audibles y rítmicos, no soplos cardiacos.
- Pulmones : Murmullo vesicular conservado, sin estertores.
- PPL Derecho : Negativo.
- PPL Izquierdo : Negativo.
- Abdomen : No cicatrices. Ruidos hidroaéreos presentes.

AU= 29 cm SPP= LCI LCF= 140 x' MF=

++

DU= Ausente

- Examen Pélvico :
 - Genitales Externos: Vello púbico ginecoide, no cicatrices.
 - Genitales Internos :
 - Especuloscopia: Se evidencia sangrado vaginal más o menos de 15 cc rojo oscuro. Cérvix largo.

– Tacto Vaginal: Vagina amplia, elástica, profunda, cérvix central de consistencia blanda.

Orificio cervical externo entreabierto.

Orificio cervical interno cerrado.

Pelvimetría:

Pelvis ginecoide.

Conjugado Diagonal mayor de 12 cm.

Excavación sacra: cóncavo.

Espina ciáticas romas

Angulo Sub púbico mayor de 90°.

Biisquiático mayor de 8 cm.

- Miembros Inferiores: Edema = Sin edema.

Varices = Sin varices.

Reflejo Rotuliano = (++)

IV.- EVALUACION NUTRICIONAL.-

- IMC : 26 (vn. 18.5 – 24.9)

EVOLUCION CLINICA

DIAGNOSTICO AL INGRESO POR EMERGENCIA.-

➤ **20-02-17 09.45 Hrs.**

DX.- 1.-Gestante de 35 sem. X FUR

2.-Hemorragia de la 2° mitad del Embarazo.

D/C Placenta Previa.

PLAN.-

1.-Hospitalización.

2.-DB +LAV

3.-ClNa 9 % x 1000 cc a 30 gotas por minuto.

4.-Reposo absoluto.

5.-Paño perineal permanente.

6.-Control de funciones vitales cada 6 horas.

7.-Ss. Hemograma Completo, Grupo Sanguíneo y Factor Rh, Tiempo de Coagulación y Tiempo de Sangría, examen de Orina Completo, RPR, VIH y Ecografía Obstétrica.

➤ **20-02-17** **13.55 Hrs.**

Paciente ingresa a hospitalización en AREG, LOTEPE.

CFV : P/A = 100/70 mmHg

FC = 86 x'

FR = 18 x'

T° = 36.8° C

Control Obstétrico:

AU = 29 cm

DU = Ausente

LCF= 150 x'

Sangrado Vaginal= escaso

MF= ++

No Perdida de L.A

➤ **20-02-17** **14.30 Hrs.**

Es evaluada por médico de turno en hospitalización y deja indicaciones.

- DX:** 1.-Gestante de 35sem. X FUR.
2.-No Labor de Parto.
3.-Hemorragia de la 2° mitad del Embarazo.
D/C Placenta Previa

PLAN:

- 1.-Autocontrol de movimientos fetales.
- 2.- Control Obstétrico estricto.
- 3.-DB + LAV
- 4.-CINa 9% x 1000 cc a 30 gotas por minuto.
- 5.-Reposo Absoluto.
- 6.-Paño perineal permanente.
- 7.-Vigilar signos de alarma.
- 8.-De presentar sangrado vaginal mayor o igual a 300cc
Culminar con la gestación por vía alta.
- 9.-Ss. Ecografía obstétrica más Perfil Biofísico.
- 10.-Ss. Pruebas Pre Quirúrgicas.
- 11.-Reevaluar con resultados.

➤ **20-02-17** **18.00 Hrs**

Llegan resultados de laboratorio y ecografía obstétrica.

RESULTADOS DE LABORATORIO:

1.-HEMOGRAMA COMPLETO:

• Recuento Celular :

Glóbulos Blancos	.....	9800/mm ³
Plaquetas	.....	249000/mm

• Recuento Diferencial :

Segmentarios	.....	76%
Abastoados	.....	0%

Eosinofilos	.....	2%
Basófilos	.....	0%
Monocitos	.....	0%
Linfocitos	.....	22%

2.-HEMATOCRITO : 31% (VN. En mujeres 37% - 42 %

3.- GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH: "O" Positivo.

4.-TIEMPO DE COAGULACION : 6 minutos.

5.-TIEMPO DE SANGRIA : 2 minutos 30 segundos

6.- HEMOGLOBINA : 10.6 gr/dl (VN. en mujeres 12-16 gr/dl)

7.-VDRL : No Reactivo (Resultado cualitativo)

8.-VIH : No Reactivo (Prueba Rápida)

9.- EXAMEN DE ORINA COMPLETO:

- Aspecto Químico:

Proteínas : Negativo.

Leucocitos : 8-10 x campo

- Sedimento Urinario:

Células epiteliales: Abundante cantidad.

10.-PLAQUETAS: 236000/mm³.

ECOGRAFIA OBSTETRICA: 20 – 02- 17

1.-DESCRIPCION :

-Se observa feto con actividad cardiaca presente.

-Morfología de los órganos fetal ecográficamente normal.

2.-FETO : - Situación = Longitudinal

- Presentación = Cefálica.

- Posición = Izquierda

3.-PLACENTA : - Lateral izquierda que llega a cubrir OCI.
- Grado II/III

4.-LIQUIDO AMNIOTICO:

-Volumen normal.

- Pozo mayor a 29.

- ILA promedio.

5.-BIOMETRIA FETAL:

-DBP 89.1 mm 36 sem.

-Circ. Cefálica 319.1 mm 36 sem.

-Circ. Abdominal 352.1 mm 36 sem.

-Longitud de Fémur 71.0 mm 36 sem.

6.-LATIDOS FETALES : 150 x'

7.-SEXO : Masculino.

DX.- 1.-GESTACION DE 37 SEM. x M.P.E

2.-PLACENTA PREVIA TOTAL

➤ **21 – 02 – 17 06.45 Hrs**

Paciente en AREG, LOTE P.

CFV: P/A = 90/50

FC = 76 x'

FR = 18 x'

T° = 36.6°C

Control Obstétrico:

AU = 29 cm DU = Ausente
LCF = 155 x' Sangrado Vaginal= escaso
MF = ++ No Perdida de L.A
SPP= LCI

➤ **21 – 02 – 17 08.00 Hrs**

Paciente es evaluada por médico de turno.

DX: 1.-Gestante de 37sem. X ECO tardío.

2.-No labor de Parto.

3.-Hemorragia de la 2º mitad del Embarazo.

Placenta Previa Total.

4.-Anemia Leve.

PLAN:

1.- Reposo Absoluto.

2.-Autocontrol de movimientos fetales.

3.- Control Obstétrico estricto.

4.-DC + LAV

5.-CINa 9% x 1000 cc a 30 gotas por minuto.

6.- Vigilar sangrado.

7.-Paño perineal permanente.

8.-De presentar sangrado vaginal mayor o igual a 300 cc

Culminar con la gestación por vía alta

9.-Sulfato Ferroso 300 mg. VO cada 24 horas.

➤ **21 – 02 – 17 14.00 Hrs**

Llega respuesta riesgo Qx. de cardiología.

RIESGO QX:

Presión arterial (P/A) = 90/60 mmHg

Frecuencia cardiaca (F/C) = 70 x´

No soplos cardiacos.

RIESGO Qx I

➤ **22 – 02 – 17 03.40 Hrs**

Paciente presenta sangrado vaginal abundante más o menos de 200 cc en paño perineal, rojo rutilante.

CFV:P/A = 90 / 60 mm Hg

FC = 82 x´

FR = 20 x´

T°= 36.5° C

Control Obstétrico:

DU = Ausente MF = (++)

LF = 140-155x´ TV = Diferido

Se comunica al equipo de guardia.

➤ **22 – 02 – 17**

04.00 Hrs: Medico evalúa al paciente e indica preparar para SOP.

04.30 Hrs: gestante ingresa a Sala de Operaciones para una iintervenciónQx.
Con diagnostico pre-operatorio.

Dx.- 1.-Gestante de 37 sem. X ECO.

2.-Placenta Previa Total.

04.45 Hrs: Recién Nacido sexo masculino.

Peso = 2990 Kg

Talla = 48 cm

PC = 33 cm

PT = 32 cm

Apgar = 8 - 9

Ex. Por Capurro = 37 sem.

05.10 Hrs: Paciente sale de SOP lucida, orientada en tiempo y espacio, con escalofríos

CONTROL POST- OPERATORIO INMEDIATO

HORA	P/A	FC	INVOLUCION UTERINA	LOQUIOS	HERIDA OPERATORIA	T°
05.15	100/85	85x´	Contraído	Poca cantidad	Limpio y seco	36.6°
05.30	100/84	85x´	Contraído	Poca cantidad	Limpio y seco	.....
05.45	108/82	86x´	Contraído	Poca cantidad	Limpio y seco	.....
06.00	108/80	84x´	Contraído	Poca cantidad	Limpio y seco	.....
06.15	100/79	83x´	Contraído	Poca cantidad	Limpio y seco	.....
06.30	100/76	80x´	Contraído	Poca cantidad	Limpio y seco	.....
06.45	100/76	79x´	Contraído	Poca cantidad	Limpio y seco	.....
07.00	98/64	66x´	Contraído	Poca cantidad	Limpio y seco	36.8°

07.15 Hrs: Termina las 2 Hrs post cesárea y queda con Cl Na 9% x 1000cc
+ 20 UI oxitocina a 30 gotas x´. Útero contraído de 21 cm.

08.00Hrs: Paciente refiere dolor en herida operatoria.

CFV: Presión Arterial = 90/56 mmHg

Frecuencia Cardiaca = 76 x´

Frecuencia Respiratoria = 20 x´

Temperatura = 36.6°C

Al examen físico:

- Piel y mucosas : Palidez leve, hidratadas.
- Mamas : Secretantes
- Abdomen : Herida operatoria sin signos de inflamación y afrontada. Apósitos secos y limpios.

Altura Uterina = 19 cm

- Genit. Externos : Loquios en poca cantidad sin mal olor.

DX.-1.- Puérpera Inmediata de Parto Distócico.

2.- Anemia Leve.

TTO.-

1.-Dieta líquida + líquidos a voluntad.

2.-Cl-Na 9% x 1000cc + 20 UI Oxitocina a 30 gotas x´.

3.-Ceftriaxona 1gr EV c/12 horas.

4.-Metamizol 2 gr EV condicional a dolor interno.

5.-Control de Hemoglobina 6 horas post cesárea.

6.-Lactancia materna exclusiva.

7.-Orientacion y consejería en Planificación Familiar.

8.-Masaje uterino.

9.-Vigilr signos de alarma.

10.-Cualquier eventualidad avisar al equipo de guardia.

11.-Control de funciones vitales cada 6 horas.

12.-Sulfato Ferroso 300 mg VO C/24 horas.

15.00 Hrs. Hemoglobina = 8.8 gr/dl

➤ **23-02-17 07.00 HRS**

Paciente AREG, LOTEPE.

Refiere leve dolor en zona de herida operatoria.

CFV: PA=100/60 mmHg

Frecuencia Cardiaca =72 x´

Frecuencia Respiratoria =21 x

Temperatura =36.8°C

Al Examen Físico:

- Piel y mucosas: Palida, hidratadas.
- Mamas : pezones formados, secretantes
- Abdomen : Herida operatoria afrontada.

Apósitos secos y limpios.

AU = 16 cm, Útero contraído.

- Genit. Externos: Loquios escasos, sin mal olor.

DX.-1.- Puérpera de Parto Distócico.

2.- Post operada de I día.

3.- Anemia Moderada.

TTO.-1.- Dieta blanda.

2.- CI Na 9% x 1000cc + 20 UI oxitocina a 30 gotas

3.- Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas.

- 4.- Sulfato Ferroso 300 mg VO cada 12 horas.
- 5.-Lactancia materna exclusiva.
- 6.-Curacion de Herida Operatoria.
- 7.-Deambulacion asistida.
- 8.- Orientación y consejería en Planificación Familiar.
- 9.- Vigilar signos de alarma.
- 10.- Cualquier eventualidad avisar al equipo de guardia.
- 11.- Control de funciones vitales cada 6 horas.

➤ **24-02-17 07.10 HRS**

Puérpera lucida AEG, LOTEPE, refiere leve dolor en herida operatoria y estreñimiento.

CFV: PA=100/70 mmHg

FC=70 x´

FR=19 x´

T°=36.9°C

Al Examen Físico:

- Piel y mucosas : Palidez leve, húmedas.
- Mamas : Secretantes
- Abdomen : Herida operatoria en buenas condiciones.

Apósitos secos y limpios.

AU = 15 cm, Útero contraído.

- Genit. Externos:Loquios escasos, sin mal olor.

DX.-1.- Puérpera de Parto Distócico.

2.-Post operada de II día.

3.- Anemia Moderada.

TTO.-1.- Dieta blanda +Líquidos a voluntad.

2.- Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas.

3.- Sulfato Ferroso 300 mg VO cada 12 horas.

4.-Lactancia materna exclusiva.

5.- Lactulosa 15 cc VO cada 8 horas.

6.-Deambulacion asistida.

7.- Orientación y consejería en Planificación Familiar.

8.- Control de funciones vitales cada 6 horas.

➤ **25-02-17 07.00 HRS**

Puérpera en AREG, LOTE P.

Refiere sentirse bien.

CFV:PA=90/60 mmHg

FC=89 x´

FR=20 x´

T°=36.6°C

Al Examen Físico:

- Piel y mucosas: Palidez leve, húmedas.
- Mamas : Secretantes.
- Abdomen : Útero contraído.AU=13 cm
Apósitos secos y limpios.

- Genit. Externos : Loquios escasos, sin mal olor.

DX.-1.- Puérpera de Parto Distócico.

2.-Post operada de III día.

3.- Anemia Moderada.

PLAN.- Alta con indicaciones.

10.00 HRS Paciente solicita Método Anticonceptivo Parenteral Trimestral.

12.00 HRS Alta con indicaciones y recomendaciones.

- 1.- Cita en consultorio de gineco- obstetricia en 7 días.
- 2.- Cita en consultorio de Planificación Familiar según cita.
- 3.- Higiene vulvoperineal 3 veces al día.
- 4.- No relaciones sexuales por 40 días.
- 5.- Lactancia materna exclusiva.
- 6.- Sulfato ferroso 300 mg VO cada 24 horas x 30 días.
- 7.- Paracetamol 500 mg VO condicional al dolor.
- 8.- Acudir por emergencia si presenta fiebre, sangrado

Vaginal o secreción mal oliente.

DX. EGRESO:

DX.- 1.- Puérpera mediata de Parto Distócico.

2.- Post operada de III día.

3.- Anemia Moderada.

CAPITULO III

3.1. CONCLUSIONES:

- ✓ En el presente caso se pudo corroborar que el único factor de riesgo fue la edad de la gestante, como condicionante de la placenta previa total. La historia clínica no describe otros factores ni antecedentes que pudieran generar una mala inserción placentaria, una vez más el control prenatal insuficiente, es un indicador de riesgo obstétrico, para la detección temprana de patologías como la placenta previa y así evitar complicaciones materno fetales, como la anemia postcesarea y prematuridad.

- ✓ En relación al manejo y tratamiento brindado, fue expectante en todo momento, por el mínimo sangrado vaginal y bienestar fetal adecuado.

3.2. RECOMENDACIONES

- ✓ La atención pre natal de toda gestante debe ser apropiado, es decir debe ser preciso y constante; está comprobado que en la atención primaria se diagnostica a un buen porcentaje de placentas previas.
- ✓ Realizar ecografía a toda gestante con sospecha de placenta previa, para confirmar el diagnóstico y el tratamiento oportuno.
- ✓ El banco de sangre debe estar abastecido ya que es muy necesario en esta patología.
- ✓ Las gestantes deben tener una dieta balanceada y adecuada ya que a tasa de anemia es alta en nuestra población y porque la complicación materna más común en placenta previa es la anemia post parto.
- ✓ Las gestantes deben ser referidas de forma oportuna a un establecimiento de mayor complejidad resolutive en pacientes con placenta previa para realizar una cesárea oportuna en la que va a contribuir a disminuir la morbimortalidad materno perinatal .
- ✓ Se debe informar a las pacientes post cesareadas sobre los riesgos de tener placenta previa en su siguiente embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fan D, Xia Q, Liu L, Tian G, Wang W, Wu S, et al. The incidence of postpartum hemorrhage in pregnant women with placenta previa: a systematic review and meta-analysis. Scientific reports. 2017 Jan 20; 12(1).
2. Sekiguchi A, Nakai A, Kawabata I, Hayashi M, Takeshita T. Type and location of placenta previa affect preterm delivery risk related to antepartum hemorrhage. International journal of medical sciences. 2013 Sep. 24; 10(12): p. 1683-8.
3. Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. Arch Gynecol Obstet. 2011; p. Jul;284(1):47-51.
4. Bahar A, Abusham A, Eskandar M, Sobande A, Alsunaidi M. Risk factors and pregnancy outcome in different types of placenta previa. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA-MEDICINA REPRODUCTIVA. 2009 Febrero; 31(2): p. 126-31.
5. Saldaña D. Resultados neonatales según el tiempo del parto en placenta previa estable. Trujillo; La libertad; 2016.
6. Llontop Y. Valor de la ultrasonografía en el diagnóstico de acretismo placentario en gestantes con placenta previa del hospital Belén. Trujillo; La Libertad; 2016.
7. Malca R. Cesárea en labor de parto como factor protector de placenta previa. Trujillo; La Libertad; 2014.
8. SEGO. FUNDAMENTOS DE OBSTETRICIA (SEGO) ESPAÑA: GRAFICAS MARTE, S.L.; 2007.
9. MINSA. GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA ATENCION DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS SEGUN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA LIMA: SINCO EDITORES; 2007.
10. SEGO. Fundamentos de Obstetricia ESPAÑA: GRAFICAS MARTE, S.L.; 2007.
11. Perez-Aliaga C. HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO. REVISTA PERUANA DE GINECOLOGIA OBSTETRICA. 2010; 56(1): p. 19.
12. Salinas P. H, Parra C. M, Valdez R. E. OBSTETRICIA, DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE CHILE; 2005.
13. Bajo J, Melchor J, Merce L. ESPAÑA: GRAFICAS MARTE, S.L.; 2007.

14. Bajo J, Melchor J, Merce L. FUNDAMENTOS DE LA OBSTETRICIA ESPAÑA; 2007.
15. Vergara G. PROTOCOLO PLACENTA PREVIA CALVO CMR, editor. COLOMBIA; 2009.
16. PERINATAL, INSTITUTO NACIONAL MATERNO. GUIAS CLINICAS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGIA LIMA; 2010.
17. Bajo Arenas J, Melchor Marcos J, Merce L. FUNDAMENTOS DE LA OBSTETRICIA ESPAÑA; 2007.
18. Bajo Arenas J, Melchor Marcos J, Merce L. FUNDAMENTOS DE LA OBSTETRICIA ESPAÑA: GRAFICAS MARTE,S.L.; 2007.
19. Sekiguchi , Nakai A, Kawabata I, Hayashi M, Takeshita T. Tipo y ubicacion de la placenta previa afectan el riesgo de parto prematuro relacionado con hemorragia antes del parto. Departamento de Obstetricia y Ginecologia,escuela de medicina de Nippon,Tokio Japon. 2017.
20. AHMED BAJAR FAEASMA. FACTORES DE RIESGO Y RESULTADO DEL EMBARAZO EN DIFERENTES TIPOS DE PLACENTA PREVIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA-MEDICINA REPRODUCTIVA. 2009.
21. Rivero-Perez Y, Gutierrez N, Romero C, Fragoso Y. Factores epidemiologicos relacionados con la placente previa. Revista cubana de Gineco-obstetricia. 2009; 13(2).
22. Guisado C. Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero- setiembre 2015 en el HNERM. 2016.
23. Bajo Arenas J, Melchor Marcos J, Merce L. Fundamentos de Obstetricia ESPAÑA: GRAFICAS MARTE,S.L.; 2007.