

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

HEMORRAGIA POST PARTO POR RETENCIÓN PLACENTARIA EN CENTRO DE SALUD

HUANCARAY, APURÍMAC 2021

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic. Obst. RUTE LISSET VALDEZ OYOLA

Para Optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

TACNA – PERÚ

2023

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

HEMORRAGIA POST PARTO POR RETENCIÓN PLACENTARIA
EN CENTRO DE SALUD HUANCARAY, APURÍMAC 2021

TRABAJO ACADÉMICO

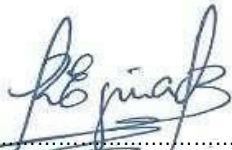
Presentado por:

Lic. Obst. RUTE LISSET VALDEZ OYOLA

Para Optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICA

Aprobado por unanimidad ante el siguiente jurado.



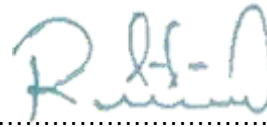
.....
Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo
Presidenta Del Jurado



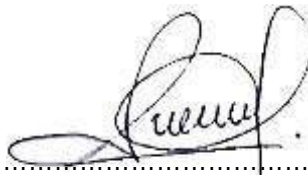
.....
Dra. Iris Eufemia Paredes Gonzales
Secretaria Del Jurado



.....
Mgr. Karen Meddellit Mendoza Gutierrez
Vocal Del Jurado



.....
Lic. Obst. Rute Lisset Valdez Oyola
Sustentante



.....
Mgr. Soledad Carmen Sotelo
Asesor

CERTIFICADO DE SIMILITUD

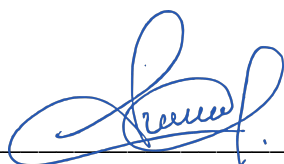
Yo, Soledad Carmen Sotelo Gonzales en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 11494-2022-FACS-UNJBG, del trabajo académico titulado:

HEMORRAGIA POST PARTO POR RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD HUANCARAY, APURÍMAC 2021.

Presentado por licenciada **Obsta. RUTE LISSET VALDEZ OYOLA**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en **Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas**

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual **TURNITIN** cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es **16%**. Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** del trabajo académico y está de acuerdo al nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio Institucional**.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del grado/ título/ especialidad.



FIRMA DEL ASESOR

DNI: 22093767

Nombre y apellidos del asesor:

Mg. Soledad Carmen Sotelo Gonzales

DEDICATORIA

Les dedico este resultado de mi trabajo a mis preciosas hijas que son mi motor y motivo para mi vida y superación de cada reto.

A mis padres, por ser los autores principales de mi vida.

.

AGRADECIMIENTO:

A mi Tutora: Mg. Soledad Sotelo Gonzales, sin su apoyo incondicional de usted y su paciencia constante este trabajo no lo hubiese logrado, Su asesoría fue de gran fortaleza. Usted construyó gran parte importante de mi estudio con su experiencia profesional que la caracteriza. ¡Muchas gracias! Estaré siempre agradecida.

A los docentes de la universidad por sus conocimientos y experiencias importantes adquiridas que me ha compartido durante toda mi formación como especialista estoy agradecida con Dios por haberme puesto en mi camino del estudio a docentes como ustedes preparados y con mucha experiencia profesional, estoy segura transmitiré mi conocimiento en mi trabajo, los llevaré conmigo en mí transitar profesional.

A mis padres: Siempre han sido uno de los motivos para seguir escalando en mi vida profesional y superación de cada día. Estoy Orgullosa de tenerlos mis padres como ustedes, muchas gracias por haberme dado la vida.

INDICE

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO:	IV
RESUMEN	VII
ABSTRAC	IX
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.4. OBJETIVOS	7
1.4.1 Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos específicos	7
CAPITULO II	8
MARCO CONCEPTUAL	8
2.1 Hemorragia post parto	8
2.2. Definición	8
2.3. Clasificación.	9
2.4 Incidencia	10
2.4. Etiología	10
2.5. Factores de riesgo o factores determinantes	12
2.6. Fisiopatología	12
2.7. Formas clínicas	13
2.8 Exámenes auxiliares	14
2.9. Tratamiento	14
CAPITULO III	27
MARCO METODOLOGICO	27
Historia clínica	27
CAPITULO IV	41
DISCUSION	41
RECOMENDACIONES	48

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	55

RESUMEN

La hemorragia postparto (HPP) es una de las principales emergencias obstétricas que se afronta cada día para salvaguardar la vida de la madre, siendo la retención placentaria una de las causas más frecuentes.

Objetivo: Analizar el manejo clínico de la hemorragia post parto por retención placentaria. **Método:** Estudio descriptivo de análisis de caso clínico. **Resultados:** Paciente de 24 años, segundigesta, de 38.2 semanas de gestación, cuyo parto fue en un centro de salud de nivel I-4, el tercer periodo del parto se complicó con retención placentaria de 1 hora, no pudiendo realizarse la referencia oportuna al hospital de referencia, después de dos intentos de extracción manual de placenta, obtuvieron una placenta incompleta, y sangrado uterino aproximado de 1800 ml. Los factores de riesgo encontrados fueron edad, procedencia de zona rural, estado civil y paridad en cuanto al manejo clínico no hubo adecuada activación de clave roja ante una emergencia, realizándose la extracción manual de placenta en un establecimiento de nivel I-4, según las guías y protocolos del MINSA los establecimientos de nivel secundario están preparadas para resolver este tipo emergencias. **Conclusión:** La hemorragia post parto es una complicación que puede ser prevenida, si se detectan oportunamente los factores de riesgo y se cuenta con los medios adecuados para el traslado de pacientes, si bien es cierto es una muerte evitada, pero si la respuesta del sistema de referencia es inadecuada frente

a una clave roja pueden quedar secuelas en pacientes con morbilidad materna extrema.

Palabras clave: Hemorragia postparto, retención placentaria, extracción manual de placenta

ABSTRAC

Postpartum hemorrhage (PPH) is one of the main obstetric emergencies that is faced every day to safeguard the life of the mother, retained placenta being one of the most frequent causes. **Objective:** To determine the risk factors and clinical management of postpartum hemorrhage due to retained placenta. **Method:** Descriptive study of clinical case analysis. **Results:** 24-year-old patient, second-digestive, 38.2 weeks gestation, whose delivery was in a primary level health center, the third period of labor was complicated by retained placenta for 1 hour, and timely referral to the hospital could not be made. reference, after two attempts at manual removal of the placenta, they obtained an incomplete placenta, and uterine bleeding of approximately 1800 ml. The risk factors found were age, origin from a rural area, marital status and parity in terms of clinical management, there was no adequate activation of the red key in the event of an emergency, manual removal of the placenta was carried out in a level I-4 establishment, according to the MINSA guidelines and protocols, secondary level establishments are prepared to resolve this type of emergency. **Conclusion:** Postpartum hemorrhage is a complication that can be prevented if risk factors are detected in a timely manner and adequate means are available for the transfer of patients, although it is true that death is prevented, but if the response of the system reference is inadequate

compared to a red code, sequelae may remain in patients with extreme maternal morbidity.

Keywords: Postpartum hemorrhage, retained placenta, manual removal of placenta

INTRODUCCION

La hemorragia post parto (HPP) es una complicación grave, ocasiona una emergencia obstétrica que puede poner en riesgo la vida de la madre y por lo tanto requiere una atención inmediata. Una de las causas que produce HPP es la retención placentaria, que desencadena en atonía uterina, a pesar de ser poco frecuente, es una complicación post parto grave, que incrementa la morbilidad materna grave y la discapacidad a largo plazo, siendo la principal causa de ingreso a unidades de cuidados intensivos de puérperas inmediatas (1).

Puede ser prevenible si se realiza un buen manejo del tercer periodo del parto, o se realiza un eco Doppler para descartar el acretismo placentario, previniendo así las posibles complicaciones obstétricas durante el parto. Lamentablemente no todos los establecimientos de salud a lo largo del territorio nacional están debidamente equipados o cuentan con personal especializado, por ello es importante que el personal que labora en establecimientos de primer nivel conozca el manejo de una retención placentaria y cuáles deben ser las condiciones para referir a una paciente, cumpliendo con una de las pautas de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) que establece dar prioridad en la parte

preventiva con énfasis en zonas alejadas de servicios de salud y de bajos recursos, para reducir las cifras de muerte materna (2).

Para toda institución es importante realizar el análisis de los casos clínicos que desencadenan en una morbilidad materna extrema, especialmente aquellos casos donde se ha producido una hemorragia postparto, para actuar de manera preventiva y disminuir las posibles secuelas posteriores, analizar en el primer nivel si se tomaron las decisiones oportunas para la referencia a un establecimiento de mayor complejidad donde se pueda hacer un manejo especializado y de esta manera reducir una de las mayores causas de mortalidad materna. En ese sentido, el presente trabajo académico se realiza con el objetivo de determinar los factores de riesgo y el manejo en un caso clínico de hemorragia post parto por retención placentaria en el centro de salud Huancaray – Apurímac, contribuyendo con este estudio al conocimiento de esta patología y el manejo adecuado en el primer nivel de atención.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La hemorragia postparto (HPP) es una de las principales emergencias obstétricas que se afronta cada día para salvaguardar la vida de la madre; se estima que 8,2% de las puérperas en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave (1).

Una de las causas más frecuentes de hemorragia post parto temprana es la retención placentaria; asimismo, después de la atonía, es la segunda en incidencia. En algunas ocasiones después de la expulsión de la placenta quedan retenidos cotiledones y membranas de una placentación normal o succenturiada, éstos restos placentarios adheridos al útero producen una interferencia de tipo mecánico, ocasionando una falla en la contractilidad muscular provocando un cuadro similar a la atonía uterina. Muchas veces cuando la pérdida sanguínea no es llamativa en el puerperio inmediato no es revisada sistemáticamente lo cual podría pasar inadvertida en ese instante y luego manifestarse las complicaciones ya en puerperio mediata a tardío (1).

Aproximadamente la muerte materna por hemorragias post parto es de 30%; sin embargo, algunos países la presentan en más del 50%

principalmente en países subdesarrollados; presentándose estos casos en establecimientos de salud o en la comunidad. El principal problema identificado es que el personal de salud no cuenta con la habilidad y destrezas necesarias para su manejo, también se ha identificado que no cuenta con los equipos e insumos necesarios para prevenir la HPP y el shock hipovolémico. El objetivo del milenio fue para 2015 reducir al 75% sin embargo no se cumplió; por ello se requiere que demos prioridad en la parte preventiva con énfasis en zonas alejadas de servicios de salud y de bajos recursos (2).

La HPP primaria es una de las complicaciones más alarmantes que pueden producirse en la etapa puerperal (3, 4), se presenta en 1-5% de las embarazadas. Además, 0.5 a 1% de las púerperas presentarán HPP severa, con complicaciones como coagulopatías, con la necesidad de transfusión sanguínea, de todas estas complicaciones se ha evidenciado que tenía placentación normal con un 26.6% de los casos. Sin embargo, la HPP secundaria o tardía presenta una incidencia general de 1 en cada 100 embarazos (3).

Gracias a las guías estandarizadas, así como la disponibilidad y uso adecuado de fármacos oxitócicos, ha disminuido su incidencia, actualmente no supera 5% en los análisis. Los estadísticos calculan óptimamente disminuir a cifras en torno al 1% en países desarrollados (4).

Las principales patologías que ponen en riesgo la vida de la madre y del bebé son; las hemorragias con un 48%, para ésta complicación las principales patologías fueron: la atonía uterina, hemorragias del tercer período del parto, placenta previa y embarazo ectópico (5).

La HPP es la causa más frecuente con un 19% de mortalidad y morbilidad materna en el mundo: con un 8% en países desarrollados, mientras que, en los países en vía de desarrollo, es más con un 19,7 % de muertes maternas; en el Perú, es una de las tres causas de muerte materna y su incidencia es del 10% de los partos en general y es la causa del 40% de las muertes maternas. (6).

Aproximadamente el 30% de los cuadros de hemorragia posparto secundaria grave es consecuencia de retención de restos placentarios con cuadro clínico como dolor abdominal, sub involución de útero, loquios de mal olor, sangrado intermitente (7). Calculando que 99% se producen en los países en desarrollo, donde el factor fundamental es la de los servicios de salud, por falta de infraestructura, medicamentos o recursos humanos capacitados, que pueden terminar en muerte materna (8).

1.2. Formulación del problema

¿Cómo es el manejo clínico de la Hemorragia post parto por retención placentaria en el centro de salud Huancaray, del departamento de Apurímac en año 2021?

1.3. Justificación e importancia de la investigación

La HPP es la primera causa que contribuye a la morbilidad materna grave y a la discapacidad a largo plazo (1).

Una hemorragia moderada no atendida oportunamente en la fase de alumbramiento puede llegar a fallecer rápidamente e incluso una mujer sana. La hemorragia post parto representó el 27.1% de las causas directas de muerte materna, según la reciente revisión Lancet 2014, que analizó las estimaciones globales, regionales y sub regionales de causas de muerte materna durante 2003-2009 (9). Varios casos de hemorragia post parto se asocian con la placenta retenida 0,6 y 3,3% de todos los partos normales (8). La segunda incidencia después de la atonía es la retención placentaria (7).

La razón por la cual se realiza la presente investigación retrospectiva de caso clínico, es porque la retención placentaria si bien es poco frecuente es considerada una complicación post parto grave que puede ser prevenible. El análisis de éste caso clínico, permitirá al personal de salud mejorar la atención prenatal, hacer manejo especializado y tomar decisiones oportunas durante el alumbramiento con el fin de evitar la muerte materna y de esta manera contribuir para el logro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Analizar el manejo clínico en un caso de hemorragia post parto por retención placentaria en centro de salud Huancaray - Apurímac.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo materno presentes en la hemorragia post parto por retención placentaria, en una paciente de parto vaginal en un establecimiento de categoría I-4.
- Describir el manejo clínico de la hemorragia post parto por retención placentaria en una paciente de parto vaginal en un establecimiento de categoría I-4.
- Analizar las 4 demoras que conlleva a la morbilidad materna extrema en un caso de hemorragia postparto por retención placentaria.

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Hemorragia post parto

2.2. Definición

La hemorragia tras el parto se define como Pérdida sanguínea > 500 cc posterior a parto vaginal y más de 1000 cc posterior a parto por vía cesárea.

También se define con estas características siguientes:

- a) Se evidencia cambios hemodinámicos durante el sangrado.
- b) Disminución de hematocrito en más de 10 % y/o 2,9 g % en la Hemoglobina.
- c) Sangrado mayor al 1 % del peso corporal (10).

Según la asociación de colegio americano de obstetras y ginecólogos (ACOG): la Hemorragia Post Parto es la pérdida sanguínea mayor o igual a 1000 ml, acompañada de signos y síntomas de hipovolemia, sin importar la vía de parto (3). Este tipo de hemorragia puede presentarse de forma precoz posterior a la expulsión del feto (en un lapso de 24 horas) o también hasta la sexta semana del puerperio (11).

2.3. Clasificación.

Hemorragia posparto primaria

Es la pérdida sanguínea estimada mayor a 500 ml en el posparto via vaginal y mayor a 1000 ml en el parto por vía cesárea ocurrida durante las primeras 24 horas. Sin embargo, el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) define la hemorragia post parto como pérdida mayor o igual a 1000 ml o acompañada de signos y síntomas de hipovolemia, esto independientemente de la vía de parto (3).

Hemorragia posparto severa

Esta complicación se define como la presencia tan solo uno de los siguientes criterios: pérdida sanguínea de 2000 ml, valor de la Hb postparto en 4g/dl, transfusión sanguínea por lo menos 4 unidades de glóbulos rojos empacados (GRE), intervención hemostática o en lo trágico caso fallecimiento de la paciente (12).

Hemorragia posparto secundaria o tardía

Se define como hemorragia que se presenta más 24 horas hasta las 12 semanas posparto y generalmente se asocian a retención restos placentarios de productos de la Concepción, subinvolución del lecho placentario o infecciones (13).

2.4 Incidencia

La retención de restos placentarios es la causa de aproximadamente el 30% de los cuadros de hemorragia posparto secundaria grave (14). Hoveyda y sus coautores refieren que 19% de los casos sucede en los siete primeros días, 41% en la segunda semana, 23% entre los días 15 y 21 y solo 5% de los casos tiene lugar después del primer mes posparto (15).

2.4. Etiología

La causa para una hemorragia post parto primaria es multifactorial, sin embargo, la hemorragia posparto secundaria engloba en general diversas afecciones que solo tienen en común el sangrado excesivo.

En el origen de hemorragia posparto secundaria también participan los mismos factores que en la hemorragia puerperal temprana; sin embargo, su frecuencia es diferente. Las causas más frecuentes de HPP secundaria son dos, infecciones y la retención de restos placentarios; de las cuales la infección es provocada por la retención de restos placentarios sin embargo es difícil su diferenciación porque pueden coexistir ambos en una misma paciente. Estas afecciones pueden provocar sangrado puerperal abundante, por la misma insuficiente obliteración de los vasos sanguíneos subyacentes del lecho placentario, provocados por la interferencia mecánica que ocasionan los restos placentarios (15).

En varios estudios mencionan que la hemorragia postparto es mas común en parto por vía vaginal y nulíparas, grandes múltiparas, trabajo de parto

prolongada, pre eclampsia, post episiotomía, en parto instrumentado, retención placentaria y en mujeres hispanas o asiáticas (15).

El origen de esta complicación grave son los siguientes causantes como es, contracción inadecuada de útero tras el parto (Atónica uterina), que se da hasta 70 % de la HPP en la mayoría de países; Trauma al tracto genital con un 20 % de la hemorragia post parto; el sangrado por retención de tejido placentario 9 % y el de la falla en el sistema de coagulación con 1 %. La hemorragia post parto por atonía es la principal causa de muerte materna en países de ingresos medios y bajos (10,16).

2.5. Factores de riesgo o factores determinantes

Tono uterino anormal	Atonia uterina ←	Labor de parto prolongada Uso excesivo de <u>oxitocina</u> para inducción de la labor de parto <u>Multiparidad</u> <u>Corioamnionitis</u> Anestesia general
	Sobre distensión uterina ←	Gestación múltiple <u>Polihidramnios</u> <u>Macrosomía</u>
	<u>Fibroide</u> uterino ←	Múltiples <u>fibroides</u> uterinos
	Inversión uterina ←	Tracción excesiva del cordón umbilical Cordón corto Implantación <u>fúndica</u> de la placenta
Trauma obstétrico	Episiotomía Laceración cervical, vaginal o perineal Ruptura uterina ←	Parto vaginal operatorio Parto precipitado
Tejido retenido	Retención placentaria Placentación anormal ←	Placenta <u>succenturiata</u> Cirugía uterina previa Placenta incompleta tras parto
Trastornos de la coagulación sanguínea	Trastornos hipertensivos del embarazo. Deficiencia heredada de factores de coagulación Infección severa Embolismo de líquido amniótico ← Uso indiscriminado de cristaloides Anticoagulación terapéutica	Hematomas anormales Petequias Óbito fetal Desprendimiento prematuro de placenta <u>noinserta</u> . Fiebre o sepsis Hemorragia Tratamiento anticoagulante <u>actua</u>

FUENTE: ACOG Practice Bulletin Shields L, Goffman D, Caughey A. Practice bulletin. Postpartum Hemorrhage. ACOG, 2017; 130(4): e169-86

2.6. Fisiopatología

Luego del alumbramiento, el sangrado uterino se controla por dos mecanismos hemostáticos principales: El primero, es la contracción miometrial con compresión de los vasos espirales, denominado como hemostasia mecánica. El segundo, mediante liberación de factores hemostáticos en la decidua, como el factor tisular, el inhibidor del activador del plasminógeno-1 y los factores de coagulación sistémica. El proceso

fisiopatológico más comúnmente asociado a HPP primaria se da por alteración de uno o ambos mecanismos. Sin embargo, el resto de los casos está asociado a pérdida de vasculatura intacta, como en el trauma intraparto (17).

En los últimos trimestres del embarazo hay aumento fisiológico del volumen sanguíneo el flujo de la arteria uterina aumentando a 500 a 700 ml/min y está correspondiendo al 15% del gasto cardiaco. Por ello en ausencia de un proceso hemostático adecuado, la hemorragia no controlada se convierte en un evento potencialmente letal para la vida de la persona. Además, dado el aumento en el volumen sanguíneo circulante, los signos y síntomas tempranos de hipovolemia pueden no presentarse hasta que la hemorragia sea sustancial, generalmente tras superar el 25% del volumen sanguíneo ≥ 1500 ml en el embarazo (17).

2.7. Formas clínicas

Atonía uterina: La HPP por atonía uterina presenta sangrado vaginal abundante y útero blando y aumentado de tamaño, que no se contrae.

Retención de placenta: Es aquella Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.

Lesión del canal del parto: La paciente presenta sangrado continuo con útero contraído y la placenta a la revisión está completa.

Inversión uterina: El útero a palpación está ausente a nivel del abdomen, se evidencia tumoración en canal vaginal o puede estar protruyendo por fuera del canal vaginal tras el parto, acompañado de Dolor hipogástrico agudo (10,3).

2.8 Exámenes auxiliares

Los exámenes básicos son lo siguiente

2.8.1. De patología clínica

Hemoglobina, perfil de coagulación, grupo sanguíneo y factor RH, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, realizar test de wiener (prueba de retracción del coágulo), pruebas cruzadas, RPR O VDRL, test de ELISA VIH o pruebas rápidas, urea, creatinina y también otros marcadores de daño de órganos.

2.8.2. De imágenes

Ecografía pélvica o transvaginal.

2.9. Tratamiento

MINUTO 0

- Activar clave roja en la Institución inmediatamente luego Proceder en forma simultánea.
- El profesional identificado por todos puede ser médico, obstetra, otro

profesional es el quien lidera, distribuye correctamente las funciones de cada miembro del equipo en las diferentes regiones como: útero, cabeza y brazos de la paciente para que cada uno cumpla su función correspondiente.

- Verificar estado de contracción del útero y a la vez se debe revisar manualmente la cavidad uterina para verificar si hay restos de membranas. Monitoreo constante de funciones vitales maternas c/15 minutos

Evaluación del A-B-C-D-E

A: es evaluar la Vía aérea que este permeable

B: es verificar que la paciente este Ventilando adecuadamente

C: es evaluar y si amerita reponer Fluido terapia como hemoderivados

D: es Diagnosticar con qué tipo de complicación estamos tratando, las 4

T (tono, uterino, trauma, tejido)

E: es tomar la temperatura y evitar la hipotermia

Siguiente paso

- Comprobar inmediatamente la integridad de placenta tras el alumbramiento.
- Revisión de cavidad uterina en busca de restos placentarios.
- Revisión de canal de parto con valvas en busca de descartar desgarros vagino-perineales y/o cervicales.
- Luego canalizar dos vías venosas con catéter N° 16-18 (en un solo

antebrazo)

- Toma muestra para análisis
- Poner a la paciente en posición anti shock, Consiste en elevar los miembros inferiores en 45°
- Evitar hipotermia en la puérpera, brindar abrigo.
- Brindar oxígeno al 100% a 10 litros por minuto (máscara con reservorio)
- Monitoreo riguroso de funciones vitales
- Evacuar continuamente la vejiga, si es posible colocar sonda Foley con bolsa colectora y medir diuresis horaria.
- En la otra vía brindar Infusión rápida retos 500 cc suero salino normal o Lactado Ringer a 39° C.

El equipo de salud tiene el gran reto de promover del parto institucional y crear conciencia en las personas que los procedimientos realizados son necesarios (18).

En caso de emergencia se administran 2 unidades de glóbulos rojos. Se sugiere 12-15 ml/kg de plasma fresco congelado por cada 6 unidades de glóbulos rojos, mantener la monitorización de las constantes vitales, orientar y vigilar las reacciones adversas presentes durante la transfusión (19).

En caso de encontrarse en un establecimiento de primer nivel de atención, estabilizar y coordinar la referencia y referir a un establecimiento de mayor complejidad teniendo lo siguientes pautas.

- Siempre brindar información a la paciente y/o familiares respecto a la intervención a realizar y posibles complicaciones.
- Interconsulta y referencia a UCIM Minuto 20-60 Estabilización (Atención en UCIM)
- Conservar volumen sanguíneo circulante con retos de fluido.
- Reponer componentes sanguíneos mediante transfusión sanguínea según necesidad de la paciente.
- Realizar Maniobras compresivas,
- Iniciar inotrópicos y vaso activo si persiste la hipotensión arterial.

MINUTO 60 RESOLUCIÓN

- Se procede a la Evaluación signos de daño orgánico.
- Si el sangrado persiste se debe proceder a intervención quirúrgica inmediatamente (10,18).

Retención placentaria

Es la complicación de la tercera etapa del parto en la cual la placenta queda con adherencia por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos en alumbramiento activo luego de producido el nacimiento, es un fenómeno poco frecuente pero peligroso. Actualmente se trata de extraer de forma manual y bajo anestesia regional o general, con los riesgos que conlleva en la paciente (10,16).

En el Perú el Ministerio de Salud recomienda el uso del manejo activo del alumbramiento, según la “guía de práctica clínica y procedimientos sobre la atención al parto normal”, con el objetivo de prevenir la HPP mediante la administración de 10 UI de oxitocina por vía IM al minuto de nacimiento, previa verificación de la no existencia de otro feto. La retención de placenta es una complicación de la tercera etapa del parto, con una incidencia alrededor de 0,6 y 3,3% de los partos normales y presenta una tasa de 10% en las zonas rurales (18).

Puede ocurrir de diferentes formas la retención:

Atrapamiento de placenta: es aquella placenta que se queda a pesar de estar desprendida.

Parcial: es aquel desprendimiento de forma incompleta por partes donde quedan adherido o retenidos uno o más cotiledones.

Total: es aquella placenta que está impregnada totalmente a la pared uterina sin desprenderse y hay una resistencia fuerte.

Acretismo placentario: es aquella patología de implantación anómala de la placenta a la pared uterina, que llega a invadir miometrio e incluso órganos cercanos ocasionando resistencia al momento del alumbramiento (20,21).

A. Etiología de retención placentaria:

La Insuficiencia y fuerza del miometrio para producir contracción y desprendimiento de la placenta por algún factor como (parto prolongado, poli hidramnios, gestación múltiple). Las Anomalías uterinas también son causantes como (miomas, tabiques o malformaciones) o anomalías placentarias (acretismo placentario). Mala adherencia de placenta en zonas poco habituales, como un cuerno uterino. Una tracción excesiva o brusca del cordón umbilical puede producir rotura del mismo, atrapamiento placentario e incluso puede causar inversión uterina (20).

B. Diagnóstico:

Cuando supera el tiempo de espera considerado normal para la tercera etapa del parto, como es 15 minutos en alumbramiento dirigido, 30 minutos máximo en fisiológico y puede presentar como complicaciones como hemorragia postparto, shock, sepsis puerperal, o su involución uterina (20).

C. Procedimiento para extracción manual de placenta

- Brindar concomitamiento informado para la aprobación de la paciente e informar a sus familiares de la situación y las complicaciones que puede ocurrir.
- Colocar catéter endovenoso número 16 o de mayor calibre y estabilizar hemodinámicamente (soluciones o sangre).
- Administrar atropina 0,5 mg EV para la sedación.
- Realizar sedación con 10 mg de Diazepam diluidos en 10 ml de agua destilada y pasar EV lento.
- Asepsia y antisepsia local minuciosamente y calzarse guantes hasta el codo.
- Introducimos la mano más dominante por el vaginal luego seguimos a lo largo del cordón umbilical, hasta llegar al fondo uterino y borde de la placenta en el útero.
- Luego mover los dedos de la mano dentro del útero lateralmente hasta ubicar el borde placentario diferenciamos bien.
- Luego Intentar desprender la placenta del sitio de implantación manteniendo los dedos firmemente unidos y utilizando el borde de la mano para lograr gradualmente un espacio entre la placenta y la pared uterina, todo el procedimiento se debe realizar cuidadosamente.
- Luego proseguir con desprender lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta completa se separe de la pared uterina.

- Si la placenta que estamos intentando desplegar no se separa de la superficie del útero mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, debemos sospechar de una placenta ácreta y procedemos retirar la mano del útero y no debemos más manipular. De lo contrario seguimos con lo siguiente
- Con la otra mano, realizar contra tracción al fondo del útero, empujándolo en sentido opuesto al de la mano que se está retirándola placenta y continuar la extracción cuidadosamente.
- Luego de extraer examinar la placenta para asegurarse de que este íntegra. Si falta algún lóbulo o tejido placentario, nuevamente exploramos la cavidad uterina para extraerlo los restos de placenta.
- Luego de extraer la placenta inmediatamente se administra 40 unidades de oxitocina en 1 litro de líquidos EV a razón de 60 gotas por minuto.
- Después de esta se continúa con masaje continuo, para ello pedir a un asistente que masajee el fondo del útero para estimular la contracción uterina.
- Si el sangrado es profuso continuo, administrar 0,2 mg de Ergometrina IM stat + misoprostol para evitar más pérdida sanguínea.
- También examinar a la parturienta cuidadosamente y suturar cualquier desgarró del cuello uterino o la vagina que pueda haber.
- Por último administrar antibiótico de prevención de infecciones (10).

Acretismo placentario:

Se define como adherida patológica de la placenta en el sitio de implantación y es una condición amenazante de la vida materna y fetal (22).

A. Frecuencia

La incidencia de acretismo placentaria cada vez aumenta, pasó ser de 1 en 4027 partos y La mortalidad materna es de alrededor del 7 a 10 %. Causante del 51,1 % de histerectomías totales de emergencia ya que es la única solución de esta patología (10).

B. Etiología

La causa de esta patología se debe por una falla en el momento de decidualización, que conlleva posteriormente a una placentación patológica luego la ausencia del plano normal de clivaje, que esta evitaría la separación de la placenta tras el parto. Un segundo grupo estudio refiere que un defecto primario de la función del trofoblasto conduciría a la invasión excesiva en áreas de cicatrización uterina por cirugías anteriores como es la cesarías que conducen a una decidualización defectuosa al momento de implantación para la formación de placenta normal (10,22).

C. Factores de riesgo

- Cesáreas anteriores desde 2 cesáreas hasta 4 cesáreas con un 67%
- Legrado previo (39,5 %).
- Miomectomía por antecedentes de fibromas uterinos (6,6 %)
- Cirugía de histeroscópica (3,6 %).
- Edad materna avanzada (38,3 %).
- En mujeres multíparas.
- Con Antecedente de acretismo (3,6 %).

D. Diagnóstico

El principal del diagnóstico de placenta ácreta durante prenatal sigue siendo el ultrasonido Dopple siendo los más relevantes la pérdida de 'zona clara', las lagunas placentarias todo ello se evidencia en Doppler color, la hipervascularización que se presenta en útero-vesical asociada a puentes placentarios. La resonancia magnética en el diagnóstico del espectro de placenta ácreta es complementaria a la ecografía en casos aislados consiste de encontrar la ausencia de la decidua basal. Idealmente, el diagnóstico del espectro de placenta ácreta, debe ser realizado menor de 32 semanas de gestación (22).

2.10. Complicaciones

- Anemia aguda
- Requerimiento de transfusiones sanguíneas.
- Insuficiencia renal
- Shock hipovolémico
- pan hipopituitarismo
- coagulación intravascular diseminada
- morbilidad extrema
- Muerte materna

Shock hipovolémico

Es aquel estado grave asociado a una pérdida aguda y masiva de sangre, puede ser externa o interna, con caída de retorno venoso y gasto cardiaco (GC) (10).

Morbilidad materna extrema:

Desde el año 2006 diferentes organizaciones de federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología y otras organizaciones como OPS, OMS vienen promoviendo la vigilancia de los sucesos que arriesgan potencialmente vida de la gestante donde en un evento lo denominaron la “morbilidad materna extrema” lo cual se define como aquel caso de una mujer sobrevive a una complicación severa que ocurrió durante el embarazo, parto o puerperio (23).

Para lo cual la morbilidad materna extrema presenta tres criterios de inclusión que se define como lo siguiente.

- Son aquellos criterios que está relacionado directamente con la enfermedad específica con relación al embarazo (pre eclampsia severa-eclampsia, choque hipovolémico, choque séptico).
- Es aquel criterio relacionado a falla de función de órgano y sistemas como (sistema vascular, coagulación, renal, hepático, respiratoria y cerebral).
- Son aquellos criterios relacionados con el manejo: Donde detalla cómo termina la paciente, unidad de cuidados intensivos, histerectomía post parto o post cesárea y transfusiones (de tres a más unidades de cualquier derivado sanguíneo) (23).

Demoras que conllevan a la morbilidad Materna extrema o muerte materna

A. Demora 1: Reconocer signos de alarma de manera oportuna.

Es aquella gestante que no reconoce los signos y síntomas de alarma oportunamente

B. Demora 2: En decidir buscar atención.

Es aquella gestante y su familia a pesar de notar los signos de alarma no toma la decisión de buscar ayuda para salvaguardar su salud de ella y su bebe

D. Demora 3: En llegar al servicio de salud

Una vez tomada la decisión, por parte de las mujeres o su familia no llega oportunamente para recibir la atención que corresponde esto puede ser por razones geográficas o movilidad que se puede demorar y la falta de logística para la referencia.

E. Demora 4: En recibir tratamiento en el servicio de salud

Es aquella demora que puede ocurrir ya estando la paciente en establecimiento de salud demora la atención y finalmente puede quedar grave o fallecer la paciente, donde puede ser por falta de algún equipo o profesional capacitado especializado etc. o negación de sistema referencia (23).

Estas demoras en la atención materna requieren ser analizadas de manera continua especialmente considerando que la OMS señala que cada día fallecen aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles que están relacionadas netamente con el embarazo, parto y el post parto. El 99% de muertes corresponde a los países en desarrollo, sin embargo, es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres (24).

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Historia clínica

3.1. Anamnesis

3.1.1. Filiación:

Paciente de iniciales D.G.L, de 25 años de edad, procedente de comunidad Iglesia Pata zona rural /distrito de Chaccrampa/Apurímac, ocupación ama de casa, estado civil conviviente, religión católica, idioma hablante quechua y castellano, con grado de instrucción secundaria completa.

3.1.2. Enfermedad actual: Segundigesta de 38.2 ss x UR, alojada en casa de espera acude al establecimiento de salud el día 3/09/2021 ha horas 18.30 pm, manifestando dolor tipo contracción desde hace 5 horas, de inicio espontáneo y aumento gradual de intensidad y perdida de tapón mucoso.

3.1.3. Antecedentes:

a) **Personales:** Cirugía no, alergias no,

b) **Patológicos:** Ninguno

c) **Gineco obstétrico:** G1P1001 Menarquia a los 13 años, inicio de relaciones sexuales a los 16 años.

d) Embarazo Actual:

- Fecha última regla: 08/12/2020,
- Fecha probable de parto: 16/09/2021
- Edad gestacional actual 38.2ss por ultima regla, por ecografía 1er trimestre 38.5 ss
- Se diagnosticó anemia leve iniciando tratamiento el 22/08/21
- N° atenciones prenatales: 10
- Atenciones prenatales en establecimiento de nivel I-1 puesto de salud Iglesia Pata.

Interconsultas a diferentes servicios durante las atenciones prenatales

(2 atención odontológicas ,1 atención en servicio de medicina, 2 atenciones en psicología, 1 atención en servicio de nutrición)

- Tamizaje de violencia: caso sospechoso
- Hospitalización anterior: Amenaza de aborto (marzo del 2021 con 12 semanas gestación).

e) Antecedentes Familiares: ninguna familiar padece enfermedades.

f) Socioeconómicos: Económicamente bajo.

g) Alimentación: No adecuado, carece de alimentos de origen animal fresca, verduras y frutas

h) Hábitos nocivos: no tiene hábitos nocivos

3.1.4. AL EXAMEN FISICO

a) General: Gestante orientada en tiempo, espacio y persona, lucida, regular estado nutricional e hidratación.

b) Funciones vitales:

PA: 120/80mmHg, Temperatura: 36.4c, P: 70 x minuto, FR: 20por minuto, PESO: 72.300kg, Talla: 157 cm

c) Piel y faneras: Al examen piel tibia hidratada, integra, ligera palidez

d) Cabeza: Simétrico, no tumoraciones, en regular estado de higiene, ojos simétricos buena visión conjuntivas rosadas

e) Cuello: Móvil sano, no se evidencia masas

f) Tórax: Simétrico amplio

g) Mamas: Simétrico, turgentes pezones formados, secretantes de calostro

h) Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmico, llenado capilar <3"

i) Abdomen: Globuloso, útero ocupado feto en situación longitudinal cefálica derecha, dinámica uterina de Frecuencia de contracciones: 3/10, intensidad: ++, D: 30 segundos, ponderado fetal: 3255+- 100 gr

j) Genitourinario: Se evidencia perdida de tapón mucoso, no signos de ITS, al tacto vaginal pelvis ginecoide, incorporación de 80%, D: 6cm, AP - 3, variedad de presentación occipito iliaca derecha, membranas: integras

k) Columna vertebral y extremidades: Móvil, extremidades activos

l) Neurológico: Tiene capacidad de concentración

LI) Extremidades inferiores: Miembros inferiores activos, conservados, no edemas

M) Reflejos osteotendinosos: Normales ++

3.1.5. Impresión diagnóstica:

- 1) Gestante de 38.2 semanas x FUR
- 2) Trabajo de parto en fase activa
- 3) Anemia leve

PLAN:

- Hospitalización
- Monitoreo materno fetal en hoja aparte
- Canalización de vía en brazo izquierdo con catéter nro. 18
- Atención de parto

3.1.6. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:

La paciente ingresa al área de dilatación, la evolución de trabajo de parto fue muy acelerado, no se administró ningún medicamento ni útero estimulantes.

HOJA DE MONITOREO DE TRABAJO DE PARTO

FECHA	HORA	P/A	PUL SO	DINÁMICA UTERINA			LCF	TACTO VAGINAL					
				F	I	D		DILAT	QUIN	LEE	INC	VP	MEMB
03/09/21	18:30	120/70	70	3/10	++	30"	140	6cm	3/5	-3	80%	OIDA	Integras
	19:00		72	3/10	++	30"	138	8cm	3/5	-3	90%		Integras
	19:20		68	3/10	++	30"	140	-					
	19:25		70	3/10	++	30"	142	10cm	2/5	-1	100%		Integras

3/09/2022 hora: 19.25, gestante en trabajo de parto con funciones vitales de 120 /70 mmHg, pulso 70 por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, temperatura de 36.5°centígrados con deseos de pujo. Dinámica uterina: Frecuencia 3/10, Intensidad ++, Duración 40" tacto vaginal: Incorporación 100%, dilatación 10 cm, AP -1, Membranas íntegras, VP: OIDA, no se evidencia sangrado, gestante pasa a sala de parto, previa canalización de vía permeable CLNA 9%x 1000 cc en brazo izquierdo con catéter N°18, el periodo expulsivo fue un proceso normal, con una duración de 4 minutos, produciéndose el nacimiento a las 19:29 pm, obteniendo a un recién nacido con APGAR 8 al minuto y 9 a los cinco minutos, con un peso de 3380 gr., sexo masculino.

Hora: 19.30 se administra oxitocina 10 UI vía intramuscular, no hubo segundo feto.

Hora: 19:33 proceden a clampaje y corte del cordón umbilical, se realiza contacto precoz binomio Madre – recién nacida

Hora: 19:38 paciente lúcida, estable con funciones vitales de 110/70 mmHg pulso: 72 por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto temperatura 36.6 centígrados, se verifica los signos de desprendimiento, se evidencia escasa pérdida sanguínea y se realiza contra tracción, evidenciando resistencia se realiza maniobra de Brandt Andrews sin éxito.

Hora: 19:50 Se administra diclofenaco 75mg 1 ampolla IM por indicación de médico, luego de unos minutos se procede a extracción manual de placenta sin éxitos, se evidencia resistencia, placenta impregnada a la pared uterina.

Hora: 20:00 Se coordina referencia al hospital correspondiente con retención placentaria más de 15 minutos, responden que no hay camas y deben proceder a extracción manual de placenta, se canaliza segunda vía con catéter número 18, llave de triple vía, cloruro de sodio 9%x 1000cc a 30 gotas por minuto.

Hora: 20.05 Se realiza nuevamente extracción manual de placenta sin éxito.

Hora: 20.12 nuevamente se comunica al hospital para su referencia, paciente de acuerdo a historia clínica con funciones vitales: Presión arterial 110/70 mmhg, pulso 82 por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, temperatura de 36.7° centígrados, al examen general: lucida, orientada en tiempo y espacio, útero no contraído, con presión bimanual externa, placenta atrapada en el útero, se evidencia sangrado vaginal aprox. 100cc, no signos de desprendimiento, se inicia infusión de cloruro de sodio 9%x1000cc +10 unidades de oxitocina endovenosa a 30 gotas x minuto, en segunda vía poligelina de 500cc a 30 gts, oxígeno de 3 litros por minuto,

Paciente es referida con Diagnóstico de.

- 1) Retención placentaria,
- 2) Puérpera complicada.

Hora: 20: 17 Profesional obstetra que traslada a puérpera en ambulancia, reporta que paciente se complica y presenta signos de shock hipovolémico, somnolienta y mal estado, palidez marcada, con un abdomen distendido, útero no contraído, al no encontrar oxígeno en la ambulancia retornan al establecimiento de salud que está a +- a 10 minutos, no reporta cuantificación de sangrado.

Hora 20:20 Paciente retorna al centro de salud, donde se le brinda atención inmediata en la misma ambulancia por encontrarse en muy mal estado general, con funciones vitales: Presión Arterial: 90/50 mmHg, Pulso: 128 por minuto, Frecuencia respiratoria 28 x minuto, temperatura 36°C, saturación 70%, flacidez de miembros superiores e inferiores no responde a llamado.

Al examen general: Paciente balbucea, se evidencia útero flácido aumentado de tamaño de aprox. 24 cm, se realiza extracción manual de placenta logrando extraer placenta incompleta, se evidencia ausencia de algunos cotiledones, pérdida sanguínea aproximadamente de 1800 ml, se realiza masaje bimanual interno, logrando útero contraído y cese de sangrado uterino.

Luego se continua con masaje bimanual externo e interno del útero, oxígeno de 4 litros x minuto, CLNA 9% + 40 unidades de oxitocina a 40 gotas por minuto por pasar 600ml, poligelina de 500 cc a 30 gts por minuto.

Hora: 20: 30 puérpera es referida al hospital de Andahuaylas, acompañada de médico del turno, obstetra y técnico de enfermería, con funciones vitales presión arterial 90/60 mmHg pulso: 110x minuto, frecuencia respiratoria 25 por minuto, saturación 80 %.

Diagnóstico:

- 1) Hemorragia post parto
- 2) Complicación puerperal
- 3) D/C Placenta ácreta.

03/09/2021 Hora: 22:35 (Hospital de Apoyo Andahuaylas)

Paciente puérpera ingresa por emergencia referida del Centro de salud Huancaray, de parto a las 19 horas del mismo día, tras extracción manual de placenta por retención placentaria más de 1 hora en el establecimiento de correspondencia, presenta sangrado vaginal de poca cantidad. Con funciones vitales de temperatura de 36.5°C, pulso 100x minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, PA 120 /80 mmHg, Peso 68kg, saturación 94%

Al examen general: estado general y sensorio normal, piel palidez moderado

Aparato cardiovascular normal, aparato respiratorio normal, aparato urinario normal, abdomen normal AU: 14 cm, genitales vagina y cérvix normal, sangrado al momento de examen escaso, miembros inferiores normales

Dx

1. Puérpera inmediata
2. Retención de restos placentaria
3. Hemorragia Post Parto Renuente

Plan de trabajo:

Legrado uterino

Indicación médica:

1. NPO
2. CI Na9% 1000cc+ oxitocina 20UI a 50 gotas por minuto.
3. Clindamicina 600mg EV c/ 8horas.
4. Gentamicina 160 mg EV c/ 24 Horas.
5. Masaje uterino externo.
6. Control de sangrado vaginal.

04/09/2021 Hora: 00:40

Se realiza legrado uterino, de acuerdo al reporte de legrado uterino los hallazgos fueron histerometría 17 cm, abundante contenido de restos placentarios, sangrado 200 cc

Dx

- 1) Retención de Restos Placentarios.
- 2) Puérpera inmediata
- 3) Plaquetopenia leve

Indicaciones médicas

1. Continuar antibioticoterapia.
2. Metronidazol 1gr Ev stat.
3. Ergometrina 0.2mg IM Stat.
4. Masaje uterino estricto.
5. Control sangrado.
6. Control de hemograma.

Hora: 09:10 Paciente en AREG, LOSEP, AREN, LOTEN, Piel tibia hidratada, elástica, pupilas isocóricas, conjuntivas ligera palidez, conducto auditivo externo permeable, abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos positivo, útero contraído AU: 13cm, genitales presenta loquios hemáticos escasos, sin mal olor, no adenopatías, miembros inferiores tomo actividad normal , dosaje de hemoglobina de 7.3 g/dl, hematocrito 22.2%,plaquetas 116000

DX

1. Puérpera inmediata de +- 14 horas
2. Post Legrado uterino por retención placentaria
3. Anemia moderado sintomático

Tratamiento:

Transfusión sanguínea de 1 paquete globular

05/09/2021 Hora: 08:00

Puérpera post legrado uterino con evolución favorable, con funciones vitales de presión arterial de 110 /70mmHg, pulso 79 por minuto, frecuencia respiratoria de 19 por minuto, temperatura 36°C, al examen físico general lucida en tiempo y espacio, no presenta ninguna alteración física.

Indicaciones

1. Alta médica.
2. Brindar orientación y consejería en signo de alarma
3. Clindamicina 300mg vo c/8hx 5 días
4. Sulfato ferroso de 60 mg +ácido fólico de 400mcg tab c 12 h x 30 días
y continuar a 6 meses de tratamiento
5. Acudir en 3 días a su establecimiento de salud para su control

3.1.7. Exámenes auxiliares:

Exámenes auxiliares

22/08/2021 (CPN)

- **Hemoglobina:** 13.0gr/dl c/d: 10.4gr/dl
- **Glucosa:** 67 mg/dl
- **VIH/sífilis /hep B:** no reactivo
- **Examen completo de orina:** normal
- **Proteinuria:** negativa

26/08/2021 (CPN)

Prueba de COVID 19: NO REACTIVO

Exámenes auxiliares durante el hospital

03/09/2021 Hemograma completo (hemoglobina 8.4 g /dl, leucocitos 15000, plaquetas 120000, tiempo de Coagulación 12.2, Tiempo de Protrombina Parcialmente Activada 25.

04/09/2021 Hb.: 7.3gr/dl

05/09/2021 Hemoglobina de 8.1 g/dl, hematocrito 25.3%, leucocitos 13 000, plaquetas 135000.

Informe ecográfico

03/09/2021 Se evidencia útero puerperal con imagen en relación a cotiledones en fondo uterino de regular cantidad.

3.1.9 EPICRICIS DEL HOSPITAL

FECHA DE INGRESO: 03/09/2021

FECHA EGRESO: 06/09/ 2021

Resumen de HCL: paciente ingresa referida del centro de salud Huancaray por presentar retención de restos placentarios y sangrado vaginal en abundante cantidad.

EXÁMENES AUXILIARES

- 04/09/2021 HB:7.3gr/dl
- 05/09/2021 hb:8.1gr/dl (resultado de Hb tras transfusión)

Dx EGRESO:

1. Puérpera mediata
2. Post legrado uterino por retención de restos placentarios

TRATAMIENTO:

1. Legrado uterino por restos placentarios
2. Transfusión de paquete globular 2 unidades
3. Control de puérpera complicada

EVOLUCIÓN: Favorable

RECOMENDACIONES:

1. Orientación y consejería en signos de alarma
2. Clindamicina 300mg VO 1tab c/8horas x 5 días
3. Sulfato ferroso + ácido fólico VO 1tab c/ 12 horas x 30días

Acudir en 3 días a C.S. para su control

3.1.10 SEGUIMIENTO DEL CASO CLINICO

Al retornar a su establecimiento de salud correspondiente se realizó dosaje de hemoglobina de control a los 3 días después de alta donde dio resultado 7.6 gr/dl, recibiendo 3 dosis de hierro endovenoso y continuo con tratamiento vía oral con sulfato ferroso de 60 mg + ácido fólico de 400mcg tableta c/12 horas para completar 6 meses de tratamiento.

CAPITULO IV

DISCUSION

En el presente caso clínico, ocurrido en centro de salud Huancaray se observó que la causa de la hemorragia post parto fue la retención de placenta, coincidiendo con el estudio de Karlsson H et al (15). Quien encontró que la HPP es más común en placenta retenida y en mujeres hispanas o asiáticas. Asimismo, se presentó dentro de las 24 primeras horas post parto, dicho dato guarda relación con el estudio de García S (1). De casos y controles realizados en año 2015 en España, donde menciona que 79% de las hemorragias posparto severas se iniciaron en las primeras 24 horas (1).

En relación a los factores de riesgo maternos encontrados tenemos: La edad, procedencia, grado de instrucción, estado civil y paridad. En éste caso clínico la paciente contaba con 25 años, éste dato es congruente con el resultado del estudio de Huamaní (26) quien encontró que las mujeres que presentaron HPP tenían entre 20 a 35 años y Mowerg (25) quien encontró que el 61.9% correspondían a éste grupo; en lo que respecta a la procedencia, la paciente era procedente de una zona rural, similar a los estudio de Mowerg(25) y Huamaní (26).

Su grado de instrucción era secundaria completa, similar al resultado obtenido por Mowerg (25) quien encontró que el 57.1% de las pacientes con HPP tenían grado de instrucción secundaria. El estado civil era conviviente guardando relación con el estudio realizado por Huamaní (26) y Mowerg (25) quien encontró un 85.7%;

Por último, la paridad fue múltipara, similar al resultado descrito por Mowerg (25) quien encontró que el 80.9% de HPP se presentó múltiparas. Por otro lado, de acuerdo al estudio de Karlsson H et al (15), la HPP después del nacimiento vía vaginal es más común; en nulíparas y grandes múltiparas; sin embargo, Mowerg (25) sostiene que existen factores de riesgo relacionadas a las hemorragias post parto en puérperas de parto vaginal independientemente de factores sociodemográficos.

El manejo en este caso clínico, en un establecimiento de nivel I-4, no se realizó completamente de acuerdo a las guías de atención materno perinatal y siguiendo los protocolos del MINSA, debido a múltiples factores, pero especialmente porque el sistema de referencias no funcionó de manera oportuna, cuando el personal decidió referir a la paciente y su estado hemodinámico aún no estaba comprometido, el establecimiento de mayor complejidad rechazó la referencia, según Fuentes A (27).

El no tomar en cuenta la gravedad de la paciente que requiere atención inmediata en un establecimiento de mayor complejidad, la falta de capacitación del personal de referencias y los medios de transporte, así como la distancia, son los retrasantes para una intervención oportuna y de calidad para una paciente obstétrica que amerita una atención inmediata y así evitar secuelas posteriores.

En este caso clínico el manejo y tratamiento del cuadro se realizó por equipo básico que se encontraba hasta el momento de referencia, y se omitieron ciertas funciones, a pesar de detectar signos de inestabilidad hemodinámica, no se activó la clave roja adecuadamente, como son el sondaje vesical, la administración de oxígeno, también no se cuantificó la cantidad de sangrado en forma progresiva, ni la cantidad de reposición de líquidos; sin embargo, la extracción manual de placenta ha sido el procedimiento importante para detener la hemorragia y la destreza del personal de salud, aunque pudo haberse complicado más si se hubiera tratado de una placenta percreta con invasión hasta el músculo uterino. Según Castiblanco R (19).

Es muy importante realizar un examen físico general para reconocer signos de inestabilidad hemodinámica que nos manifiesta y de shock hipovolémico.

Con respecto al análisis de las demoras, éste caso clínico guarda relación con la demora 3 y la demora 4, debido a que no hubo respuesta adecuada frente a una clave roja y se ha omitido ciertos procedimientos que debieron hacerse de forma inmediata, además de no contar con materiales e insumos completos como es el oxígeno para brindar soporte importante. Además, la demora 4 también está relacionada, debido a que no se aceptó la referencia cuando se realizó la coordinación, de acuerdo a las guías clínicas de atención de emergencias obstétricas la extracción manual de placenta correspondería a un establecimiento de nivel secundario especializado, fueron 3 intentos que pudieron desencadenar en una mayor gravedad, sin embargo, finalmente se logró extraer la placenta en el tercer intento, cabe mencionar que cualquier procedimiento en bien de salvaguardar la vida de la paciente estaría justificado.

De acuerdo los estudios las demoras que conlleva a la morbilidad materna extrema según Yesica R (28). Son rechazo institucional, deficiencias de infraestructura, personal y equipo, falta de experiencia en el personal de salud, y demora en la coordinación institucional para el traslado oportuno. En otro estudio, sobre relación entre la morbilidad materna extrema y las demoras, Huamaní (26). Encontró que existe relación

significativa entre la demora tipo II y la morbilidad materna extrema (excepto si comunico sobre su estado de salud). Asimismo, la demora tipo IV tiene relación significativa con la morbilidad materna extrema.

Finalmente, este caso clínico fue una muerte materna evitada, el cual pone en evidencia las grandes dificultades presentadas, y el esfuerzo del recurso humano desplegado para salvar una vida pese a las limitaciones, muestra la realidad de muchos establecimientos de salud de nuestro país, especialmente en zonas de extrema pobreza, y permiten que las experiencias compartidas evidencien retos que deben ser tomados en cuenta cuando se formulen políticas públicas y se coordine el trabajo intersectorial para lograr mejores resultados en materia de morbilidad materna extrema, en todos los niveles de atención.

CONCLUSIONES

Primera:

Este caso clínico corresponde a un caso de morbilidad materna extrema, si bien es cierto es una muerte materna evitada, en el manejo clínico se evidenciaron deficiencias relacionadas al sistema de referencia y contra referencia, así como a la falta de recursos materiales necesarios para la atención de la hemorragia obstétrica y equipamiento de la ambulancia, para la atención durante el traslado.

Segunda:

Los factores de riesgo encontrados fueron principalmente sociodemográficos como son: Edad de 25 años, nivel de instrucción secundaria, procedencia de zonas rural de pobreza extrema, múltipara y estado civil conviviente.

Tercera:

El manejo clínico en este caso no fue completamente adecuado, se omitieron ciertas funciones y procedimientos, como es la activación completa de la clave roja y la provisión adecuada de insumos y materiales necesarios para la atención de una emergencia por hemorragia obstétrica.

El sistema de referencias no funcionó inicialmente, por parte del establecimiento de referencia que debió recibir a la paciente, e indicaron realizar la extracción manual de placenta en el establecimiento, procedimiento que se realizó en el tercer intento logrando extraer la placenta en forma incompleta, pero se logró detener la hemorragia, y posteriormente referir en condiciones más estables. Asimismo, se constató que la ambulancia no cuenta con el equipamiento necesario según las FONB (funciones obstétricas neonatales básicas) que corresponden a su nivel resolutivo (no había oxígeno).

Cuarta

Con relación al análisis de las demoras: Si hubo demoras, especialmente en la demora tipo 3: Oportuna atención e intervención del profesional de salud. y en la demora tipo 4, donde el tratamiento que ameritaba de forma urgente era en un establecimiento de mayor complejidad, la cual inicialmente fue negada.

RECOMENDACIONES

Primera:

Se recomienda a las autoridades de los gobiernos regionales, locales y sector salud a trabajar por la salud sexual reproductiva de la comunidad y la prevención de la Morbi mortalidad materna, que permita una adecuada atención en los casos de morbilidad materna extrema, así como el mejoramiento de las carreteras e infraestructura del centro de salud Huancaray de nivel I-4.

Segunda:

Se recomienda a las obstetras responsables de la atención prenatal y atención del parto, detectar oportunamente factores de riesgo que estén asociados a la HPP, y contar con todos los insumos y materiales necesarios para prevenir y atender emergencias obstétricas.

Tercera:

Se recomienda al director de la dirección de salud Apurímac II que invierta y apoye estudios, capacitaciones, pasantías constantes de profesionales Obstetras y otros personales de salud, priorizando así lo que es promoción y prevención de salud desde nivel primario, para que todos los establecimientos de la región estén preparados para manejar este tipo de casos, contar con los kits de claves de emergencia obstétrica y personal capacitado para el manejo adecuado.

Cuarta:

Finalmente, a los gobiernos nacional, regional y local, afrontar los problemas de infraestructura y equipamiento adecuado para la intervención adecuada, oportuna y de calidad frente a emergencias obstétricas. así evitar la muerte materna y la morbilidad materna extrema, especialmente ocasionadas por las demoras tipo 3 y 4.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García S, Álvarez E, Rubio P, Borrajo E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]. 2017 [citado 2023 Ene 21] ; 85(4):254-266.Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000400007&lng=es
2. PAUTAS DE LA FIGO [Internet] Prevención y tratamiento de la hemorragia postparto en entornos de bajos recursos, 2018 [citado 10 jun 2022].Disponible: https://www.figo.org/sites/default/files/2020-07/Pautas%20de%20la%20FIGO_Prevenci%C3%B3n%20y%20tratamiento%20de%20la%20hemorragia%20postparto_Spanish.pdf
3. Rivera S, Chacón C, González A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Revista Médica Sinergia.[Internet] 2020[Citado 21 enero 2023] 5 (6).Disponible: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i6.512>
4. Ponce M, Zapata M, Cárdenas A, Parra W. Manejo de la hemorragia severa post-parto por atonía uterina. Dom. Cien.[Internet] 2021 [Citado 21 enero 2023] 7(4).Disponible: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4.2470>
5. Paucar J, Saeteros R, Ortiz E, Criollo A. Factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna en pacientes del Centro de Salud Cebadas Chimborazo, periodo agosto 2021-enero 2022. Rev la ciencia al servicio de la salud y la nutrición [Internet] 2022 [Citado 21 enero 2023] 13(2).Disponible: <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn>

6. López Luis , Ruiz D, Zambrano C, Rubio J. Incidencia de hemorragia posparto con base en el uso terapéutico de uterotónicos. Resultados maternos en un hospital de mediana complejidad de Bogotá, Colombia, 2016. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 22],68(3). <https://doi.org/10.18597/rcog.2916>
7. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú [Internet]. Perú; 2019 [citado el 29 de junio de 2022]. Report No.: SE 52. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pd>.
8. MINSA [Internet] Norma técnica de salud para la atención integral de la salud materna, Lima, Perú, 2013.[Citado 01 jul 2022] http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/imagenes/stories/resoluciones/RM/RM827_2013_MINSA.pdf.
9. García L y Col. Hemorragia posparto secundaria o tardía; Ginecol Obstet Mex. [Internet] 2017[Citado 15 agosto 2022]85(4):254-266. Disponible: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n4/0300-9041-gom-85-04-00007.pdf>
10. Guía de maternidad de lima 2018 - Buscar con Google [Internet]. [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=guia+de+maternidad+de+lima+2018&rlz=1C1ELrp>
11. Solórzano M, Cedeño C, Moreira T. Hemorragia post parto y rol de la enfermería en la activación clave roja. Rev dominio de las ciencias[internet] 2023 [Citado 02 de enero 2023] 9(1). <http://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3132>

12. Sánchez-Ortiz M, López-Pérez M, Sánchez-Muñoz A, Gil-Raga F, Aguilar-Galán V. Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz. Apunt. Cienc.[Internet] 2019;[Citado 03 enero 2023]9(1):Disponible de: <http://apuntes.hgucr.es/2019/04/26/incidencia-y-factores-de-riesgo-en-la-hemorragia-postparto-precoz/>
13. Crespo-Antepara D, Mendieta-Toledo L. Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.[Internet] 2019;[Citado 03 de enero 2023] 17(3): Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIC/article/view/1566>
14. García S, Álvarez E, Rubio P, Borrajo E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]. 2017 [citado 2023 Feb 04] ; 85(4). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000400007&lng=es
15. Karlsson H., Pérez C.. Hemorragia postparto. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2019 [citado 2023 Feb 04]. 32(1): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es
16. Cunningham , Leveno , Bloom , Dashe , Hoffman , Casey , et al. Williams Obstetricia. [Internet] Décima edición: Mc Graw Hill education; 2019. [Citado 02 de enero 2023]. Disponible: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2739§ionid=228704755>
17. Nyfløt L, Sandven I, Stray-Pedersen B, Pettersen S, Al-Zirqi I, Rosenberg M, Jacobsen AF, Vangen S. Risk factors for severe postpartum hemorrhage: a case-control study. BMC Pregnancy and Childbirth.[Internet] 2017 [Citado 04 de enero 2023];17(1) Disponible <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1217-0>

18. Del Carpio Ancaya L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. julio de 2013;30(3):461-4.
19. Castiblanco R, Coronado C, Morales L, Polo T, Saavedra A. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Rev Cuid [Internet]. 2022 Apr [cited 2023 Feb 04]; 13:. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2075>.
20. Manejo de la retención de placenta: revisión bibliográfica sobre la inyección de uterotónicos en la vena umbilical - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-de-la-retencion-de-placenta-revision-bibliografica-sobre-la-inyeccion-de-uterotonicos-en-la-vena-umbilical/>
21. Dubón M, Romero M. Retención de restos placentarios: Importancia del expediente clínico en la valoración de la atención médica. Caso de la CONAMED. Rev. Fac. Med. Internet]. 2017 Oct [citado 2023 Feb 04] ; 54(5):Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422011000500009&lng=es..
22. Véliz O F, Núñez S A, Selman A. A, Véliz O F, Núñez S A, Selman A. A. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. Revista chilena de obstetricia y ginecología. noviembre de 2018;83(5):513-26.
23. Semper González AI, Alvarez Escobar M del C, Balceiro Batista L, Torres Alvarez A, Lezcano Cabrera Y, Alfonso Salabert I. Morbilidad materna extremadamente grave. Un problema obstétrico en la salud pública y la atención al paciente grave. Revista Médica Electrónica. octubre de 2017;39(5):1117-25.

24. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Nota descriptiva. Septiembre 2016. - Buscar con Google [Internet]. [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.google.com/search?rlz=1C1ELEA_enPE688PE688&sxsrf=AJOqzVDV81
25. Mowerg Sánchez L. factores de riesgo relacionado con hemorragia postparto en el hospital Iquitos César Garayar García de enero - abril 2021. [Tesis pregrado internet]. Iquitos: Universidad Científica del Perú, 2021 [Citado 22 enero 2023]. disponible: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1603>
26. María Huamaní Y. morbilidad materna extrema y su relación con las demoras obstétricas de pacientes atendidas en el hospital regional docente de Cajamarca- 2017 [Tesis para optar título]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca del Perú, 2018 [Citado 22 enero 2023]. disponible: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1603> - Buscar con Google [Internet]. [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.google.com/search?rlz=1C1ELEA_enPE688PE688&sxsrf=AJOqzVDV81
27. Fuentes Gonzales A. paciente con hemorragia post parto por retención placentaria. en el hospital Guillermo Díaz de la vega 2017 [Tesis de pregrado de internet] Ica: Universidad Privada Ica ,2017 [Citado 24 enero 2023]. disponible: <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/272/1/FUENTES%%20GUILLERMO%20DIAZ%20DE%20LA%20VEGA%202017.pdf>
28. Rangel-Flores YY, Hernández-Ibarra LE, Martínez-Ledezma AG, García-Rangel M. Experiencias de mujeres sobrevivientes a morbilidad materna extrema en México, un estudio cualitativo desde el modelo de las tres demoras. Cad Saúde Pública [Internet]. 16 de septiembre de 2019 [citado 28 de febrero de 2023];35. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/csp/a/y8tJ8SBxqZGQQXDzrVMWbWz/?lang=es>

ANEXOS

CONTROLES PRENATALES

ATC PRENATALES	APN1	APN2	APN3	APN4	APN5	APN6	APN7	APN8	APN9	APN10
FECHA	18/01/2021	18/02/2021	18/03/2021	18/04/2021	18/05/2021	18/06/2021	14/07/2021	13/08/2021	21/08/2021	28/08/2021
EG	5.4/7SSXFUR	10.1/7SSXUR	14.1/7SSXFUR	18.4/7SSXFUR	22.5/7SSXUR	27.1/7SSXUR	31.4/7SSXUR	36.7SSX ECO	36.2/7SSXUR	37.4/7SSXFUR
Peso	67.50kg	64.00kg	64.100kg	65.00kg	67.00kg	67.200kg	68.500kg	68.900kg	71.00kg	72.500kg
Temperatura	36.8c	36.7c	36c	36.3c	36c	36.8c	36.8c	36.7c	36.2	36.4c
PA.	90/60mmhg	90/60mmhg	100/60mmhg	100/60mmhg	100/60mmhg	110/60mmhg	110/60mmhg	120/80mmhg	130/80mmhg	110/80mmhg
AU	NA	17	21	22	24	26	28	29	33	33
Presentación	NA	LCD	LCD	LCD	LCD	LCD	LCD	LCD	LCD	LCD
FCF	NA	155X	158X	155X	157X	140X	155X	136X	134X	138
MOV. FETAL	NA	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Edema	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E
Pulso Materno	74x'	77x'	78x'	78x'	78x'	82x'	85x'	86x'	71x'	83x'
Consejería	PPFF	NUTR	PPFF	NUTR	ITS	NUTR	NUTR/PPFF	NUTRI	NUTRI	PPFF/SIG ALA
P. biofísico	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH
visita domiciliaria	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	si	si	si
Plan parto	I	NA	NA	NA	II	NA	NA	III	NA	NA-
Nº dosis sulfato ferroso	NA	2/60	3/60	4/60-	5/60	6/60				-
CITA	18/02/21	18/03/21	18/04/21	18/05/21	18/06/21	08/07/21	18/08/21	19/08/21	28/08/21	04/09/21

Fuente: Historia Clínica Materno Perinatal

Atención Prenatal de Tarjeta N° 09

FICHA DE REGISTRO PARA ALOJAMIENTO

CASA DE ESPERA MATERNA: Fluoromay

FECHA: 21/08/21 HORAS: 7:00 H.C.: 74500151 EDAD: 25 DNI: [REDACTED]

NOMBRES Y APELLIDOS: Sedici, Damián Gonzales PROCEDENCIA: Zaldivar

Estado civil: Conviene Religión: Católica N° de hijos menores de 5 años: 0

Idioma que domina la gestante: Español Con quienes vive la gestante: padre, madre, pariente

RAZONES POR LA QUE ACUDE A CASA MATERNA:
 Vive lejos () Tiene alguna complicación o riesgo () Violencia intrafamiliar () Vive sola ()
 otra razón específica: _____

N° de personas que le acompañaran en casa materna: pregnante Virginia Pacheco (Partera)

Descripción de materiales (alimentos, dinero, utilice de aseo y/o otros) que trae, aparte de su vestimenta:
plumón, dinero,

SI ES PUERPERA:
 fecha de parto: _____ lugar de parto: _____ posición de parto (V) (H) hora de parto: _____
 PARTO ATEND. POR OBSTETRA () TECNICO () AG. COMUNIT. () PARTERA () OTROS ()
 Datos del RN: vivo () Sexo () Peso: _____ Talla: _____ P.Cefalico: _____ CONDICIÓN RN: _____
 establecimiento de salud que refiere: _____ N° de referencia: _____

RELATO DEL INGRESO: Quiso acudir de su casa para poder ser atendida en casa porque ella tiene un hijo con discapacidad intelectual.

Antecedentes Familiares:
 Antecedentes personales: alergias () Intev. Quirúrgica () vacuna antitetánica () otras: _____
 G.1. P. 1001 G1: 36/20/25/100/100 G4: _____
 G2: 36/20/25/100/100 G5: _____
 G3: _____ G6: _____

EMBARAZO ACTUAL:
 FUR: 08/12/20 FPP: 16/09/21 EG: 36 34x34x14 N° APN: 9 AIS: SI () NO ()
 patologías durante el embarazo: ninguna

E.V. P.A. 120/80 P: 71 T: 36.5 R: 20 PESO: 71.0 IMC pregestacional: _____

EXAMEN FISICO GENERAL:
 Cabeza: sin abombamiento del vértice, no se observan complicaciones con respecto a la cabeza
 Piel y Mucosa: piel húmeda y rosada, frotada con alcohol, no está ni que ni que
 Ojos: sin hinchazón de los párpados, sin secreción, sin enrojecimiento
 Orejas: sin dolor, sin secreción, sin hinchazón
 Boca: sin dolor, sin secreción, sin hinchazón
 Cuello: sin hinchazón, sin secreción, sin hinchazón
 Torax: sin hinchazón, sin secreción, sin hinchazón
 Mamas: sin hinchazón, sin secreción, sin hinchazón
 Aparato Cardiovascular: sin hinchazón, sin secreción, sin hinchazón
 Pulmones: sin hinchazón, sin secreción, sin hinchazón

ABDOMEN:
 AU: 33cm LCF: 134 MF: ++ SSP: hcd DU: Magthys
 Genitales Externos: sin hinchazón, sin secreción, sin hinchazón
 TV: sin hinchazón, sin secreción, sin hinchazón
 Miembros inferiores: sin hinchazón, sin secreción, sin hinchazón

Observación: _____

DX: Seguimiento prenatal de 36x34x14 y 37x34x14 del primer trimestre.

PLAN DE TRABAJO: seguimiento prenatal y parto

