

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia**

**PLACENTA PREVIA EN GESTANTE DEL III TRIMESTRE,  
HOSPITAL ILO -2022**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**Presentado por:**

**Lic. Obst. Lucero Del Rosario Mostajo Carrera**

**Lic. Obst. Ana Corina Ramos Cruz**

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

**Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas**

**TACNA – PERÚ**

**2024**

# UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

PLACENTA PREVIA EN GESTANTE DEL  
III TRIMESTRE, HOSPITAL  
ILO-2022

## TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

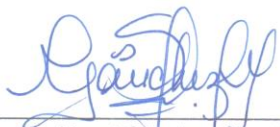
Lic. Obst. Lucero Del Rosario Mostajo Carrera  
Lic. Obst. Ana Corina Ramos Cruz

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en  
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

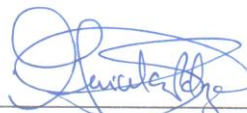
Aprobada por **UNANIMIDAD** ante el siguiente jurado:



Dra. Iris Eufemia Paredes Gonzáles  
Presidenta



Mtra. Cynthia Lisset Sánchez Montánchez  
Secretario



Mtra. Guicela Maribel Palza Portugal  
Vocal



Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo  
Asesora



**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional de Obstetricia



### **CERTIFICADO DE SIMILITUD**

El que suscribe **Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo**, en condición de asesor del informe final del Trabajo Académico titulado: **PLACENTA PREVIA EN GESTANTE DEL III TRIMESTRE, HOSPITAL ILO-2022**, presentado por la **Lic. Obst. Lucero Del Rosario Mostajo Carrera** y la **Lic. Obst. Ana Corina Ramos Cruz**, 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 similitud de trabajos de investigación, producción intelectual, considerando que; según revisión, evaluación y análisis a través de software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es **9%**.

Por lo que, **CERTIFICO** que la similaridad del Trabajo Académico, está acorde al nivel permitido para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Tacna, 10 de junio del 2024.

.....  
Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo

DOCENTE - ASESORA

## DEDICATORIA

Lucero

A mis padres por apoyarme en cada paso que doy, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este.

A mi hija Kiara, por ser mi mayor motivación para nunca rendirme en mis estudios y poder llegar hacer un ejemplo para ella.

A mi esposo por su paciencia y motivarme en este proyecto, por su amor y comprensión.

Ana

Gracias infinitas a mis padres por apoyarme en cada decisión y proyecto que doy en mi vida.

También expreso mi gratitud a mi familia mis hijos por su amor su bondad y ser mi soporte, a mi esposo por su apoyo incondicional y ser parte de este proyecto que paso de ser una meta personal a otro emprendimiento más de familia.

## **AGRADECIMIENTO**

Quisiéramos expresar nuestro profundo agradecimiento a nuestra Asesora de proyecto académico, la Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo.

Su experiencia, comprensión y paciencia contribuyeron nuestra experiencia en el camino de la investigación.

También agradecemos a la Universidad por abrirnos las puertas y brindarnos la oportunidad de avanzar en nuestra carrera profesional.

Agrademos a nuestros docentes que han sido parte de nuestro camino universitario, por transmitirnos sus conocimientos.

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1. Descripción del problema.....	2
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3 Justificación.....	3
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo general.....	5
1.4.2. Objetivos específicos.....	5
CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL.....	6
2.1. Placenta previa.....	6
2.2. Definición.....	7
2.3. Clasificación.....	7
2.4. Incidencia.....	8
2.5. Etiología.....	8
2.6. Factores de riesgo.....	9
2.7. Fisiopatología.....	10
2.8. Formas clínicas.....	12
2.9. Exámenes auxiliares.....	12
2.10. Tratamiento.....	13
2.11. Complicaciones.....	17
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	18
3.1. Historia clínica.....	18
3.1.1. Anamnesis.....	18
3.1.2. Motivo de consulta.....	18

3.1.3. Antecedentes.....	19
3.1.4. Examen físico.....	24
3.1.5. Impresión diagnóstica.....	25
3.1.6. Tratamiento y evolución.....	25
3.1.7. Exámenes auxiliares.....	43
3.1.8. Epicrisis.....	45
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	47
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS.....	58

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Antecedentes obstétricos .....	20
Tabla 2: Descripción de las atenciones prenatales .....	22
Tabla 3: Monitoreo de dinámica uterina y LCF 10/06/2022 .....	28
Tabla 4: Ecografía .....	29
Tabla 5: Monitoreo de Presión Arterial en URPA 10/06/2022 .....	35
Tabla 6: Monitoreo de Presión Arterial 10/06/2022 al 12/06/2022 .....	36
Tabla 7: Exámenes de laboratorio en sangre 10/06/2022 .....	43
Tabla 8: Examen de orina y COVID -19 .....	44
Tabla 9: Hemoglobina y hematocrito de control del 11/06/2022 al 16/06/2022.....	45

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el manejo clínico y complicaciones de la placenta previa en gestante del III trimestre del Hospital Ilo durante el año 2022. **Metodología:** Se aplicó el análisis de caso clínico. **Resultados:** Paciente 33 años, segundigesta de 35 semanas con 6 controles prenatales, que acudió al servicio de emergencia del Hospital Ilo II-I, por sangrado vaginal en regular cantidad, con 4 horas de evolución, acompañado de contracciones uterinas esporádicas, con diagnóstico inicial de amenaza de parto prematuro y hemorragia del III trimestre a descartar placenta previa. Se diagnosticó placenta previa total por ecografía obstétrica y se consideró manejo expectante inicial con tocólisis y maduración pulmonar fetal. Ante la activación del sangrado vaginal se decidió terminar la gestación por cesárea de urgencia, obteniendo un recién nacido de sexo masculino de 2860 kg, deprimido con apgar 0-1, así mismo como hallazgo operatorio, se reportó desprendimiento placentario en un 40 % e hipotonía uterina, para lo cual se practicó la sutura de Lynch y manejo con uterotónicos. En el post operatorio inmediato, en la unidad de recuperación post anestésica, la paciente cursó con hipertensión activándose manejo por Clave Azul. La placenta previa hemorrágica y el desprendimiento placentario, determinaron las complicaciones maternas de hipotonía uterina, anemia y en complicaciones fetales, asfixia perinatal, prematuridad y muerte neonatal. **Conclusión:** El diagnóstico y manejo oportuno de la hemorragia obstétrica por placenta previa total, es determinante para evitar las complicaciones y mejorar los resultados materno perinatales.

**Palabras clave:** Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, Hipertensión puerperal, anemia y muerte neonatal.

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the clinical management and complications of placenta previa in pregnant women in the third trimester of the Ilo Hospital during the year 2022. **Methodology:** Clinical case analysis was applied. **Results:** 33-year-old patient, 35-week second digestive tract with 6 prenatal check-ups, who attended the emergency service of the Ilo II-I Hospital, due to regular vaginal bleeding, with a duration of 4 hours, accompanied by sporadic uterine contractions, with initial diagnosis. of threatened premature labor and third trimester hemorrhage to rule out placenta previa. Total placenta previa was diagnosed by obstetric ultrasound and initial expectant management with tocolysis and fetal lung maturation was considered. Given the activation of vaginal bleeding, it was decided to terminate the pregnancy by emergency cesarean section, obtaining a male newborn weighing 2860 kg, depressed with an Apgar score of 0-1. Likewise, as an operative finding, placental abruption was reported in 40% and hypotonia. uterine, for which the Lynch suture and management with uterotonics were performed. In the immediate postoperative period, in the post-anesthetic recovery unit, the patient developed hypertension and Blue Key management was activated. Hemorrhagic placenta previa and placental abruption determined the maternal complications of uterine hypotonia, anemia and fetal complications, perinatal asphyxia, prematurity and neonatal death. **Conclusion:** The diagnosis and timely management of obstetric hemorrhage due to total placenta previa is decisive to avoid complications and improve maternal-perinatal outcomes.

**Keywords:** Placenta previa, premature placental abruption, puerperal hipertensión, anemia and neonatal death.

## INTRODUCCION

Dentro de las complicaciones obstétricas la Placenta Previa forma parte de los trastornos hemorrágicos del embarazo que puede presentarse en el segundo y tercer trimestre de una gestación acompañada o no de factores de riesgo

Es causa de morbilidad materna extrema a nivel global tiene una incidencia alta, la tasa de mortalidad por esta patología es muy elevada, para la madre, así como para el producto de la concepción, porque sus complicaciones son altamente peligrosas y de rápida evolución, así pues, en nuestro país los trastornos hemorrágicos constituyen una de las primeras causas de muerte materna.

En el presente trabajo se describe un caso clínico de Placenta Previa diagnosticado en el embarazo, por presentar sangrado y dolor tipo contracción, con el objetivo de analizar el manejo y la evolución del cuadro clínico durante su permanencia en el departamento de Gineco-Obstetricia y Sala de operaciones del hospital nivel II. La importancia de revisar casos clínicos como éste, radica en el aporte valioso de información a través de la experiencia de cierto grupo de profesionales que enriquece y mejora la experticia de todo el equipo de salud vinculado a la atención materna perinatal.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción del problema**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad y morbilidad materna constituye la mayor inequidad en salud que enfrenta la mujer de los países en desarrollo y las hemorragias son una de las principales causas que corresponde al 13 % de todos los casos (1).

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de enfermedades refiere que las hemorragias obstétricas ha sido la primera causa directa de muerte materna en el Perú. Durante el año 2020, se presentó el 19.1% de muertes maternas y en el año 2022 fue de 27.4%, la proporción de muerte materna a causa de hemorragia durante este periodo se incrementó en 4,6% comparado al quinquenio pre pandemia (2).

Según el Instituto Nacional Materno Perinatal entre los años 2018 y 2019 se atendieron 1122 casos de hemorragia obstétrica, correspondiendo a la segunda causa de morbilidad materna, dentro de las cuales se señalan el desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, rotura uterina, hemorragia post parto y shock hipovolémico, destacando que la placenta previa según lo reportado, constituyó la segunda causa de hemorragia. Las muertes maternas por hemorragia en dicho periodo fueron 3 (5).

La placenta previa tiene una frecuencia en embarazos únicos de 2.8 por 1000 gestaciones y de 3.9 en embarazos gemelares, además se asocia con acretismo placentario en el 5% de los casos sin antecedente de cesárea y en el 40% de casos con antecedente de tres cesáreas (4).

Por todo lo expuesto, consideramos que la hemorragia obstétrica y particularmente la placenta previa por su significativa frecuencia merece ser estudiada por su gran asociación a morbilidad materna extrema, compromiso fetal y alto riesgo de muerte materno perinatal.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es el manejo clínico y complicaciones materna perinatales de la placenta previa en gestante del III trimestre en el Hospital de Ilo durante el año 2022?

## **1.3 Justificación**

La Hemorragia obstétrica constituye la primera causa de muerte materna a nivel nacional y es la placenta previa una de las entidades etiológicas de hemorragia durante el tercer trimestre del embarazo, por ende, constituye una seria complicación materna que pone en riesgo la vida de la madre, del niño por nacer o recién nacido. (3).

En la Región Moquegua no hay estudios actuales sobre la incidencia de placenta previa y siendo una patología que compromete

seriamente la salud y la vida de la madre y del niño por nacer, los y las obstetras involucrados con la atención de la salud sexual y reproductiva, debemos intervenir activamente en el equipo de la atención de la emergencia obstétrica, en salvaguarda de la vida y la salud materno perinatal (6).

El presente estudio de caso clínico, tiene importancia social, porque la hemorragia por placenta previa puede provocar complicaciones serias en la madre, niño por nacer y recién nacido; determinando desde secuelas hasta la muerte materna perinatal, teniendo una gran repercusión negativa en la familia y sociedad.

Tiene gran relevancia para la salud materno perinatal, porque permite revisar la aplicación de la Guía de manejo de la hemorragia obstétrica, conocer los factores de riesgo, realizar medidas de prevención y de manejo oportuno por el equipo de salud responsable (7).

Tiene relevancia económica, dado que la prevención de los riesgos y el manejo inicial oportuno, permitirán evitar serias complicaciones que prolongarían la estancia hospitalaria, utilización de recursos médicos y la necesidad de referencia a un establecimiento con mayor capacidad resolutive.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

- Determinar el manejo clínico y las complicaciones materno perinatales de la placenta previa en gestante del III trimestre del Hospital Ilo durante el año 2022.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Determinar los signos clínicos de placenta previa en gestantes del III trimestre en el Hospital Ilo.
- Identificar las complicaciones maternas, de placenta previa en gestantes del III trimestre en el Hospital Ilo.
- Identificar las complicaciones fetales perinatales de placenta previa en gestantes del III trimestre en el Hospital Ilo
- Determinar el manejo clínico de placenta previa en gestantes del III trimestre del Hospital Ilo.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO CONCEPTUAL**

#### **2.1 Placenta previa**

La placenta previa se define como la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, cubriendo o acercado al orificio cervical interno. Uno de sus principales factores de riesgo para su aparición, está relacionado con afecciones existentes antes del embarazo (8).

De acuerdo al consenso del Instituto Americano de Ultrasonido en Medicina recomienda utilizar el término placenta previa para aquella que cubre directamente el orificio cervical interno (OCI) y se asignará el término de placenta de inserción baja cuando el borde placentario se encuentra a menos de 20 milímetros del orificio cervical interno. Placenta ubicada normalmente cuando el borde se localiza a >20 milímetros del orificio cervical (9).

El diagnóstico de placenta previa o placenta baja no debe realizarse antes de 18 a 20 semanas de gestación y el diagnóstico provisional debe confirmarse después de 32 semanas de gestación (9).

## 2.2. Definición:

La Placenta previa fue por primera vez mencionado y explicado en 1873 por Jacob Mateo Duncan, explicó el mecanismo de sangramiento en la placenta previa y el alumbramiento (10)

Es considerada placenta previa a la patología placentaria donde la implantación de la placenta en el útero se realiza en la parte baja y cubre parcial o totalmente el orificio cervical (11).

## 2.3 Clasificación:

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) clasifica los 4 tipos de Placenta Previa:

**a) No oclusiva:** El tejido placentario se inserta próximo al orificio cervical interno, sin llegar a cubrirlo.

**1.Placenta de inserción baja:** La distancia entre el borde placentario más próximo al OCI y el OCI es menor de 2 cm.

**2.Placenta marginal:** La placenta se inserta en el borde del OCI, sin sobrepasarlo.

**b) Oclusiva:** El tejido placentario se inserta en el segmento uterino inferior de tal forma que cubre el orificio cervical interno en grado variable.

**3. Placenta oclusiva parcial:** El orificio cervical interno queda parcialmente cubierto por la placenta.

**4. Placenta oclusiva total:** El OCI queda totalmente cubierto por la placenta (11).

#### **2.4. Incidencia:**

A nivel mundial se tiene una incidencia entre 0.12% a 0.5%, es decir un caso entre 83 a 200 partos. En Estados Unidos esta patología está presente en el 0.3 a 0.5% de las gestantes. A nivel de Latinoamérica, y el caribe en Cuba, se informa que su frecuencia oscila entre el 0,5 al 1 % del total de partos y en Venezuela 0.76% (12).

En embarazos únicos es de 2.8 por 1000 gestaciones y de 3.9 en embarazos gemelares. La placenta previa se asocia con acretismo placentario en el 5% de los casos sin antecedente de cesárea y en el 40% de casos con antecedente de tres cesáreas. (4).

#### **2.5 Etiología:** Causas Independientes

**Tardía aparición de la capacidad de fijación del trofoblasto.** En el caso que el ovulo sea implantado tempranamente en la trompa de Falopio da inicio al embarazo ectópico; si fuera una implantación normal, esta se daría en la zona superior o media del útero; pero si la implantación es tardía, la anidación se realizara en las zonas inferior del útero y si fuera aún más tardía no alcanzaría a anidarse, saldría al exterior como un aborto o embarazo frustrado.

**Capacidad de fijación del endometrio** disminuida por algún proceso de endometritis en las zonas superior del mismo. La placenta se extenderá hacia la zona inferior para lograr una mejor implantación.

**Alteraciones endometriales** si el endometrio es sano el ovulo se implanta en el fondo uterino donde hipertrofia sus vellosidades para dar inicio a la placenta; el resto de las vellosidades en cambio, sufriría un proceso de atrofia hasta constituir el corion liso. Pero el endometrio presenta alguna transformación anómala, las vellosidades destinadas a atrofiarse no lo harán, establecer la placenta en la caduca refleja, la que, al crecer el trofoblasto, se asentará sobre la caduca verdadera con la consiguiente ubicación baja de la placenta. (13)

## **2.6 Factores de Riesgo:**

Están asociados a la Placenta previa los siguientes factores de riesgo.

- Edad Materna a medida que aumenta, el riesgo de placenta previa es mayor. El riesgo de placenta previa es cinco veces más elevado en mujeres mayores de 35 años que en mujeres menores de 20 años (23).
- Aborto, impide la normal regeneración de la capa del endometrio (22)
- Cesárea anterior y paridad debido a que durante los estados gestacionales en el lugar que se implanta la placenta, existe una cicatrización, deteriorando la zona habitual de implantación (21).
- Periodo intergenésico corto Cuando un embarazo es concebido dentro de un periodo corto, la reserva de micronutrientes no está

completamente restaurada después del embarazo previo, lo cual puede culminar en síndrome de depleción materna y con llevar a consecuencias maternas, fetales y perinatales. Este síndrome de depleción se ve acentuado en pacientes que llevan a cabo lactancia exclusiva entre embarazos. Principalmente, son las reservas de folato las que se ven implicadas en el síndrome de depleción materna, ya que durante el embarazo existe una movilización de las reservas maternas hacia el feto; con concentraciones que empiezan a reducirse desde la semana 20 de gestación hasta las primeras semanas postparto, lo cual se ha visto reflejado en niveles bajas de folato y altos de homocisteína (24).

– Tabaquismo las fumadoras embarazadas están directamente relacionadas con la cantidad de cigarrillos que consumían, sus placentas eran mucho más grandes que las de las que nunca fumaron. Se entiende que esta respuesta compensa la hipoxia inducida por el tabaquismo materno. Debido al mayor tamaño de la placenta en estas mujeres, existe una mayor frecuencia de placenta previa y un mayor riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta, sangrado y ruptura prematura de membranas (14)

## **2.7 Fisiopatología**

Un reciente estudio del Instituto Nacional de Perinatología de Placenta Previa indica que el mecanismo al que se atribuye el daño endometrial que se genera es una cicatriz previa o el daño al segmento

uterino inferior que puede incitar al crecimiento placentario, en el segmento sin cicatrizar, además de una menor perfusión útero placentaria, aumentando la superficie requerida para la inserción placentaria y puede causar que la placenta invada el segmento uterino inferior.

El término de migración placentaria se ha utilizado para explicar una “resolución” de la placenta de inserción baja ya que a medida que avanza el embarazo, el borde placentario inferior estacionario se traslada lejos del orificio cervical con el desarrollo del segmento uterino inferior. De hecho, se ha observado que el segmento uterino aumenta de 0.5 cm a más de 5 cm al término. En segundo lugar, se piensa que la placenta sufre un proceso denominado trofotropismo creciendo hacia la zona del útero con el mejor suministro de sangre (típicamente el fondo), a su vez, la porción de la placenta más cercana al cuello uterino retrocede y se atrofia.

La aparente ‘migración’ placentaria después del desarrollo del segmento uterino inferior durante el tercer trimestre del embarazo da como resultado la resolución de la placenta baja en el 90% de los casos antes del término, sin embargo, se debe tomar en cuenta que esto es menos probable en mujeres con una cesárea anterior (9).

## **2.8 Formas Clínicas:**

Se puede presentar sangrado vaginal indoloro en el segundo o tercer trimestre. Se cree que el sangrado ocurre por la interrupción de los vasos sanguíneos de la placenta en asociación con el desarrollo y adelgazamiento del segmento uterino inferior, así como por la separación de la placenta de la decidua subyacente resultante por contracciones, borramiento cervical y dilatación cervical.

Entre el 70% y el 80% de las pacientes con placenta previa tendrá al menos un episodio de sangrado, alrededor del 20% presentará actividad uterina antes del sangrado y menos del 10% permanecen asintomáticos hasta el término. Es importante mencionar que la hemorragia obstétrica por placenta de inserción baja se manifiesta en un 30% de los casos en el segundo trimestre.

La presentación de una hemorragia de inicio temprano (menor a 30 semanas) lleva consigo un mayor riesgo de transfusión sanguínea y una alta asociación a morbilidad y mortalidad perinatal **(9)**.

## **2.9 Exámenes auxiliares**

### **Laboratorio**

- Hemograma completo
- Grupo sanguíneo y factor RH

- Perfil de coagulación (TP, TTP, INR)
- Glucosa
- Urea
- Creatinina
- Pruebas cruzadas (15).

## **Imágenes**

**Ecografía** es el método más certero para el diagnóstico de la placenta previa. La ecografía abdominal tiene una sensibilidad del 95%-98%. La ecografía transvaginal permite definir con exactitud la relación de la placenta con el orificio interno siendo su precisión diagnosticada casi del 100%.

**Ecografía Doppler** color para descartar hematoma marginal o vasa previa. Localizar la inserción cordón. En caso de vejiga parcialmente llena confirmar el diagnóstico de placenta previa tras la micción. Valorar signos de acretismo especialmente en placenta previa con antecedente de cesárea previa (16).

## **2.10 Tratamiento**

### **A) HOSPITALIZACION**

**El tratamiento conservador está indicado cuando:**

- La hemorragia no es grave.
- El estado hemodinámico materno es estable.
- La edad gestacional es inferior a 36 semanas o hay inmadurez pulmonar fetal.
- Feto vivo, sin signos de pérdida del bienestar, ni malformaciones incompatibles con la vida.
- No existen otras complicaciones médicas u obstétricas del embarazo que contraindiquen la prolongación de la gestación. (4)

**El manejo se basa en el control intrahospitalario, a través de:**

- Estabilización hemodinámica: Abrir una vía venosa con catéter N.º 18 e iniciar infusión con Solución Salina 0,9 % 1000 cc a 60 gotas/minuto.
- Control del bienestar fetal.
- Maduración pulmonar con corticoides en fetos  $\leq 34$  semanas.
- Reposo.
- Evitar los tactos vaginales.
- Mantener el hematocrito materno  $\geq 30$  % y la hemoglobina  $\geq 10$  g %  
Una vez cedida la hemorragia, si el estado materno-fetal es adecuado, podemos plantearnos el manejo ambulatorio tras 48-72 horas de ausencia de hemorragia, siendo importante que la gestante acuda al hospital si presenta un nuevo episodio hemorrágico, por pequeño que sea. Si la hemorragia compromete el estado

hemodinámico materno y/o fetal, el tratamiento será la culminación de la gestación, con independencia de la edad gestacional (4).

## **B) MANEJO DEL PARTO**

En pacientes con placenta previa sintomática y tratamiento conservador expectante, se finalizará la gestación de forma electiva en la semana 37.

- En pacientes con placenta previa asintomática
- Cesárea electiva a las 37-38 semanas, si es “oclusiva”.  
Si es una placenta “no oclusiva”, se puede esperar al inicio del parto y decidir la vía del parto en función de la evolución del caso.
- Antes del parto, la paciente debe ser informada de las diferentes alternativas (parto vaginal o cesárea) en función del tipo de placenta previa que presente. Igualmente debe conocer la posibilidad de precisar una transfusión.  
Se debe disponer de sangre y pruebas cruzadas en cantidad suficiente (4).

**Cesárea:** El lugar de la incisión será aquél que mejor evite la inserción placentaria y permita la extracción rápida y traumática del feto (4).

**Parto vaginal:** Se permitirá la evolución del parto si este transcurre sin hemorragia o sangrado mínimo y ver el estado materno y fetal no se

altera. Debe realizarse monitorización materno-fetal continua, si el cuello uterino es favorable, debe realizarse la ruptura prematura de membranas para facilitar el descenso de la cabeza fetal y que comprima el borde placentario y disponer de sangre, pruebas cruzadas y quirófano preparado (4).

### **C) MANEJO DEL ALUMBRAMIENTO**

Las medidas médico-quirúrgicas utilizadas ante una hemorragia masiva tras la extracción placentaria son:

- Hemostáticas
- Suturas circulares en Masaje uterino
- Uterotónicos: oxitocina, ergotínicos, prostaglandinas (E1)
- Legrado del lecho placentario
- Taponamiento uterino
- Aplicación de suturas el lecho placentario W3WA
- Ligadura de uterinas o hipogástricas
- Histerectomía: Tanto la placenta previa como sobre todo el acretismo placentario son las causas más frecuentes de histerectomía obstétrica por hemorragia masiva. (4)

## **2.11 Complicaciones**

### **Complicaciones Maternas**

- Hemorragia ante parto, durante el parto y posparto.
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- Acretismo placentario
- Shock hipovolémico
- Síndrome de Sheehan,
- Necrosis tubular aguda (NTA) que termina en daño renal.
- Septicemia y tromboflebitis.
- Muerte materna (17).

### **Complicaciones Fetales**

- Parto Pre término.
- Distocia de presentación fetal.
- Sufrimiento fetal.
- Bajo peso al nacer.
- Muerte fetal (17).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Historia clínica**

##### **3.1.1. Anamnesis:**

###### **Filiación:**

Fecha: 10/06/2022 Nombres y Apellidos: Carmen Charaña Condori

Edad:33 Grupo Étnico: Mestiza Estado Civil: Conviviente

Grado de Instrucción: Secundaria completa Ocupación: Negocio

independiente. Religión: Católica Idioma: Castellano Lugar y Fecha de

Nacimiento: Puno- Yunguyo, 29/11/1988

Lugar de Procedencia: Ilo Lugar y tiempo de Residencia Ilo Domicilio:

Santa Rosa Mz 44 Lt 1 Fecha de Ingreso: 10/06/2022 N.º de Historia

Clínica: E-6138

##### **3.1.2. Motivo de Consulta:**

Tiempo de enfermedad 4 horas, síntoma principal sangrado vaginal de regular cantidad. Historia de la enfermedad: Paciente acude acompañada por familiar (esposo), presentando dolor abdominal tipo contracción en forma esporádica y sangrado en regular cantidad.

Funciones biológicas: apetito, sed, sueño, deposiciones y orina conservados.

### **3.1.3 Antecedentes:**

**a) Personales:** Ninguno

**b) Patológicos:** Niega enfermedades, cirugías, alergias y medicación.

**c) Gineco obstétricos:**

#### **Ginecológicos:**

G1 A término 40 semanas 2010

Menarquia: 14 Duración: 5 días Cantidad: Regular Dolor: Si

Régimen catamenial: Regular

Inicio de Actividad Sexual(edad): 18 años N.º de parejas: 1

Dispareunias: 1º R.S. y/o posteriormente: No

Flujo genital: No Prurito vulvar: No

Si hubo ETS: Tratamiento y Tiempo: No Uso M.A.C: No

Ultimo PAP o IVAA (fechas) 2021 Resultados Negativo

#### **Obstétricos:**

Gestación. A término 40 semanas

Abortos: 0 Hijos vivos: 1. Hijos fallecidos: 0

Partos hospitalarios: Si Domiciliarios: No

Persona que atendió el parto: Obstetra

Hubo complicaciones del parto: No

Fecha del último parto o embarazo: 05/07/2010

**Tabla 1**

*Antecedentes obstétricos*

AÑO	CPN	EG (SEM)	PESO RN(g)	PARTO EUTOCICO	LUGAR
2010	SI	40	3610	SI	HI

Fuente: Historia clínica.

Leyenda: HI (Hospital Ilo)

**d) Embarazo actual:**

FUM 08/10/2021      FPP 17/07/2022      Edad Gestacional: 35sem

Fórmula obstétrica    G1P1A0HV1HM0    PI: Largo

Inicio(sem) 10semanas y 6 días    N.º de CPN: 6

Tiene actividad sexual: Si (X)

Esta es gestación planificada: No Rechaza el embarazo: No

Molestias No I Trim No II Trim No III Trim SI

Especifique indicando 1º y/o 2º y/o 3º según trimestre de aparición:  
Dolor tipo contracción, esporádicas y sangrado.

Nauseas: No Vómitos: No Mareos: No Vértigo: No

Estreñimiento: No    Leucorrea: No    dolor lumbar: No

Disuria: No            Polaquiuria: No            Cefalea: No

Escotomas: No

Hipertensión: No    Ginecorragia: Si    Insomnio: No

Medicamentos usados en la gestación (indique edad gestacional):  
Ninguno.

Actualmente: No

Trabaja haciendo esfuerzo físico: A veces

Agente químico tóxico: No

Recibe radiaciones u otro semejante (cual): No  
Vacunas en la gestación (especifique la edad gestacional): 27 semanas Antitetánica: Si 1º. dosis  
Análisis de sangre: Si. Hb: 13.0 gr/dl Fecha 06/01/2022 Hto: -  
Segunda Batería: Si Fecha: 30/05/2022  
Grupo sanguíneo y factor Rh O (+) Fecha:30/05/2022  
Hemograma especifique anormalidad: Ninguna  
Segunda batería: 30/05/2022  
Glucosa: 80mg/dl Fecha: 30/05/2022 Serología (RPR) No reactivo  
Segunda batería  
Fecha: 30/05/2022 Prueba rápida VIH: No reactivo  
Fecha: 30/05/2022 Sífilis: No reactivo  
Fecha: 30/05/2022 Análisis de orina (indicar anormalidad) normal Fecha: 30/05/2022

**Tabla 2***Descripción de las atenciones prenatales*

Atenciones prenatales	ATENCION 1	ATENCION 2	ATENCION 3	ATENCION 4	ATENCION 5	ATENCION 6
Fecha	23/12/2021	21/01/2022	25/02/2022	24/03/2022	25/04/2022	25/05/2022
Edad Gest	10.6	15	20	23.4	28.3	32.5
Peso Madre	59.5	58.2	57.9	59.6	61.5	66
Temperatura C°	36.8	36.3	36.3	36.8	36.7	36.5
Presión Art. mmHg	104/64	106/65	104/62	112/60	110/64	118/65
Pulso Materno	62	67	72	67	68	74
Altura Uterina	0	12	17	22	25	26
Situación	NA	Ind	Ind	Transverso	Transverso	Oblicuo
Presentación	NA	Ind	Ind	Ind	Transverso	Oblicuo
Posición	NA	Ind	Ind	Izquierdo	Transverso	Oblicuo
F.C.F /min	NA	148	138-150	142	134-142	130-148
Mov. Fetales	NA	NA	+	++	++	++
Proteinuria cualitativa	Negativo	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH
Edema	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E
Reflejo Ost.	++	++	++	++	++	++
Examen de pezón	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado
Fe/ Ac. Fólico	NA	SF1	SF2	SF3	SF4	SF5
Calcio	NA	NA	CA1	-	-	-
Orientac/Consej.	Nut./PPFFF	Nut./SA	Nut./PPFF/SA	SA/ITS	SA/Nut	Nut/SA/PPFF
EG por Ecograf.	(9.6) 16/12/2021	NA	(19.3) 15/02/2022	-	-	-
Perfil Biofísico	NA	NA	NA	NA	NA	-
Cita	23/01/2022	21/02/2022	25/03/2022	24/04/2022	25/05/2022	10/06/2022
Visita Domicil.	NA	NA	Si	Si	-	-
Plan de Parto	I	-	II	-	-	-
EESS	PSEA	PSEA	PSEA	PSEA	PSEA	PSEA

Fuente: Carnet perinatal

**e) Familiares:**

Madre vive: Si Edad: 58 años Sana: Si

Padre vive: Si Edad: 58 años Sano: Si

HERMANOS: 2

Esposo: Si Edad: 33 años Vive: Si Ocupación: Independiente

Sano: Si

**Marque si hay estas enfermedades en familiar consanguíneo, línea directa:**

Tuberculosis X      Gemelaridad No

Otras (especifique y que familiar): No

**f) Socioeconómicos:**

Vivienda: alquilada: No    Propia: Si    Material: Noble

N.º de habitaciones: 2      Saneamiento ambiental: Si

Agua: Si      Desagüe: Si      luz: Si

Zona urbana: No    Periurbana: No      Rural: Si

Cría animales: Si

Ingreso promedio mensual: 1.600 Soles    N.º de personas dependientes:  
2

Ocupación de pareja: Independiente    Con quien vive: Esposo e hija

Tiempo de convivencia: 12 años

VIF: No

Cría animales: SI(X) NO (.....)

Domésticos (X) ¿De granja (.....) Cual? Perro

Exposición a sustancias tóxicas (Plaguicidas, etc.): SI (X) NO (.....)

**g) Alimentación**

Veces de alimento al día: 4 veces

Indica más regular: Alimentos ricos en proteínas: Si    Carbohidratos:  
Regular

Almidones: Poco    Verduras: Cantidad      Frutas: Si    Balanceado: Si

**h) Hábitos nocivos**

Fuma veces al día: No fuma      Bebidas    alcohólicas:    Niega

Café: No    Té: No    Tazas al día: No    Consume coca: No    Droga: No

Medicamentos: SI (...) NO (X) ¿Cuál?.....

### 3.1.4. Examen Físico:

**a) General:** LOTEPE, REG, AREN, AREH

**b) Funciones vitales:**

Pulso: 62 latidos por minuto    T°:36.8°C    PA: 104/64    FR:20 por minuto

Funciones biológicas: Sed: Normal    Apetito: Normal

Sueño: Normal    Micción: Normal    Deposiciones: Normal

Estado emocional: Conservado

Medidas. Antropométricas: Peso actual: 74 kilogramos antes de la

Gestación: 57.6 kilogramos    Talla: 1.50 centímetros.

**c) Piel y faneras:** Piel de color trigueña, elasticidad conservada, llenado capilar < 2 segundos, adecuada, uñas color rosadas.

**d) Cabeza:** Normocéfala, cabellos bien implantados, ojos, simétricas, conjuntivas ligeramente pálidas, boca, mucosa oral húmeda, pabellón auricular bien implantado.

**e) Cuello:** Cilíndrico móvil, no adenopatías.

**f) Tórax:** Cilíndrico, murmullo vesicular pasa bien ambos lados.

**g) Mamas:** simétricas, turgentes, pezón formado con presencia de calostro.

**h) Cardiovascular:** Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

**l) Abdomen:** blando depresible, doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, útero grávido, altura uterina 30 cm, feto longitudinal, cefálico izquierdo, frecuencia cardíaca fetal 134lpm, dinámica a uterina esporádica.

**j) Genitourinario:** Se evidencia sangrado de escasa cantidad, no perdida de

líquido amniótico.

**k) Columna vertebral y extremidades:** Conservado.

**l) Linfático:** no adenopatías.

**m) Neurológico:** Conservado

**n) Extremidades inferiores:** sin edema.

**o) Reflejos osteotendinoso:** Normal.

### **3.1.5. Impresión diagnóstica:**

- Gestación de 35 semanas por FUR
- Amenaza de parto prematuro
- Hemorragia del 3er trimestre
- Descartar placenta previa

### **3.1.6. Tratamiento y evolución:**

**Día 10/06/2022**

**08: 30 horas: Atención en el Servicio de Emergencia**

Paciente acude acompañada por familiar (esposo), presentando dolor abdominal tipo contracción en forma esporádica y sangrado en regular cantidad. Presión arterial: 130/80 mmHg, Pulso 68 lpm, temperatura 36.1 °C respiración 20 pm, peso 74 Kg, Talla 1.50 ~~m~~ts

Antecedentes: FUR: 08/10/2021, FPP: 17/07/2022, GESTA: 1 PARIDAD. 1 CESAREAS:0 Partos anteriores: 01, FUP: 05/07/2010. Niega antecedentes patológicos.

Al examen: REG, REH, LOTEPE, mamas con secreción calostrálica, abdomen globuloso, altura uterina 30 cm, frecuencia cardíaca fetal 134lpm, dinámica a uterina esporádica, genitales se evidencia sangrado vaginal de escasa cantidad, miembros inferiores sin edema, reflejos osteotendinosos normales.

#### **09:42 horas: Notas de obstetricia**

Se realiza test no estresante, activo – reactivo LCF 124-130 lpm.

#### **Diagnóstico Presuntivo:**

1. Gestación de 35 semanas por FUR
2. Amenaza de parto prematuro
3. Hemorragia del 3er trimestre
4. Descartar placenta previa

#### **Plan Terapéutico a Seguir: 10:00 horas**

- Se hospitaliza en obstetricia.
- Reposo relativo.
- Dieta blanda más líquido orales.
- Cloruro de sodio 0.9% por 1000 cc a 25 gotas.
- Control de sangrado vaginal.
- Control de Funciones vitales.

## **12:00 horas: Ingreso al Servicio de obstetricia**

### **Notas de Obstetricia**

Ingresó paciente mujer al servicio, remitida de emergencia con vía permeable de Cloruro de sodio a 25 gotas/min en silla de ruedas acompañada de personal técnico, con una Hb de 10.6 gr, con diagnóstico:

- Gestación de 35 semanas por FUR
- Amenaza de parto prematuro
- Hemorragia del 3er trimestre
- Descartar placenta previa

Al examen en aparente regular estado general (AREG), lúcida orientada en tiempo espacio y persona (LOTEP). Presión Arterial(PA): 120/80 mmHg, pulso 68 lpm, temperatura 36.1°C

Abdomen globuloso ocupado por feto único vivo, altura uterina 30cm, LCF 132-138 lpm, Movimiento fetal ++. Genitales: escaso sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico, miembros inferiores sin edema.

Ginecólogo de hospitalización evalúa a paciente, se le toma ecografía, y deja indicaciones en historia clínica. Se apertura hoja de monitoreo cada 30 min.

**Tabla 3**

*Monitoreo de Dinámica Uterina y latidos cardiacos fetales*

<b>HORAS</b>	<b>DU</b>	<b>LCF</b>	<b>MF</b>
<b>13:00</b>	esporádica	122 - 124lpm	+
<b>13:30</b>	esporádica	118- 122lpm	+
<b>14:00</b>	esporádica	114- 120lpm	+

Fuente: Historia clínica

**12:05 horas: Evolución médica**

Médico de hospitalización realiza ultrasonido obstétrico

**Tabla 4***Ecografía*

<b>Feto único vivo</b>	<b>LCD</b>
<b>Latido cardiaco fetal</b>	150lpm
<b>Biometría fetal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diámetro bi parietal 75.4 cm</li><li>- Perímetro Cefálico 281 cm</li><li>- Circunferencia Abdominal 260cm</li><li>- Longitud de fémur 66 cm</li></ul>
<b>Ponderado fetal</b>	1862 gr
<b>Líquido amniótico</b>	ILA 10 cc, pozo único mayor 3cc
<b>Diagnóstico</b>	Placenta previa total

Fuente: Historia Clínica

**Impresión Diagnóstica:**

- Gestación única activa de 35 semanas
- Placenta previa total

**Indicaciones médicas:**

- Dieta blanda.
- Reposo absoluto.
- Cloruro de sodio al 0.9% por 1000 cc a 15 gotas por minuto.
- Dexametasona 6 mg endovenoso cada 12 horas.
- Diclofenaco 75 mg intramuscular cada 12 horas.
- Ecografía
- Control obstétrico latidos cardiacos fetales más dinámica uterina
- Control de sangrado vaginal.
- Control de funciones vitales
- Interconsultas con anestesiología y cardiología.

**14:00 horas: notas de obstetricia**

Se evidencia sangrado rojo rutilante y contracciones esporádicas, se comunica vía telefónica - celular con ginecólogo y deja indicaciones:

- Nifedipino 20 miligramos 2 tabletas vía oral.
- Oxígeno 6 litros por minuto continuo.
- Cloruro de sodio a 0.9 % por 1000 cc 500 a chorro.

- Metoclopramida 20 mg vía endovenosa.
- Ranitidina 50 mg vía endovenosa.
- Sala de operaciones.

### **15:07 horas: Notas de Pediatría:**

En sala de operaciones se obtiene un recién nacido, flácido, pálido, no hay esfuerzo respiratorio, frecuencia cardiaca no auscultable, se realiza estimulación táctil, ventilación con presión positiva; no hay respuesta, se procede a realizar masaje cardiaco sin mejoría. Se realiza intubación con tubo endotraqueal N°3 junto con anestesiólogo, se coloca vía endovenosa, se pasa cloruro de sodio a 0.9% por 1000 cc a chorro, ante sospecha de shock hipovolémico por desprendimiento prematuro de placenta, ante la falta de respuesta se realiza reanimación cardiaco pulmonar, se indica manejo con adrenalina endovenosa, masaje cardiaco y ventilación a presión positiva, al minuto 35 segundos se recupera frecuencia cardiaca < 100 lpm , se llega a mejorar la saturación de oxígeno hasta 95% y frecuencia cardiaca 120 lpm, al minuto 45 segundos hay esfuerzo respiratorio espontaneo, solo depende de la ventilación a presión positiva, sexo masculino, con peso 2860 gr, talla 46 cm, liquido sanguinolento, Apgar 0-1, edad gestacional de 35 semanas.

### **Impresión diagnostica**

- Recién nacido pre termino masculino 35 semanas por Capurro

- Parto abdominal por desprendimiento prematuro de placenta
- Shock Hipovolémico
- Asfixia neonatal severa
- D/c membrana hialina
- D/c Isquemia versus hemorragia intra cerebral

### **15:30 horas: Notas de Obstetricia**

Se realiza toma de Hemoglobina con resultado de 8.2 gr, se transfunde 01 paquete globular

### **16:00 horas: Reporte operatorio**

Incidencias ocurridas durante el acto operatorio empaquetamiento B- Lynch por hipotonía uterina.

### **Hallazgos operatorios:**

- Recién nacido único vivo hipotónico
- Placenta previa total, coágulos en placenta 40 % retro placentario
- Hipotonía uterina, empaquetamiento B-Lynch.

Diagnóstico pre- operatorio: Placenta previa sangrante.

Diagnóstico post- operatorio: Placenta previa sangrante más desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

## 16:21 horas: Indicaciones medicas

### Post Cesárea más empaquetamiento

- Nada por vía oral por 8 horas.
- Cloruro de sodio al 0.9% por 1000 cc pasar a 15 gotas por minuto, oxitocina 30 unidades internacionales. (vía I)
- Cloruro de sodio al 0.9% por 1000 cc pasar a 30 gotas por minuto vía endovenoso. (vía II)
- Clindamicina 600mg cada 8 horas vía endovenosa.
- Ergometrina 0.2miligramos cada 12 horas vía intramuscular.
- Metamizol 2 gramos cada 4 horas vía endovenosa.
- Tramadol 50 miligramos subcutáneo periumbilical condicional al dolor.
- Ácido tranexámico 1 gramo cada 8 horas vía endovenosa.
- Misoprostol 600 microgramos stat en sala de operaciones.
- Transfusión de un paquete globular condicional a hemoglobina < 7.
- Control de tono uterino más sangrado vaginal.
- Control de funciones vitales más control de sangrado vaginal más control de tono uterino cada 15 min por 4 horas en hoja aparte.
- Control de diuresis más balance hídrico más sonda Foley periférica.
- Hemoglobina de control.

## **18:30 horas: Evolución medica**

### **Post operatorio inmediato:**

- Paciente post operada, con presión arterial 160/110 milímetros de mercurio.
- Funciones: frecuencia cardiaca 140 -121, diuresis 100cc.
- Al examen físico: paciente en regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, conjuntivas palpebrales, paciente despierta, abdomen: blando depresible útero contraído, herida operatoria cubierta con apósito limpios y secos, genitales: loquios hemáticos escasos.

### **Impresión diagnóstica:**

- Post operada cesárea por placenta previa sangrante más desprendimiento prematuro de placenta.
- Preeclampsia severa en puerperio inmediato.
- Anemia moderada.

### **Plan:**

- Se activa clave azul
- Transfusión un paquete globular

## 19:03 horas: Indicaciones médicas

### Agregar:

- Cloruro al 0.9% por 1000 cc más 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20% pasar 400cc a chorro luego a 30 gotas.
- Nifedipino 10 miligramos vía oral condicional presión arterial mayor a 150/110.
- Control de presión arterial

### Tabla 5

#### *Monitoreo de Presión Arterial en URPA*

<b>10/06/2022</b>	
<b>17:00</b>	160/90
<b>17:10</b>	160/90
<b>17:20</b>	160/90
<b>17:30</b>	160/90
<b>17:40</b>	160/90
<b>17:50</b>	160/90
<b>18:00</b>	160/90
<b>18:10</b>	160/90
<b>18:20</b>	160/90
<b>18:30</b>	160/90
<b>18:40</b>	160/90
<b>18:50</b>	160/90
<b>19:00</b>	160/90

Fuente: Historia Clínica

**Tabla 6***Monitoreo de Presión Arterial*

Fecha	Hora	P/A	P	T	FR
<b>10/06/2022</b>	20:00	140/80mmhg	90lpm	36.6 °C	22pm
	22:00	120/80mmhg	88lpm	36.5°C	20pm
	00:00	120/80mmhg	88lpm	36.5°C	20pm
<b>11/06/2022</b>	02:00	130/80mmhg	80lpm	36.6°C	20pm
	04:00	120/80mmhg	96lpm	36.5°C	20pm
	06:00	121/78mmhg	96lpm	36.5°C	22pm
	08:00	119/79mmhg	98lpm	36.2°C	20pm
	10:00	120/80mmhg	90lpm	36.4°C	20pm
	12:00	115/75mmhg	90lpm	36.2°C	20pm
	14:00	120/75mmhg	96lpm	36°C	20pm
	16:00	120/80mmhg	78lpm	36.2°C	20pm
	18:00	125/76mmhg	78lpm	36.2°C	20pm
	20:00	130/81mmhg	70lpm	36.2°C	20pm
	22:00	130/80mmhg	72lpm	36.3°C	22pm
<b>12/06/2022</b>	00:00	120/78mmhg	-	-	-
	02:00	120/78mmhg	-	-	-
	04:00	113/75mmhg	-	-	-
	06:00	130/75mmhg	72lpm	36°C	-
	08:00	130/80mmhg	-	-	-
	10:00	130/85mmhg	-	-	-
	12:00	125/82mmhg	-	-	-
	14:00	130/80mmhg	-	-	-
	16:00	125/75mmhg	-	-	-
	18:00	130/80mmhg	-	-	-

Fuente: Historia Clínica

**20:45 horas:**

**Laboratorio:** No se pudo tomar muestra de hemoglobina de control en 2 oportunidades

**Día 11/06/2022:**

**08:00 horas:**

**Indicaciones medicas:**

- Dieta blanda
- Cloruro de sodio al 0.9% por 1000 cc más oxitocina 30 unidades internacionales a 15 gotas por minuto.
- Clindamicina 600 miligramos cada 8 horas endovenoso.
- Ceftriaxona 1 gramos cada 12 horas endovenoso.
- Metamizol 2 gramos cada 8 horas endovenoso.
- Ketorolaco 60 miligramos cada 8 horas intramuscular,
- Acido tranexámico 1 gr cada 12 horas endovenoso.
- Control de presión arterial cada 2 horas.
- Metildopa 500 miligramos cada 8 horas vía oral.
- Transfusión sanguínea.
- Control de sangrado vaginal.
- Control de funciones vitales.

**09:00 horas: Notas de Obstetricia:** Resultado de hemoglobina 6.9 gramos, se trasfunde 01 paquete globular.

### **10:00 horas: Notas de Pediatría**

**S.** Paciente neonato con diagnóstico asfixia neonatal severa, enfermería reporta que ha presentado en la madrugada saturación de oxígeno 90%, frecuencia cardíaca entre 100 y 90 lpm.

**O.** Paciente en incubadora, respira espontáneamente con apoyo de oxígeno mantiene una saturación de < 100%.

- Piel: Húmeda al tacto, llenado capilar 3 segundos, piel pálida, edema en fóvea (+/++) en pies, piernas y manos, fibrilación auricular deprimido.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos débiles, bradicardia, no soplos.
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular disminuido.
- Abdomen: poco distendido, no visceromegalias.
- Genitales: Masculinos.

**A.** Evolución Tórpida.

**P.** Conversar con padre sobre bautizo de recién nacido.

-Se explica pronóstico reservado.

### **17:10 horas: Notas de pediatría**

- Personal de enfermería reporta ausencia de signos vitales
- Se examina a neonato, frecuencia cardíaca: 0, Frecuencia respiratoria: 0, Saturación de oxígeno:0

- No se auscultan ruidos cardiacos.
- Paciente se declara fallecido

Plan: -Se comunica a padres

-Certificado de defunción

Se realiza certificado de defunción, causa de la muerte: Encefalopatía hipóxica del recién nacido.

### **Dia 12/06/2022**

**07:00 horas:** Resultado de hemoglobina 7.1 gramos.

**08:00 horas:**

#### **Indicaciones medicas:**

- Dieta blanda
- Cloruro de sodio al 0.9% por 1000 cc más oxitocina 30 unidades internacionales a 15 gotas por minuto.
- Clindamicina 600 miligramos cada 8 horas endovenoso.
- Ceftriaxona 1 gramos cada 12 horas endovenoso.
- Metamizol 2 gramos cada 8 horas endovenoso.
- Control de presión arterial cada 4 horas.
- Metildopa 500 miligramos cada 8 horas vía oral.
- Transfusión sanguínea de 02 unidades sin antes
- Dexametasona 2 ampollas endovenosa

- Clorfenamina

– Control de funciones vitales.

### **Día 13/06/2022**

#### **06:08 Horas: Evolución médica**

Paciente de 33 años en su cuarto día de hospitalización con diagnóstico de post cesárea de 3 días más anemia. Al momento refiere dolor en herida operatoria de 4 de 10 de intensidad, conjuntivas pálidas, mucosas orales húmedas abdomen: blando depresible doloroso a la palpación, apósito de herida operatoria limpio y seco, AU 13 centímetro útero contraído, genitales: loquios hemáticos sin mal olor. Evolución favorable.

#### **Indicaciones medicas:**

- Dieta blanda hiperproteica
- Cloruro de sodio al 0.9% por 1000cc
- Clindamicina 600miligramos cada 8 horas endovenoso
- Ceftriaxona 1gramos cada 8 horas endovenoso
- Paracetamol 500 miligramos cada 8 horas vía oral.
- Hierro sacarato 2 ampolla 200 miligramos más cloruro de sodio 0.9% por 100ml pasar en 1 hora.
- Metildopa 500 miligramos cada 8 horas vía oral.
- Control de presión arterial por turno.

**Dia 14/06/2022**

**08:00 horas: Evolución médica**

Paciente en su cuarto día Post cesareada, AU 2 cm por debajo de cicatriz umbilical, loquios escasos, puérpera de parto distócico.

**Indicaciones medicas:**

- Dieta blanda hiperproteica
- Cloruro de sodio al 0.9% por 1000cc
- Clindamicina 600milogramos cada 8 horas endovenoso
- Ceftriaxona 1 gramos cada 12 horas endovenoso
- Carbergolina 0.2 cada 12 horas vía oral
- Transfusión 1 paquete globular: dexametasona 2 ampollas endovenoso, clorfenamina 1ampolla intra muscular.
- Control tono uterino.
- Control de funciones vitales.

**Dia 15/06/2022**

**08:00 horas: Evolución médica**

Paciente en su quinto día post cesareada, sangrado vaginal: loquios hemáticos escasos, diagnostico puérpera de parto distócico.

**Indicaciones médicas:**

- Dieta blanda hiperproteica
- Cloruro de sodio al 0.9% por 1000cc a 15 gotas
- Clindamicina 600 miligramos cada 8 horas endovenoso
- Ceftriaxona 1 gramo cada 12 horas endovenoso
- Cabergolina 0.2 miligramos cada 12 horas vía oral
- Transfusión 2 paquete globular:
- dexametasona 2 ampollas endovenoso
- Clorfenamina 1 ampolla intra muscular
- Control de funciones vitales

**09:00 horas: Notas de Obstetricia:**

Se realiza vendaje de mamas, resultado de hemoglobina 8.6 gramos

**Dia 16/06/2022**

**06:50: Evolución medica**

Paciente puérpera de cesárea segmentaria por DPPNI más anemia, al momento no molestias, al examen: AREG, LOTEPE, abdomen: Blando depresibles ruidos hidroaéreos (+) herida operatoria en buenas condiciones, genitales no sangrado.

**Indicaciones médicas:**

- Alta médica.
- Ceftriaxona 50 miligramos cada 8 horas vía oral por 3 días.

- Paracetamol 500 miligramos cada 8 horas vía oral por 3 días.
- Sulfato ferroso 300 miligramos cada 12 horas vía oral por 15 días.
- Control por consultorio.

### 3.1.7 Exámenes auxiliares

**Tabla 7**

*Exámenes de Laboratorio en Sangre 10/06/2022*

<b>Análisis</b>	<b>10:00</b>	<b>15:15</b>	<b>16:30</b>
<b>Leucocitos</b>	11,900/mm <sup>3</sup>	14,800/mm <sup>3</sup>	-
<b>Abastionados</b>	1%	4%	-
<b>Segmentados</b>	82%	89%	-
<b>Monocitos</b>	1%	1%	-
<b>Linfocitos</b>	16%	6%	-
<b>Hemoglobina</b>	10.6gr%	8.2gr%	8.6gr%
<b>Hematocrito</b>	32%	26%	27%
<b>Rcto.Plaquetas</b>	310.000/mm <sup>3</sup>	250.000/mm <sup>3</sup>	-
<b>Grupo Sanguíneo</b>	-	O	-
<b>RH</b>	-	+	-
<b>Glucosa</b>	78mg%	-	-
<b>Creatinina</b>	0.7mg%	-	-
<b>T. Sangría</b>	3min 14 seg	-	-
<b>T. Coagulación</b>	6min 27seg	-	-
<b>Volumen corpuscular medio</b>	-	92 fl	-
<b>Hemoglobina corpuscular media</b>	-	29.2 pg	-
<b>Concentración de hemoglobina corpuscular media</b>	-	31.50%	-

Fuente: Historia Clínica

**Tabla 8***Examen de orina y COVID-19*

Análisis	10:00	14:00
COVID-19	Negativo	-
<b>Exámen físico</b>		
Color	-	Amarillo rojizo
Aspecto	-	Turbio
Densidad	-	1020
PH	-	6
<b>Exámen bioquímico</b>		
Leucocitos	-	Negativo
Glucosa	-	Negativo
Proteína	-	500mm/dl
Urobilinógeno	-	Negativo
Bilirrubina	-	Negativo
Nitritos	-	Negativo
Sangre	-	(+++)
<b>Exámen de sedimento urinario</b>		
Células Epiteliales	-	10-15 por campo
Leucocitos	-	5-16 por campo
Hematíes	-	30-40 por campo
Gérmenes	-	1(+)
Cristales	-	Uratos amorfos (+)
Piocitos	-	No se observa
Cilindros	-	No se observa
Filamentos mucosos	-	1(+)

Fuente: Historia Clínica

**Tabla 9**

*Hemoglobina y hematocrito de control*

<b>Análisis</b>	<b>11/06/2022</b>	<b>12/06/2022</b>	<b>16/06/2022</b>
<b>Hemoglobina</b>	6.9gr%	7.1gr%	8.6%
<b>Hematocrito</b>	22%	21%	27%

Fuente: Historia clínica

### **3.1.8 Epicrisis**

**Filiación:** Paciente mujer de 33 años, con seguro integral de salud, con fecha y hora de ingreso el 10/06/2022 a las 08:00 am, fecha y hora de alta el 16/06/2022 a las 11:00 am.

**Resumen Anamnesis:** Acude al servicio de emergencia del Hospital Ilo II-I, refiere que desde hace aproximadamente 4 horas de evolución presenta sangrado transvaginal de regular cantidad y dolor abdominal tipo contracción uterina en forma esporádica.

**Examen clínico:** Al examen: REG, REH, LOTEPE, mamas con secreción calostrual, abdomen globuloso, altura uterina 30 cm, frecuencia cardíaca fetal 134lpm, dinámica uterina esporádica, genitales se evidencia sangrado vaginal de escasa cantidad, miembros inferiores sin edema, reflejos osteotendinosos (ROT) normales.

**Diagnóstico de ingreso:**

- Gestación de 35 semanas por FUR
- Amenaza de parto prematuro
- Hemorragia del 3er trimestre
- Descartar placenta previa

**Exámenes auxiliares:** Hemograma, perfil de coagulación, examen de orina, COVID-19, ecografía abdominal.

**Tratamiento:** Analgesia, hidratación, clave azul, antihipertensivos, control hemodinámico, Transfusión sanguínea, Inhibidores de la prolactina, control de funciones vitales y control de sangrado.

**Evolución:** favorable.

**Diagnóstico final:**

- Puérpera de parto distócico.
- Anemia.

**Condiciones del Alta:** Mejorada

## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSION**

La hemorragia obstétrica es una emergencia que requiere de una intervención inicial oportuna del equipo de salud, por ende, la placenta previa como causa etiológica de la hemorragia durante el embarazo, puede comprometer la vida materno perinatal. El presente caso clínico, trata de una paciente de 33 años segundigesta de 35 semanas que llega al servicio de emergencia el día 11 de junio a las 08:30 horas, manifestando dolor tipo contracción y sangrado de regular cantidad, allí se realizó prueba de bienestar fetal test no estresante con resultado de activo reactivo. A las 12 :00 horas ingresa al servicio de obstetricia con los diagnósticos de Gestación de 35 semanas por FUR, Amenaza de parto prematuro, Hemorragia del 3er trimestre, Descartar placenta previa. Se reporta hemodinámicamente estable, con frecuencia cardiaca fetal normal, escaso sangrado genital y hemoglobina en 10.6 g/dl. Aparentemente hasta ese momento la paciente cursaba estable, sin mayor compromiso materno fetal. La Guía de manejo clínico de la placenta previa considera la estabilización hemodinámica: Abrir una vía venosa con catéter N.º 18 e iniciar infusión con Solución Salina 0,9 % 1000 cc a 60 gotas por minuto, Control del bienestar fetal, Maduración pulmonar con corticoides en fetos  $\leq$  34 semanas, Reposo, Evitar los tactos vaginales y Mantener el hematocrito materno  $\geq$  30 % y la hemoglobina  $\geq$  10 g %.

que se retrasó por más de 3 horas la confirmación ecográfica del diagnóstico de placenta previa y la determinación si existía grado de desprendimiento normo placentario, que son eventos causales de la hemorragia obstétrica en el tercer trimestre y que determinan el plan de manejo y culminación del embarazo , por lo tanto era de prioridad realizarlo, así mismo la infusión de suero salino fue insuficiente , dado lo indicado de 15 g/min a lo recomendado de 60 g/min. A excepción de lo expresado, el manejo que se brindó en hospitalización tiene similitud a lo planteado en la Guía del Instituto Materno Perinatal (4), se realizó tocólisis, maduración pulmonar se indica en fetos < de 34 semanas, prueba de test estresante, pruebas de laboratorio.

En el Hospital Cayetano Heredia en su guía de práctica clínica(19), comparamos con nuestro caso clínico donde no se indicó reposo absoluto, solo reposo relativo pese a que presentaba dolor tipo contracción y sangrado de escasa cantidad rojo rutilante; de igual manera al momento de realizar la estabilización hemodinámico hubo deficiencias en el tratamiento donde indican solución salina 0.9% por 1000 cc a 30 gotas, cuando es estos casos de emergencia es necesario mayor goteo para mejorar el volumen sanguíneo, logrando inhibir las contracciones uterinas e hidratación de la gestante.

Se realizó maduración pulmonar con dexametasona, según el documento técnico: Petitorio nacional único de medicamentos esenciales para el sector

salud (20) se indica como primera elección la betametasona, la cual no se encuentra dentro del petitorio.

Paniagua C, Rodríguez V, Alonso D, Malagón R, Gonzáles G, Reyes C, (18) , reportan un caso clínico, donde hay semejanza con el nuestro, se evidencio un desprendimiento prematuro de placenta, posteriormente una atonía uterina, donde el equipo de salud, en sala de operaciones se actuó oportunamente logrando estabilizar a la paciente.

El actuar de forma inmediata, disminuye de forma radical y considerable las complicaciones maternas y fetales. El manejo multidisciplinario y la programación quirúrgica son la pieza fundamental para el éxito en el pronóstico y tratamiento de estas pacientes.

Mendoza E. (25) presenta un caso de una gestante 33 semanas con preeclampsia severa donde se establece procedimientos médicos, según norma técnica de clave azul, administrando ClNa al 0.9 % x 1000 cc más Sulfato de Magnesio 10 gr (5 ampollas al 20%) pasando 400 cc a chorro, luego a 30 gotas por minuto , este manejo permitió mejorar el pronóstico del recién nacido y de la madre, al igual que nuestro caso clínico se logró salvaguardar la vida de la madre en el puerperio.

La anemia por deficiencia de hierro persiste como un problema de salud pública poniendo en riesgo la vida de la madre y el niño por nacer, según la norma técnica de anemia del ministerio de salud, el tratamiento de anemia en el puerperio es sulfato ferroso 120 mg más ácido fólico 800 µg diario (2 tabletas diarias) por 6 meses, control de hemoglobina cada 4 semanas hasta que la hemoglobina

alcance valores de 11 gr/dl. a más, por ende, existe semejanza al tratamiento brindado en hospitalización según la norma técnica de anemia (26)

No hubo un adecuado control y seguimiento de la hemoglobina, recibió en total 7 paquetes globulares quedando con anemia moderada 8.6 gr, se indicó dieta blanda hasta el 2 día de puerperio, pese a tener una anemia persistente ,en su 3 día de puerperio indican dieta hiperproteica, es dada de alta de hospitalización luego de 6 días, evolución favorable, con niveles de PA en rangos normales, se le hace entrega del certificado de defunción de RN, es dada de alta del servicio de obstetricia, con una hemoglobina de 8.6 gramos, cinco días después acude a su control por consultorio externo mostrando buen estado general y ninguna molestia.

## CONCLUSIONES

- Las 4 demoras. En reconocer el problema, en decidir acudir al establecimiento de salud, en ser trasladada y en recibir la atención oportuna, intervinieron en la condición materna y en el desenlace perinatal.
- Falto un adecuado seguimiento prenatal, la placenta previa condiciona episodios de sangrado durante el embarazo, por lo tanto, la paciente debe ser advertido y tomar conciencia de sus cuidados y de los signos de alarma para evitar la morbimortalidad.
- El caso clínico correspondía a una emergencia obstétrica hemorrágica, y no se evidencio la activación de Clave Roja, que supone una serie de procedimientos estandarizados para su manejo y prevenir el agravamiento materno fetal.
- La demora en la realización de la ecografía obstétrica para precisar el diagnostico de placenta previa y encontrar algunos signos de desprendimiento de placenta, tuvo repercusión negativa en la evolución de la paciente.
- Las complicaciones de desprendimiento placentaria y la atonía u hipotonía uterina, son frecuentes en la placenta previa total, lo que condiciono la transfusión de varios paquetes globulares para compensar la anemia aguda que se produce por las complicaciones señaladas.

- El parto prematuro es un evento que se relacionó con la placenta previa hemorrágica, por lo que se debió proveer la maduración pulmonar fetal durante la atención prenatal para mejorar el pronóstico perinatal.

## RECOMENDACIONES

- El profesional de salud deberá de reforzar la retroalimentación de los signos de alarma que se indican en cada control prenatal, para que así la gestante los identifique adecuadamente y vaya al hospital tempranamente para prevenir desenlaces penosos.
- El equipo de salud debe tener las competencias y contingencias para brindar un manejo inicial oportuno en emergencias obstétricas y ofrecer una atención óptima, de esta forma que con su asistencia se reduzca la presencia de los indicadores de morbilidad materna perinatal.
- Sensibilizar a la población acerca de la placenta previa teniendo un mayor enfoque en mujeres menores de 35 años, educar sobre los factores de riesgo de esta patología aclarando los signos/síntomas ya que a esa edad aumenta las complicaciones materno-fetal, para así poder disminuir la morbilidad materna perinatal.
- A los obstetras realizar un seguimiento más estricto en los controles prenatales incluyendo la exploración ecográfica tomando en cuenta del segundo y tercer trimestre que tiene como objetivo diagnosticar anomalías de la localización de la placenta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vaca J, Cordero A. Morbimortalidad materna. Universidad de Ciencias Médicas "Ernesto Che Guevara de la Serna ", Pinard del Rio. 2018;13: 434-440.
2. Ministerio Salud, Boletín Epidemiológico Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [sede Web]. 2022 [citado el 07 diciembre de 2023]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202252\\_31\\_153743.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202252_31_153743.pdf)
3. Paulino A. Factores asociados a placenta previa en pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco obstetricia del hospital Minsa II-2 Tarapoto [sede Web]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto; 2021 [citado el 13 diciembre de 2024]. Disponible en : <https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/11458/4087/1/MED.%20HUMANA%20%20Alexander%20Hiver%20Paulino%20C%C3%B3rdova.pdf>
4. Instituto nacional materno perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimiento en obstetricia y perinatología [sede Web]. Lima: biblioteca nacional del Perú; 2018 [citado el 13 diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
5. Instituto Nacional Materno Perinatal, Boletín estadístico 2019 [sede Web]. Lima: oficina de estadística e informática; 2019 [citado el 13 de diciembre del 2024]. Disponible en: [https://www.inmp.gob.pe/uploads/BOLETIN\\_ESTADISTICO\\_2019\\_INMP\\_OEI.pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/BOLETIN_ESTADISTICO_2019_INMP_OEI.pdf)
6. Reinoso D. Mortalidad Perinatal en la Región de Salud Moquegua, Causas y tendencias, años 2016-2017. Revista ciencia y tecnología. 2018; (4) :44-52.
7. Cama Vilca G. Caracterización de las gestantes con placenta previa atendidas en el hospital docente materno infantil el Carmen , 2019 [sede Web]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2020 [citado el 13 de Diciembre de 2023] Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a28b7f5b-dbb5-4e53-80c6-35e328a80341/content>

8. Manosalvasa L, Hernandez V, Peña P, Tapia L, Camilo A, Díaz A. Factores riesgo de placenta previa en mujeres embarazadas en un hospital de Republica Dominicana. Ciencias y salud. 2020; (4): 105-113.
  
9. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos de obstetricia 2021 [sede Web]. Lima: 2021 [citado el 14 de diciembre del 2023]. Disponible en: [https://www.inper.mx/descargas-2019/pdf/ManualObstetriciaCAP02\\_02.pdf](https://www.inper.mx/descargas-2019/pdf/ManualObstetriciaCAP02_02.pdf)
  
10. Peralta G. Nivel de conocimiento de la historia de la obstetricia en el Peru en docentes obstetras y estudiantes del 6to y 7mo ciclo de la escuela profesional de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas ciclo II-2016 [sede Web]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2016 [citado el 14 de diciembre del 2023]. Disponible en: [https://repositorio.uap.edu.pe/jspui/bitstream/20.500.12990/1571/1/Tesis\\_Conocimiento\\_Obstetricia.pdf](https://repositorio.uap.edu.pe/jspui/bitstream/20.500.12990/1571/1/Tesis_Conocimiento_Obstetricia.pdf)
  
11. Heras M. Placenta previa: revision bibliografica y analisis de los casos de los ultimos 10 años en el Hospital universitario Basurto [sede Web]. Bilbao – Basurto: Universidad del Pais Vasco; 2022 [citado el 14 de diciembre del 2023] Disponible en: [https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/62544/TFG\\_MaialenCatalinaHeras.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/62544/TFG_MaialenCatalinaHeras.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  
12. Huachin Y. Factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca noviembre del 2014 a octubre del 2019 [sede Web]. Ica :Universidad San Juan Baustista; 2020 [citado el 15 de diciembre del 2023]. Disponible en : <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/2685/T-TPMC-YELITZA%20ZENaida%20HUACHIN%20MANTARI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  
13. Bedregal Y. Placenta previa [sede Web]. Arequipa: Universidad Catolica de Santa Maria; 2018 [citado el 16 de diciembre del 2023] Disponible en : <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/8489>
  
14. Rosales K. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestasntes atendidas en el hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2021 [sede Web]. Tarma: Universidad Nacional Alcides Carrion; 2023 [citado el 16 de diciembre del 2023]. Disponible en : URI : <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3145>

15. Ministerio de Salud. Guía práctica clínica diagnóstico y tratamiento de placenta previa [sede Web]. Lima: Hospital Cayetano Heredia; 2019 [citado el 16 de diciembre del 2023] Disponible en: [https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2020/RD\\_496-2019-HCH-DG.pdf](https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2020/RD_496-2019-HCH-DG.pdf)
  
16. Sabando E. Placenta previa oclusiva parcial diagnóstico y tratamiento en multipara [sede Web]. Ecuador: Universidad técnica de Babahoyo; 2020 [citado el 16 de diciembre]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8415>
  
17. Chumbe R. Factores de riesgo asociados a placenta previa en un Hospital de Nivel III -1 Iquitos [sede Web]. Iquitos: Universidad José Carlos Mariátegui; 2020 [citado el 16 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12819/1011>
  
18. Paniagua C, Rodríguez V, Alonso D, Malagón R, Zamora K, Reyes C. Placenta previa total, acrotismo placentario y mioma cervical. Reporte de un caso. Revista de medicina e investigación UAEMéx. 2021; (9) : 22-27.
  
19. Ministerio de salud. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de placenta previa [sede Web]. Lima: Hospital Cayetano Heredia; 2019 [citado el 16 de diciembre del 2023] Disponibles en: [https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2020/RD\\_496-2019-HCH-DG.pdf](https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2020/RD_496-2019-HCH-DG.pdf)
  
20. Ministerio de salud. Documento técnico: Petitorio nacional único de medicamentos esenciales para el sector salud [sede Web]. Lima: Ministerio de salud; 2023 [citado el 01 de enero del 2024]. Disponibles en: [https://www.digemid.minsa.gob.pe/Archivos/Normatividad/2023/ANEXO\\_RM\\_633-2023-MINSA.pdf](https://www.digemid.minsa.gob.pe/Archivos/Normatividad/2023/ANEXO_RM_633-2023-MINSA.pdf)
  
21. Mejía M. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes del Hospital San Bartolomé en el 2018 [sede Web]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2017 [citado el 05 de enero del 2024] Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4775/mejia\\_cmm.pdf?sequence=3](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4775/mejia_cmm.pdf?sequence=3)
  
22. Barrios M, González F, Escalante Y. Comportamiento epidemiológico de placenta previa en pacientes embarazadas de la segunda mitad del embarazo y hospitalizadas en el hospital Berta Calderón Roque en el periodo de enero a Junio del año 2018 [sede Web]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

Facultad de ciencias medicas;2019[citado el 05 de enero del 2024].  
Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/12291/1/100294.pdf>

- 23.** Huangal Y. Factores sociodemograficos, obstetricos y quirurgicos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco- obstetricia en el Hospital Nacional “ Sergio E. Bernales” de enero del 2017 a diciembre del 2018- Lima [sede Web]. Lima:Universidad Pivada San Juan Buatista; 2021 [citado el 16 de diciembre del 2023] Disponible en : <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/3116/HUANGAL%20BRA%C3%91ES%20YELINA%20SAOMI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 24.** Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C, Preciado R. Periodo intergenesico: revision de la literature, Scielo.2018; 83 (1)
- 25.** Mendoza E. Caso clínico preeclampsia severa [sede Web]. Arequipa: Universidad Catolica de Santa Maria;2018 [citado el 16 de diciembre del 2023] Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3b95e39d-2602-4a73-adc6-938909ce1caa/content>
- 26.** Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica – Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [sede Web]. Lima:Ministerio de Salud;2017 [citado el 10 de enero del 2024] Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

## **ANEXOS**



**CARNÉ DE CONTROL  
MATERNO PERINATAL**

Establecimiento: P.S. Alvarado

APELLIDOS Y NOMBRES

No.HC.

**CITA DE CONTROL**

AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA
2022	01	22			
2022	03	21			
2022	03	25			
2022	04	25			
2022	05	25			
2022	06	10			

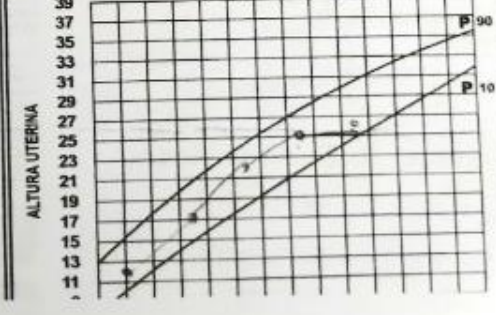
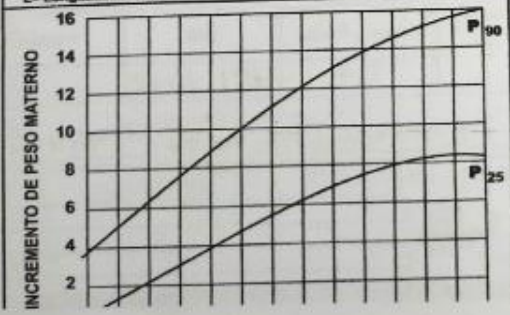
**CUMPLA CON LAS CITAS**

**Señales de Peligro:**


- Vómito exagerado.
- Salida de sangre o líquido por su vagina.
- Fiebre o escalofríos.
- Hinchazón de cara, manos, pies, dolor de cabeza, dolor abdominal.
- Disminución de Movimientos Fetales, (menos de 10 movimientos al día)

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (a/m/d)	20/1/22	26/1/22	29/1/22	29/3/22	29/11/22	28/11/22	11	11	11
Edad Gest. (semanas)	10-6-8	15	20	23-4	28-3	32-5			
Peso madre (kg)	54.5	58.200	57.900	59.6	61.500	66			
Temperatura (°c)	36.8	36.3	36.3	36.7	36.7	36.5			
Presión arter. (mm.Hg)	104/64	106/65	104/62	112/60	110/64	118/65			
Pulso materno (por min)	62	67	72	67	68	74			
Altura Uterina (cm.)	0	12	17	27cm	25cm	26			
Situación (L/T/NA)	NA	Ind	Ind	T	T	Ind			
Presentación (C/P/NA)	NA	Ind	Ind	T	T	Ind			
Posición (D/N/NA)	NA	Ind	Ind	T	T	Ind			
F.C.F. (por. mín./NA)	NA	142x1	128-150	142x1	134-142	130-140			
Mov. fetal(+/-/+)/(SM/NA)	NA	NA	+	++	++	++			
Proteína Qualitativa (+/-/+)/(NSH)	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH			
Edema (+/+)/(SE)	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E			
Reflejo Osteotendinoso (+/+)/(F)	+	+	+	+	+	+			
Examen de Pezon (Formación Femen/ Sin Examen)	F	F	F	F	F	F			
Indic. Fierro / Ac. Fólico (mg/dl o µmol/L)	NA	1/30	2/30	3/30	4/30	5/30			
Indice Calcio	NA	NA	1/30	+	-	-			
Indice Ac. Fólico	1/30	NA	NA	-	NA	-			
Orient. Consej. (P/PTS/NA) (mm/VIT/BS/No se hizo/NA)	NA/NA/NA	NA/SA	NA/SA/PA	NA/PA/SA	NA/NA/SA	NA/SA/PA			
EG de Ecn. Control (Ser. No se hizo/NA)	NA/NA/NA	NA	NA	NA	NA	NA			
Perfil Biofisico (A,B,6,10 de 18NS/NA)	NA	NA	NA	NA	NA	NA			
Cita (a/m/d)	23/01/22	21/02/22	24/03/22	2/04/22	25/05/22	20/06/22			
Visita domicil. (SI/No/NA)	NA	NA	SI	SI	-	-			
Plan Parto (Control y Cita/ No se hizo/NA)	SI	-	SI	-	-	-			
Estab. de la atención	PSEA	PSEA	PSEA	PSEA	PSEA	PSEA			
Responsable atención	MAH	MAH	MAH	MAH	MAH	MAH			
Nro. Formato SIS	262701			1078					

L= Longitudinal T=Transversa C=Cefálica P=Pélvica D=Derecha I=Izquierda SM= Sin Movimiento SE=Sin Edema NA= No Aplica NSH= No se hizo



ANEXO N° 02: ECOGRAFIAS



**CONSULTORIO MEDICO**  
**ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA**  
 ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES DEL PARTO  
 COLPOSCOPIA DIGITAL A COLOR - CAUTERIZACION DE VERRUGAS - CONDILOMAS  
 CRIOCIRUGIA - CIRUGIA CON RADIOFRECUENCIA: DE CUELLO UTERINO - LUNARES - CICATRICES

### ECOSONOGRAFIA OBSTETRICA

**DATOS OBSTETRICOS:**  
 EMBARAZO: BRO  
 SITUACION: Longitudinal  
 POSICION: Izquierda




**DATOS BIOMÉDICOS:**  
 DIAMETRO BI-PARIETAL: 43 mm  
 LONGITUD CORONA NALGA: MASCULINO  
 SEXO: MASCULINO

**DATOS PLACENTARIOS:**  
 LOCALIZACION: Fúndica posterior  
 GRADO DE MADUREZ: I GROSOR: 29 mm

**LIQUIDO AMNIÓTICO:** Adecuado  
**POZOS:** 4 Pozos

**MOVIMIENTO:** Activo

**DIAGNOSTICO SONOGRAFICO OBSTETRICO:** GESTANTE DE 19 SEMANAS 3d X BIOMETRIA FETAL + - 1 SEMANA

**SUGERENCIAS:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE PACIENTE:**

**FECHA PROBABLE PARTO:** 09 JULIO +/- 10 DIAS

**\_\_\_\_\_**



**DATOS GEM**

EMBARAZO: .....  
 SITUACIÓN: Longitudinal  
 POSICIÓN: Izquierda  
 FETO: .....  
 PRESENTACIÓN: Cefálica  
 PESO FETAL: 1550 gr. +/- 100 gr.

**DATOS BIOMÉDICOS:**

DIAMETRO BI-PARIETAL: 74 mm  
 D.A.P. ABDOMEN: 91mm  
 SEXO: MASCULINO



DIAM. TRANV. ABDOMEN: 81 mm  
 LONG. FÉMUR: 58 mm

**DATOS FUNCIONALES:**

ACTITUD GLOBAL: Flexo Extensión TONO: +/+/  
 ACTIVIDAD CARDIO RESPIRATORIA: Presente FRECUENCIA: 158 x' VEJIGA: Llena  
 MOV. RESPIRATORIO: Presente  
 RELACION AORTOCAVA: 1/1 CAMARA GÁSTRICA: Llena  
 MOVIMIENTO: Activo LIQUIDO AMNIÓTICO: Adecuado POZOS: 4 Pozos > 45 mm

**DATOS PLACENTARIOS:**

LOCALIZACIÓN: Cara Lateral Derecha  
 GRADO DE MADUREZ: II GROSOR: 45 mm

**DIAGNOSTICO SONOGRAFICO OBSTETRICO:**

GESTANTE DE 30 SEMANAS 2D X BIOMETRIA FETAL +/- 1 SEMANA



RENCIAS: .....  
 E PACIENTE: .....  
 FECHA PROBABLE PARTO: 20 JULIO +/- 10 DIAS

ANEXO N° 03 CERTIFICADO DE RECIEN NACIDO VIVO

92929262

RENIEC REPUBLICA DEL PERU INEI PERU Ministerio de Salud

### CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

**1. DATOS DE LA MADRE**

1.1 Documento Identidad: [REDACTED] 1.2 Edad: 33 años

1.3 Primer Apellido: [REDACTED]

1.4 Segundo Apellido: [REDACTED]

1.5 Prenombres: [REDACTED] ISA [REDACTED] AMERICA / PERU / MOQUEGUA / ILO / EL

1.6 Dirección: [REDACTED]

**2. DATOS DEL NACIMIENTO**

2.1 Sexo: MASCULINO 2.2 Fecha nacimiento: 10/06/2022 2.3 Hora: 15:07:00

2.4 Lugar de nacimiento: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL ILO - AVENIDA N° 01 LOTE 01 MZ. C AREA 4 (A-4) PAMPA INALAMBICA - AMERICA / PERU / MOQUEGUA / ILO / ILO

**3. DATOS DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA EL NACIMIENTO**

3.1 Documento Identidad: [REDACTED]

3.2 Primer Apellido: [REDACTED]

3.3 Segundo Apellido: [REDACTED]

3.4 Prenombres: [REDACTED]

3.5 Profesión: [REDACTED]

3.6 Colegiatura: 055107

3.7 El que certifica declara: ILO - 10 DE JUNIO DE 2022

3.8 Lugar/Fecha certif.: [REDACTED]

Sello y firma del profesional [REDACTED]

Impresión Dactilar del profesional [REDACTED]

**INFORME ESTADÍSTICO DEL NACIDO VIVO**

**4. DATOS DEL PARTO**

4.1 Atendió el Parto: MÉDICO GINECO-OBSTETRA 4.2 Tipo Parto: UNICO 4.3 Condición Parto: CESAREA

4.4 Tipo Seguro/Financador: SIS 4.5 Duración embarazo: 35 SEMANAS

**5. DATOS ADICIONALES DE LA MADRE**

5.1 Fecha/Lugar nacimiento: [REDACTED] AMERICA / PERU / PUNO / YUNGUYO / COPANI

5.2 Nivel de Instrucción: SECUNDARIA COMPLETA 5.3 Situación conyugal: SOLTERO

5.4 Ocupación: AMA DE CASA

5.5 Embarazos e hijos: - N° Hijos actualmente vivos 2 - N° Hijos nacidos vivos que fallecieron 0 - N° Abortos y nacidos muertos 0 - N° Total embarazos 2

5.6 Fecha Nacimiento hijo anterior nacido vivo: 05/07/2010

**6. DATOS DEL NACIDO VIVO**

6.1 Sexo: MASCULINO 6.2 Fecha nacimiento: 10/06/2022 6.3 Hora: 15:07:00

6.4 Peso: 2860 g 6.5 Taille: 46 cm 6.6 APGAR: 0,1

6.7 Lugar de nacimiento: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL ILO - AVENIDA N° 01 LOTE 01 MZ. C AREA 4 (A-4) PAMPA INALAMBICA - AMERICA / PERU / MOQUEGUA / ILO / ILO

Sello y firma del profesional [REDACTED]

Impresión Dactilar del profesional [REDACTED]

ANEXO N° 04 CERTIFICADO DE DEFUNCION GENERAL

**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN GENERAL**

El que suscribe certifica: SOLO CONSTATAR LA DEFUNCION

**1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO**

1.1 Condición de identificación: PERSONA IDENTIFICADA  
 1.2 Documento de identidad: [REDACTED] IENTO [REDACTED]  
 1.3 Prenombres: [REDACTED]  
 1.4 Primer Apellido: [REDACTED]  
 1.5 Segundo Apellido: [REDACTED]  
 1.6 Sexo: [REDACTED] 1.7 Edad: 1 DIAS Aprox. 1.8 Nacionalidad: PERUANA

**2. DATOS DEL FALLECIMIENTO**

2.1 Fecha: 11/06/2022 2.2 Hora: 17:10:00 Aprox.  
 2.3 Sitio de ocurrencia: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL ILO - AVENIDA N° 01 LOTE 01 MZ. C AREA 4 (A-4) PAMPA INALAMBRIKA - AMERICA / PERU / MOQUEGUA / ILO / ILO  
 2.4 Causa básica del fallecimiento: ENCEFALOPATIA HIPOXICA DEL RECÉN NACIDO

**3. DATOS DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN**

3.1 Documento de identidad: [REDACTED]  
 3.2 Prenombres: [REDACTED]  
 3.3 Primer Apellido: [REDACTED]  
 3.4 Segundo Apellido: [REDACTED]  
 3.5 N° de registro del colegio profesional: [REDACTED] 3.6 Profesión: MEDICO  
 3.7 Sitio y fecha de certificación: HOSPITAL ILO 11 DE JUNIO DE 2022

GERESA MOQUEGUA - RED DE SALUD ILO

[REDACTED]

Sello y firma del profesional

Impresión Digital del profesional

[REDACTED]

PARA EL INTERESADO

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

**INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL**

**4. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO**

4.1 Nombres y Apellidos: [REDACTED]  
 4.2 Grupo étnico: [REDACTED]  
 4.3 Documento de identidad: [REDACTED] 4.5 Edad: 1 DIAS  
 4.4 Sexo: MASCULINO

**5. DATOS DEL FALLECIMIENTO**

5.1 Lugar: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL ILO - AVENIDA N° 01 LOTE 01 MZ. C AREA 4 (A-4) PAMPA INALAMBRIKA - AMERICA / PERU / MOQUEGUA / ILO / ILO  
 5.2 Fecha: 11/06/2022 5.3 Hora: 17:10:00

**6. DATOS DE LA PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN**

6.1 Documento de identidad: [REDACTED]  
 6.2 Nombres y Apellidos: [REDACTED] profesión: MEDICO  
 6.3 N° de registro del colegio profesional: [REDACTED] SOLO CONSTATAR LA DEFUNCION  
 6.5 El que certifica declara: SOLO CONSTATAR LA DEFUNCION


GERESA MOQUEGUA - RED DE SALUD ILO

[REDACTED]

Sello y firma del profesional

Impresión Digital del profesional

[REDACTED]



2000731786