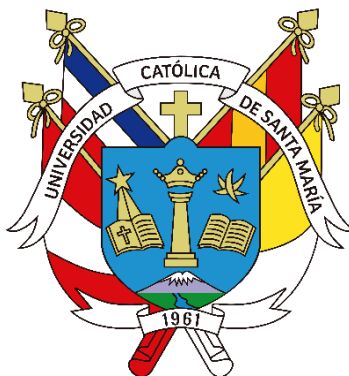


**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Obstetricia y Puericultura**  
**Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico**



**Placenta previa en gestación de 29 semanas, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin**  
**Escobedo -Essalud- junio 2024**

Trabajo académico presentado por la Licenciada:

**Quispe Bello, Yesica**

**ORCID:0009-0006-9883-5648**

para optar el título de Segunda Especialidad en

**Alto Riesgo Obstétrico**

Asesor (a):

**Mg. Sotomayor Martínez, Victoria Aurora**

**ORCID:0000-0001-8033-8834**

Arequipa – Perú

2024

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTETRICO**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 20 de Septiembre del 2024

**Dictamen: 013674-C-EPOYP-2024**

Visto el borrador del expediente 013674, presentado por:

**2022971552 - QUISPE BELLO YESICA**

Titulado:

**PLACENTA PREVIA EN GESTACIÓN DE 29 SEMANAS, HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO  
SEGUIN ESCOBEDO -ESSALUD- JUNIO 2024.**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

**ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**29374447 - FERNANDEZ VASQUEZ ARMIDA ANGELITA  
DICTAMINADOR**



**29218350 - MEDINA LUQUE MARIA ROSARIO  
DICTAMINADOR**



**29642489 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH  
DICTAMINADOR**



# Placenta previa en gestación de 29 semanas, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo -Essalud- junio 2024

## INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

28%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://cdn.www.gob.pe">cdn.www.gob.pe</a> Fuente de Internet	7%
2	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	7%
3	<a href="http://repositorio.ucsm.edu.pe">repositorio.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	4%
4	<a href="http://addi.ehu.es">addi.ehu.es</a> Fuente de Internet	2%
5	<a href="http://apirepositorio.unh.edu.pe">apirepositorio.unh.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
6	<a href="http://es.scribd.com">es.scribd.com</a> Fuente de Internet	2%
7	<a href="http://repositorio.essalud.gob.pe">repositorio.essalud.gob.pe</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://repositorio.unica.edu.pe">repositorio.unica.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%

### *Dedicatoria*

*A mis padres por ser los promotores de mis sueños y haberme enseñado que con esfuerzo y dedicación se pueden cumplir objetivos.*



*“La ecografía transvaginal se ha convertido en una herramienta indispensable para el diagnóstico temprano y preciso de la placenta previa, mejorando significativamente los resultados materno-fetales”.*

*María Sánchez*



## RESUMEN

El presente estudio tuvo como **objetivo:** revisar el caso clínico de una gestante de 29 semanas con Placenta previa, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo -EsSalud- junio 2024; con la finalidad de identificar los factores de riesgo de la paciente, describir las características, antecedentes gineco obstétricos y personales de la gestante, analizar el diagnóstico de placenta previa y el tratamiento instaurado.

**Material y métodos:** el estudio utilizó la historia clínica, entrevista personal a la paciente y los análisis clínicos correspondientes.

**Los resultados:** describen el caso de una gestante de 34 años Segundigesta, gestante nulípara con gestación de 29 semanas, que ingresa por emergencia con diagnóstico de placenta previa, refiriendo sangrado transvaginal en regular cantidad con coágulos de color rojo rutilante, con evolución de 6 días, con antecedentes de dos hospitalizaciones previas por el mismo motivo. Se identificó como factores de riesgo para la placenta previa, el aborto con legrado uterino e inseminación artificial, según el caso clínico expuesto en el presente estudio.

**Conclusiones:** En el presente caso clínico que la paciente de 29 semanas de gestación presentó factores de riesgo como aborto con legrado uterino e inseminación artificial. Se determinó el diagnóstico de placenta previa mediante los síntomas clínicos que refiere la paciente y los exámenes de ecografía para el caso y como tratamiento se aplicó un plan de trabajo en la que contiene las indicaciones de acuerdo al protocolo de atención de placenta previa, los exámenes de laboratorio y el tratamiento farmacológico correspondiente.

**Palabras clave:** Placenta previa, embarazo, hemorragia.

## ABSTRACT

The **objective** of this study was: to review the clinical case of a 29-week pregnant woman with Placenta previa, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo -EsSalud- June 2024; with the purpose of identifying the patient's risk factors, describing the characteristics of the pregnant woman's gynecological, obstetric and personal history, analyzing the diagnosis of placenta previa and the treatment instituted.

**Material and methods:** It is a descriptive, documentary, observational and cross-sectional study, in which the clinical history, personal interview with the patient and the corresponding clinical analyzes were prepared.

**The results:** describe the case of a 34-year-old pregnant woman Segundigesta, a nulliparous pregnant woman with a gestation of 29 weeks, who was admitted as an emergency with a diagnosis of placenta previa, reporting regular transvaginal bleeding with bright red clots, with an evolution of 6 days. , with a history of two previous hospitalizations for the same reason. Abortion with uterine curettage and artificial insemination were identified as risk factors for placenta previa, according to the clinical case presented in the present study.

**Conclusions:** In the present clinical case, the patient at 29 weeks of gestation presented risk factors such as abortion with uterine curettage and artificial insemination. The diagnosis of placenta previa was determined through the clinical symptoms reported by the patient and the ultrasound examinations for the case and as treatment a work plan was applied that contains the indications according to the placenta previa care protocol, the examinations laboratory tests and the corresponding pharmacological treatment.

**Keywords:** Placenta previa, pregnancy, hemorrhage.

## ÍNDICE

**DEDICATORIA**

**EPÍGRAFE**

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>1</b>
<b>1. PLACENTA PREVIA.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. DEFINICIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2. CLASIFICACIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3. FACTORES DE RIESGO .....</b>	<b>2</b>
<b>1.4. FISIOPATOLOGÍA .....</b>	<b>3</b>
<b>1.5. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....</b>	<b>3</b>
<b>1.6. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS .....</b>	<b>4</b>
<b>1.6.1. CUADRO CLÍNICO .....</b>	<b>4</b>
<b>1.7. DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....</b>	<b>5</b>
<b>1.9. EXÁMENES AUXILIARES .....</b>	<b>5</b>
<b>1.9.1. DE PATOLOGÍA CLÍNICA.....</b>	<b>5</b>
<b>1.9.2 DE IMÁGENES .....</b>	<b>5</b>
<b>1.9.3. DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS .....</b>	<b>5</b>
<b>1.10. MANEJO GENERAL.....</b>	<b>6</b>
<b>1.10.1. PLACENTA PREVIA NO SANGRANTE .....</b>	<b>6</b>
<b>1.10.2. PLACENTA PREVIA SANGRANTE .....</b>	<b>6</b>
<b>1.11. TRATAMIENTO ESPECÍFICO.....</b>	<b>7</b>
<b>1.12. CRITERIOS DE ALTA Y CONTRARREFERENCIA .....</b>	<b>8</b>
<b>1.13. COMPLICACIONES .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. ANAMNESIS: .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. FILIACIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2. ENFERMEDAD ACTUAL .....</b>	<b>11</b>

<b>1.3. RELATO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL .....</b>	<b>11</b>
<b>1.4. FUNCIONES BIOLÓGICAS .....</b>	<b>12</b>
<b>1.5. ANTECEDENTES:.....</b>	<b>12</b>
<b>1.5.1. PERSONALES .....</b>	<b>12</b>
<b>1.5.2.FAMILIARES.....</b>	<b>12</b>
<b>1.5.3. PATOLÓGICOS: .....</b>	<b>12</b>
<b>1.5.4. GINECOLÓGICAS:.....</b>	<b>13</b>
<b>1.5.5. OBSTÉTRICOS:.....</b>	<b>13</b>
<b>1.6.EMBARAZO ACTUAL: .....</b>	<b>13</b>
<b>1.7. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS:.....</b>	<b>14</b>
<b>1.7.1 HISTORIA ALIMENTARIA.....</b>	<b>14</b>
<b>1.7.2. HÁBITOS .....</b>	<b>14</b>
<b>1.8. ENFERMEDAD ACTUAL DE LA PACIENTE O GESTANTE.....</b>	<b>15</b>
<b>1.9. EXAMEN FÍSICO .....</b>	<b>15</b>
<b>1.9.1. GENERAL.....</b>	<b>15</b>
<b>1.9.2. PIEL Y FANERAS .....</b>	<b>15</b>
<b>1.9.3. CABEZA:.....</b>	<b>15</b>
<b>1.9.4. CUELLO: .....</b>	<b>16</b>
<b>1.9.5. TÓRAX:.....</b>	<b>16</b>
<b>1.9.6. MAMAS:.....</b>	<b>16</b>
<b>1.9.7. CARDIOVASCULAR: .....</b>	<b>16</b>
<b>1.9.8. ABDOMEN.....</b>	<b>16</b>
<b>1.9.9. GENITOURINARIO:.....</b>	<b>17</b>
<b>1.9.10. COLUMNA VERTEBRAL Y EXTREMIDADES: .....</b>	<b>17</b>
<b>1.9.11. LINFÁTICO:.....</b>	<b>17</b>
<b>1.9.12. NEUROLÓGICO: .....</b>	<b>17</b>
<b>1.9.13. EXTREMIDADES INFERIORES: .....</b>	<b>17</b>
<b>1.9.14. REFLEJOS OSTEOTEOTENDINOSO: .....</b>	<b>17</b>
<b>1.10. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA. ....</b>	<b>17</b>
<b>1.11. PLAN DE TRABAJO .....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO III DISCUSION.....</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>27</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>28</b>

<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>32</b>



## INTRODUCCIÓN

La placenta previa es una patología obstétrica caracterizada por un sangrado transvaginal asintomático entre las semanas 22 y 40 de gestación, debido a la implantación placentaria en la parte baja del útero, cubriendo parcial o completamente el orificio cervical interno (1). Esta condición implica un riesgo significativo para la madre y el feto, ya que puede provocar episodios de sangrado vaginal indoloro en el tercer trimestre del embarazo.

La incidencia anual de esta complicación es una de las causas de morbilidad y mortalidad en gestantes más frecuente en todo el mundo. El 73% de las muertes es por motivos obstétricos, siendo la hemorragia en la gestación el 27%, debido a tres factores importantes; placenta previa, placenta abrupta y otras causas (2).

La mayor incidencia se da en mujeres asiáticas con 1.22% que representa a 3,66 casos de placenta previa por cada 300 nacimientos, seguido de mujeres europeas con un 0.36% de mujeres norteamericanas con un 0.29% y mujeres de África subsahariana con un 0.27%. Cabe mencionar que aún se desconoce la causa de las diferencias entre las incidencias (3). Además, se tiene una prevalencia global de 5.2 por cada 1000 nacimientos, cuyas cifras van en aumento.

La mayor prevalencia se da en mujeres asiáticas con prevalencia de 12.2 por cada 1000 nacimientos (4).

Se considera como factor de riesgo aquello que incrementa la probabilidad de adquirir una enfermedad o mal. Al respecto se tiene los siguientes factores: Edad materna avanzada mayor a 35 años, tratamiento de inseminación artificial, gestación múltiple, multiparidad, aborto con legrado uterino, tabaquismo y consumo de cocaína (5).

En el Perú, se tiene como primera causa de muerte materna a la hemorragia obstétrica. En ese sentido, la placenta previa es una de las causas más comunes; esta se debe de diagnosticar a tiempo antes de provocar complicaciones que pongan en riesgo a la gestante y al feto (6).

Así mismo, esta complicación durante la mitad del embarazo presenta ciertas implicancias tanto para la gestante como para el feto. En ese sentido, la hemorragia podría ser severa y poner en riesgo la vida de la madre, en muchas situaciones impide un parto vaginal seguro, por lo que la cesárea es lo más recomendable (7). Además, la hemorragia aumenta el riesgo de parto prematuro, causando dificultades respiratorias y bajo peso al nacer (8).

Por otro lado, la placenta previa es una condición obstétrica con importantes riesgos para la madre y el feto, lo que justifica su estudio detallado.

Este análisis de caso clínico busca aportar evidencia específica sobre sus características y manejo en un contexto hospitalario, contribuyendo a la mejora de los protocolos de atención. Además, los hallazgos pueden guiar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones, lo que puede ser de gran utilidad para los profesionales de la salud en la planificación y ejecución de intervenciones más efectivas y personalizadas.

El presente estudio tuvo como objetivo : revisar el caso clínico de una gestante de 29 semanas con Placenta previa , Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo -EsSalud- junio 2024 ,con la finalidad de identificar los factores de riesgo de la paciente, describir las características de antecedentes gineco obstétricos y personales de la gestante, determinar el diagnóstico de placenta previa, analizar el diagnóstico de placenta previa y el tratamiento instaurado, el cual fue desarrollado de la siguiente manera:

En el capítulo I que corresponde el marco conceptual, se define el concepto de placenta previa, seguido de un marco teórico que fundamenta y sostiene el presente estudio de caso clínico. en ella se precisa, los factores de riesgo, la clasificación de la placenta previa entre otros.

En el Capítulo II que corresponde al marco metodológico, se aborda el caso clínico para su análisis de cada punto de que corresponde al desarrollo de la placenta previa.

En el Capítulo III se desarrolla la discusión, en la cual se hace la comparación crítica con el marco teórico que fundamentan el estudio, para finalmente llegar a la conclusiones y recomendaciones.



**CAPÍTULO I**  
**MARCO CONCEPTUAL**

## 1. PLACENTA PREVIA

### 1.1. DEFINICIÓN

La placenta previa es una patología obstétrica que suele presentarse como un sangrado vaginal asintomático desde la semana 22 hasta la 40, que puede estar acompañado o no de dolor. Esta complicación se debe a una implantación placentaria en la parte baja del útero, con un grado de cobertura del orificio cervical interno (1) (9) (10).

### 1.2. CLASIFICACIÓN

Se tiene la siguiente clasificación para la placenta previa, según el tipo de parto para los 4 tipos de placenta:

- **No oclusiva:** en este caso el tejido placentario se inserta próximo al orificio cervical interno, sin poder llegar a cubrirlo totalmente.
  - a) Placenta de inserción baja: para este tipo de placenta previa la distancia entre el borde placentario más próximo al OCI y es menor a 2cm.
  - b) Placenta marginal: este tipo de placenta se inserta en el borde del OCI, sin sobrepasarlo.
- **Oclusiva:** en esta situación el tejido placentario se inserta en el segmento uterino inferior, cubriendo el orificio cervical interno en grado variable.
  - a) Placenta oclusiva parcial: presenta el orificio cervical interno parcialmente cubierto por la placenta.
  - b) Placenta oclusiva total: en esta situación el OCI queda totalmente cubierto por la placenta (3) (11).

### 1.3. FACTORES DE RIESGO

Respecto de haber una causa específica para la placenta previa, aun es desconocida; hasta ahora solo se tiene ciertos factores de riesgo (9, 11). Al respecto, se tiene los siguientes factores:

- Antecedentes de abortos o legrados uterinos enérgicos
- Cicatrices uterinas
- Edad materna avanzada mayor a 35 años
- Placenta Previa
- Gestación múltiple
- Mujeres multíparas

- Están embarazadas tras someterse a un procedimiento de reproducción asistida para tratar la infertilidad
- Endometriosis
- Tabaquismo
- Consumo de cocaína
- Cesárea
- Miomas submucosos y pólipos endometriales (10) (3) (5).

#### **1.4. FISIOPATOLOGÍA**

Normalmente la placenta sigue un crecimiento llamado trofotropismo en el que las células trofoblásticas buscan áreas de mayor vascularización hacia el fondo uterino lejos del segmento uterino que es menos vascularizado; por razones aún desconocidas, la presencia de cicatrización o interrupción en el endometrio a nivel del segmento uterino predispone a una implantación placentaria en esa zona (10).

#### **1.5. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS**

La incidencia anual de la placenta previa por hemorragia obstétrica es una de las causas de morbilidad y mortalidad en gestantes más frecuentes en todo el mundo. El 73% de las muertes es por causas obstétricas, siendo la hemorragia el 27%, debido a placenta previa, placenta abrupta y otras causas (2).

La mayor incidencia se da en mujeres asiáticas con 1.22%, que representa a 3,66 casos de placenta previa por cada 300 nacimientos, seguido de mujeres europeas con un 0.36%, de mujeres norteamericanas con un 0.29% y mujeres africanas subsaharianas con un 0.27%. Cabe mencionar que aún se desconoce la causa de las diferencias entre las incidencias (3).

Además, se tiene una prevalencia global de 5.2 por cada 1000 nacimientos, cuyas cifras van en aumento. La mayor prevalencia se da en mujeres asiáticas con prevalencia de 12.2 por cada 1000 nacimientos (4).

En el Perú, la placenta previa, es una de las causas más comunes de muerte materna por hemorragia (6). Así mismo, se realizaron un total de 80 cesáreas con diagnóstico principal de placenta previa lo que representa el 2.5% del total de cesáreas. La cifra de casos determina una frecuencia de 5.9 casos de placenta previa por cada 1,000 partos (12).

## 1.6. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 1.6.1. CUADRO CLÍNICO

La placenta previa se presenta tradicionalmente como sangrado activo de sangre generalmente roja y rutilante, indoloro y habitualmente sin actividad uterina cerca del final del 2do trimestre o durante el 3er trimestre. Debe ser sospechada en cualquier mujer que se presente con sangrado transvaginal después de las 20 semanas, particularmente sangrado indoloro o sangrado postcoital y una situación fetal anormal (transversa u oblicua) (12).

Clásicamente, la ausencia de dolor y de contracciones uterinas eran considerados los hallazgos típicos que podían diferenciar esta condición de un desprendimiento de placenta. Sin embargo, algunas mujeres con placenta previa tienen contracciones uterinas además del sangrado, por lo que el diagnóstico de placenta previa requiere confirmación ultrasonográfica (12).

### 1.7. DIAGNÓSTICO

Criterios de diagnóstico:

- El diagnóstico de placenta previa o placenta de implantación baja no debe realizarse entre las semanas 18 y 20 de gestación. El diagnóstico provisional debe confirmarse después de las 32 semanas o antes, si la situación clínica lo justifica.
- Se recomienda la evaluación mediante ecografía transvaginal en todos los casos en los que la placenta previa o una placenta de implantación baja estén presentes o se sospeche mediante ecografía transabdominal, incluida la lateralidad, las características del borde placentario (incluyendo el grosor, la presencia de un seno marginal y hallazgos asociados), e inserción del cordón cerca del cuello del útero.
- En presencia de placenta previa, la presencia de un borde placentario grueso se asocia con un mayor riesgo de hemorragia ante parto, de parto por cesárea y de ocurrencia de placentación invasiva.
- En pacientes con placenta previa, la longitud cervical corta se asocia con un mayor riesgo de hemorragia ante parto y parto por cesárea pretérmino. Una longitud cervical  $<3$  cm se asocia con un mayor riesgo de hemorragia ante parto (79 % frente a 28 %), y necesidad de un parto por cesárea de urgencia (69 % frente a 21%). Se ha asociado con un mayor riesgo de hemorragia ante parto y parto prematuro.
- Especuloscopia: Permite comprobar el origen uterino de la hemorragia y confirmar o descartar otras causas locales de hemorragia.
- Tacto vaginal: no se recomienda realizar (12).

## 1.8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se deben considerar todas aquellas causas de hemorragia durante la segunda mitad de la gestación: Desprendimiento Prematuro de Placenta, Rotura Uterina, lesiones vaginales o cervicales (pólipos, neoplasias, lesiones traumáticas, etc.), rotura de vasa previa y seno venoso marginal (12).

## 1.9. EXÁMENES AUXILIARES

### 1.9.1. DE PATOLOGÍA CLÍNICA

- Hemoglobina, Hematocrito y Grupo y Rh
- Perfil de coagulación.
- Glucosa, urea y creatinina.
- Examen completo de orina
- Prueba cruzada y sangre disponible en el momento del parto.

### 1.9.2. DE IMÁGENES

- Ecografía obstétrica.
- Ecografía transvaginal

### 1.9.3. DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS

- Cardiotocografía

Evalúa el patrón de los latidos del feto junto con la intensidad de las contracciones de la madre.

- Perfil biofísico fetal

El PBF utiliza la ecografía para evaluar:

- 1) Los movimientos fetales
- 2) El tono
- 3) La respiración
- 4) El volumen de líquido amniótico que rodea al feto

## **1.10. MANEJO GENERAL**

### **1.10.1. PLACENTA PREVIA NO SANGRANTE**

- Control prenatal con enfoque de riesgo.
- Consignar en el Carné Prenatal el diagnóstico y clasificación de Placenta Previa.
- Instruir sobre signos de alarma: sangrado vía vaginal y contracciones uterinas.
- Evitar relaciones sexuales.
- Referencia al hospital con capacidad resolutive adecuada una vez hecho el diagnóstico.

### **1.10.2. PLACENTA PREVIA SANGRANTE**

- Hospitalización.
- Reposo absoluto.
- Mantener doble vía endovenosa permeable con catéter N°16 o 18.
- Determinar la gravedad de la hemorragia con cambios hemodinámicos.
- Infusión intravenosa de soluciones cristaloides, en caso de inestabilidad hemodinámica.
- Transfusión de concentrado globular o sangre total, si las condiciones de la paciente lo requieren.
- Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina.
- Solicitar: Grupo RH, hemoglobina, hematocrito, hemograma, perfil de coagulación, urea, creatinina, glicemia.
- Realizar evaluación ecográfica transvaginal.

Un ensayo clínico controlado demostró que el ultrasonido transvaginal es mejor para realizar el diagnóstico de placenta previa, sobre todo en los casos en que la placenta se sitúa en la pared posterior. Esta práctica no ha demostrado complicaciones hemorrágicas, confirmando que es seguro (13).

## 1.11 TRATAMIENTO ESPECÍFICO

**El manejo definitivo de Placenta Previa se basa en fundamentales:**

- Estado hemodinámico de la madre, que depende de la duración de la hemorragia.
- Estado del feto y la edad gestacional, considerando la madurez fetal.
- Disponibilidad de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, de ser necesario.

**Si la hemorragia compromete el estado hemodinámico de la paciente:**

- Cesárea inmediata, sea cual fuera la edad gestacional y proceder de acuerdo a Clave Roja.
- Informar a la paciente y al familiar la posibilidad que la cesárea derive en histerectomía.

**Si la hemorragia no compromete el estado hemodinámico de la paciente:**

- La conducta dependerá de la madurez fetal.

**Feto 34 o menos semanas de gestación o inmadurez pulmonar fetal**

- Conducta expectante.
- Reposo absoluto.
- Si la paciente se encuentra con amenaza de parto pretérmino, usar tocolíticos.
- Realizar maduración pulmonar fetal con corticoides: Dexametasona 6mg cada 12horas por 4 dosis vía IM. O Betametasona 12mg / 24 horas por dos dosis vía IM.
- Deambulación sólo luego de 3 días sin sangrado.

**Feto >34 a 38 semanas de Gestación**

- Conducta expectante
- Reposo absoluto
- Si la paciente se encuentra con amenaza de parto pretérmino, usar tocolíticos.
- Pruebas de Madurez Pulmonar Fetal.

### **Feto mayor de 38 semanas**

- Culminar Gestación.
- Si se trata de Placenta Previa Total: Cesárea (12).

### **1.12. CRITERIOS DE ALTA Y CONTRARREFERENCIA**

#### **Criterios de alta**

Las pacientes con menos de 37 semanas sin sangrado vaginal por lo menos 3 días, pueden ser dadas de alta en las siguientes condiciones:

- Si la paciente y sus familiares tienen conciencia de la situación de riesgo.
- Si tiene acceso rápido y fácil a un centro hospitalario.
- Si la oferta hospitalaria permite una cita dentro de los 7 primeros días.

Luego del parto, el alta está indicada en ausencia de signos y síntomas de anemia descompensada.

#### **Criterios de referencia**

Hecho el diagnóstico de Placenta Previa, deberá gestionarse la referencia de inmediato, aun centro asistencial con capacidad resolutive adecuada. Toda paciente con hemorragia, debe ser en lo posible estabilizada y referida de inmediato, a un centro asistencial con médicos especialistas, banco de sangre, sala de operaciones, UVI, UCIN o UCI, UCI neonatal, según el caso.

#### **Criterios de contrarreferencia**

Una vez dada de alta la paciente, será controlada a los 7 días, para luego ser contrarreferida a su centro asistencial de origen, salvo que persista con anemia severa u otra patología que requiera tratamiento especializado (13).

### **1.13. COMPLICACIONES**

- Sangrado vaginal profuso.
- Taquicardia materna.

- Hipotensión arterial.
- Taquipnea.
- Útero tetánico.
- Shock hipovolémico
- Alteración de la frecuencia cardíaca fetal o ausencia de latidos, palidez marcada, cianosis, alteración del sensorio, frialdad distal (14).





**CAPÍTULO II**  
**MARCO METODOLÓGICO**

## **PRESENTACION DE CASO CLÍNICO**

### **1. ANAMNESIS:**

#### **1.1. FILIACIÓN**

**Nombre:** CC. H. S.

**Edad:** 34 años

**Fecha de nacimiento:** 16/10/1990

**Sexo:** femenino

**Estado civil:** Casada

**Religión:** católica

**Idioma:** castellano

**Grado de instrucción:** Superior Universitario Completa

**Ocupación actual:** Asistente administrativa

**Lugar de nacimiento:** Cusco

**Dirección:** XX

**Procedencia:** Arequipa

**Fecha de ingreso:** 10/06/2024

**Fecha de elaboración:** 12/06/2024 desde las 10:00 am hasta las 12:50 pm.

**Informante:** Paciente

#### **1.2. ENFERMEDAD ACTUAL**

Tiempo de enfermedad: 6 días

**Síntomas principales:** Sangrado vaginal abundante con coágulos, contracciones uterinas esporádicas, dolor abdominal tipo contracción.

**Forma de inicio:** insidioso

**Curso:** Progresivo

#### **1.3. RELATO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente CC. H. S. de sexo femenino, de 34 años de edad, ingresa al servicio de emergencia el

día 10 de junio a horas 21:30, refiriendo sangrado transvaginal en regular cantidad con coágulos de color rojo rutilante más o menos de evolución 6 días, niega otros signos de alarma al momento del interrogatorio y percibe movimiento fetal. Con embarazo por inseminación artificial. La paciente tuvo dos hospitalizaciones anteriores; la primera fue el 28 de abril 2024, con diagnóstico de placenta previa, estando hospitalizada por tres días con evolución favorable, por lo que es dado de alta y reingresa a los 8 días nuevamente por sangrado transvaginal, permaneciendo tres días con evolución favorable, por lo que se le da de alta. Paciente tuvo 5 controles prenatales en el Hospital Essalud de Yanahuara que fue precoz y periódico.

#### 1.4. FUNCIONES BIOLÓGICAS

**Apetito:** normal.

**Sed:** normal

**Deposiciones:** Poco frecuente (cada dos días).

**Micciones:** normal.

**Sueño:** no

#### 1.5. ANTECEDENTES:

##### 1.5.1. PERSONALES

**Cirugías:** Operada por vesícula (colelap) 12/2021

**Reproducción asistida:** inseminación artificial.

**Patología:** Síndrome de Ovario Poliquístico

**Alergias:** niega.

##### 1.5.2. FAMILIARES:

**Cónyuge:** sano

**Padre:** sano

**Madre:** sano

**Abuelos (as):** sanos

**Hermanas(os):** sanos

##### 1.5.3. PATOLÓGICOS:

**Enfermedades virales:** varicela.

**Enfermedades crónicas:** niega.

**Transfusiones:** niega.

**Medicación:** no

**Grupo sanguíneo:** O+

**Grupo sanguíneo de pareja:** O+

**Inmunizaciones:** Vacuna antitetánica 2 dosis, 3 dosis de vacuna COVID -19

#### **1.5.4. GINECOLÓGICAS:**

**Menarquia:** 16 años.

**Inicio de relaciones sexuales:** 19 años.

**Parejas sexuales:** 4 parejas.

**Régimen catamenial:** 3-2/Irregular.

**Dismenorrea:** no

**Métodos anticonceptivos:** píldoras anticonceptivas por 5 años

**Infecciones ginecológicas:** flujo vaginal (tricomona), tratamiento con óvulos.

**Examen de mamas:** si 2022 negativo

**PAP:** sí, resultado negativo 06/2023

#### **1.5.5. OBSTÉTRICOS:**

**Fórmula Obstétrica:** G2 P0 0 1 0

**G1:** Aborto incompleto de 8 semanas en el año 2012 (con legrado uterino en particular)

**G2:** Embarazo actual

**Reproducción asistida:** inseminación artificial (28/11/23)

**Tratamiento de infertilidad:** 3 veces (la última tratamiento agosto 2023).

**ECOGRAFÍA:** Ecografía tomada el 24/01/2024, que corresponde al primer trimestre, encontrándose con 9 semanas 5 días.

#### **1.6. EMBARAZO ACTUAL:**

**Fecha de última menstruación:** 17/11/2023 por ecografía

**Fecha probable de parto:** 24/08/2024 por ecografía

**Controles prenatales:** Si 05 Controles prenatales.

**Evaluación nutricional:** Si

**Peso previo:** 59 kg

**Talla:** 154 cm

**IMC:** 24.9 normal

**Peso actual:** 64.600 kg

**Ganancia de peso:** 5.600

**Actividad sexual:** No desde el mes de diciembre 2023 por motivos personales.

**Gestación planificada:** Si

**Patologías del Embarazo anterior:** El primer embarazo Aborto espontaneo incompleto de 8 semanas en el año 2012 (con legrado uterino en particular).

## **1.7. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS:**

### **1.7.1. HISTORIA ALIMENTARIA**

- Paciente refiere que no consume muchas verduras.
- Paciente refiere que si consumo frutas rojas de toda clase
- Paciente refiere que no consume muchos lácteos.
- Paciente refiere que si consume carne rojas y hierro.
- Paciente refiere no consume muchas menestras.

### **1.7.2. HÁBITOS**

**Actividad física:** no (por el tipo de diagnóstico)

**Fuma:** no

**Bebidas alcohólicas:** en eventos o compromisos

**Droga:** no

**Te:** sí 3 veces a la semana.

**Café:** no

## 1.8. ENFERMEDAD ACTUAL DE LA PACIENTE O GESTANTE

**Tiempo:** 6 días

**Curso:** Espontaneo

## 1.9. EXAMEN FÍSICO

### 1.9.1. GENERAL

Actualmente paciente de evolución estacionaria, se encuentra en buen estado general, refiere dolor abdominal tipo contracción esporádicas, percibe movimiento fetal, no trabajo de parto. Conducta obstétrica expectativa, colabora con el interrogatorio, encontrándose en reposo absoluto y de cúbito dorsal en su unidad con sonda Foley permeable.

#### Funciones vitales

**P/A:** 120/80mmhg

**FC:** 79x

**PR:** 20x

**T°:** 36.0 C°

### 1.9.2. PIEL Y FANERAS

**Piel:** Ligeramente pálida

**Turgor y elasticidad:** conservados.

**Signo del pliegue** (negativo).

**Color de cabello:** negro.

**Implantación:** adecuada.

**Unas:** color rosado.

**Llene capilar:** 2 segundos.

### 1.9.3. CABEZA:

**Cráneo:** normocéfalo, consistencia dura, no se palpan tumores, no hay dolor a la movilización.

**Pupilas:** redondas, centrales

**Conjuntiva palpebral:** Ligeramente pálidas

**Corneas transparentes:** iris de color café.

**Agudeza visual:** Está conservada.

**Pestañas:** de implantación y cantidad normal.

**Cejas:** de color negro y de cantidad e implantación adecuada.

**Nariz:** tabique central, con fosas nasales permeables, sin presencia de secreciones.

**Oídos:** Pabellón auricular de buena implantación con audición conservada, con canal auditivo permeable sin presencia de secreciones.

**Boca:** Simétrica móvil con mucosa oral húmeda.

**Lengua:** Saburral y móvil.

**Dientes:** Con curaciones y le falta una dentadura

**Orofaringe:** no congestiva.

#### **1.9.4. CUELLO:**

Posición central, tamaño regular, forma cilíndrica, no se palpan adenopatías ni tiroides, móvil, ligero dolor a la movilización por el tipo de embarazo por indicación del médico, reposo absoluto.

#### **1.9.5. TÓRAX:**

Móvil, simétrico, sin retracciones intercostales. Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares.

#### **1.9.6. MAMAS:**

Simétricas, turgentes, con pezón bien conformado hiperpigmentado sin tumoraciones. (Secreción a la expresión).

#### **1.9.7. CARDIOVASCULAR:**

Ruidos cardiacos rítmicos se encuentran regulares, no se auscultan soplos. Ruidos cardiacos fonéticos normales.

#### **1.9.8. ABDOMEN**

A la palpación leve dolor tipo contracción, ocupado por útero grávido con feto único vivo; con altura uterina: de 26cm, con frecuencia cardiaca fetal de 140 LPM, feto en longitudinal podálica

derecha. Al momento de evaluación se evidencia dinámica uterina esporádica con movimientos fetales presentes.

#### **1.9.9. GENTOURINARIO:**

**Puño percusión:** No por motivo de reposo absoluto.

**Genitales externos:** No se evidencia sangrado transvaginal activo; con paño se evidencia sangrado transvaginal en escasa cantidad y sonda Foley con bolsa colector permeable.

#### **1.9.10. COLUMNA VERTEBRAL Y EXTREMIDADES:**

Se encuentra no dolorosa a la palpación, sin desviaciones.

#### **1.9.11. LINFÁTICO:**

No se palpan adenopatías sin linfadenoma.

#### **1.9.12. NEUROLÓGICO:**

Paciente despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, alerta con respuesta al estímulo verbal, sin déficit motor; el tono muscular está conservado.

#### **1.9.13. EXTREMIDADES INFERIORES:**

No varices ni edemas.

#### **1.9.14. REFLEJOS OSTEOTEOTENDINOSO:**

Conservado (++)

### **1.10. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.**

- Gestación de 29 semanas y 3 días por ecografía de primer trimestre
- Segundigesta nulípara
- Placenta Previa
- Inseminación artificial
- Feto único vivo
- Presentación podálica
- Periodo intergenésico largo
- Amenaza de parto pretérmino



## 1.11 PLAN DE TRABAJO

### Antecedentes de exámenes auxiliares de la gestante.

	28/04/2024	04/05/2024
<b>Exámenes obstétricos</b>		-PONDERADO FETAL 700GR +-300Gr, placenta corporal lateral izquierda que llega al borde del OCI, ILA adecuado, cervicometria 38 mm
<b>Exámenes de laboratorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Leucocitos:11.14 mm.</li> <li>-Hematocrito: 39.4%</li> <li>-Hemoglobina: 12.7g%</li> <li>-Grupo y Factor: O +</li> <li>-plaquetas:293000/mm<sup>3</sup></li> <li>-Abastondados: 5%</li> <li>Bioquímica en sangre:</li> <li>-Creatinina: 0.5 mg/dL</li> <li>-Glucosa: 81.6 mg/dL</li> <li>-INR: 1.03</li> <li>Examen de orina:</li> <li>-Leucocitos:</li> <li>10–12X campo</li> <li>-Hematíes:0-2X campo</li> <li>-Células Epiteliales: 3-5 Xcamp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Leucocitos: 10.70 mm.</li> <li>-Hematocrito: 38.6 %</li> <li>-Hemoglobina: 12.5g%</li> <li>-Grupo y Factor: O +</li> <li>-Abastondados: 5%</li> <li>-Segmentados: 80%</li> <li>Examen de orina:</li> <li>-Leucocitos: 4– 6 X campo</li> <li>-Hematíes: mayor a 100 X campo</li> <li>-Células Epiteliales: 3-5 Xcampo</li> </ul>

## APLICACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO

	10/06/2024	11/06/2024
<b>INDICACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se hospitaliza obstetricia</li> <li>-NPO</li> <li>- Control de funciones vitales</li> <li>-Control Obstétrico (DU, MF, LCF)</li> <li>-Reposo absoluto</li> <li>-Control de sangrado transvaginal</li> <li>-Exámenes de laboratorio: Hg. Hb. Hto, Grupo y Factor, TP, TPT, INR, recuento plaquetario.</li> <li>-Examen Completo de Orina Ácido Úrico, Creatinina Glucosa</li> <li>-Ecografía Obstétrica</li> <li>-Solicitud de orden para donar 03 paquete globular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dieta blanda – loa</li> <li>-Reposo Relativo</li> <li>-Control de funciones vitales por turno</li> <li>-Control Obstétrico (DU, MF, LCF)</li> <li>-Control de sangrado transvaginal</li> <li>-Control de diuresis horaria</li> <li>-Sonda Foley permeable</li> <li>-S/ S Hemograma y PCR de control (12/06/2024)</li> </ul>

<p><b>TRATAMIENTO</b></p>	<p><b>10/06/2024: 21:30</b>          La paciente recibió cloruro de sodio achorro 400cc luego como vía.</p> <p>Además, recibió en los eventos que cursaron con amenaza de parto pretérmino con útero-inhibidores de Nifedipino 10mg c/ 20 minuto por tresdosis y después 10 mg c/ 8horas, por el tiempo necesario para lograr este fin. Recibió un esquema de inductores de madurez pulmonar como Dexametasona 6mg c/ 12 horas IM por 4 dosis</p>	<p><b>11/06/2024 HORA: 00:14</b>          La paciente recibió cloruro de sodio a chorro 400cc, luego 30 gts por min.</p> <p><b>11/06/2024 HORA: 11:09</b>          La paciente recibió cloruro de sodio a 30 gotas por minuto. Además, SO4MG1gr por hora EV. (como neuro protección), también la Sonda Foleypermeable.</p>
<p><b>EXAMENES DE ECOGRAFIA</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>10/06/2024</b></p> <p>Examen ecográfico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Biometría de 30 semanas 6 días</li> <li>-LA: Normal</li> <li>-Placenta posterior cuyo borde llega a 13mm del OCI</li> <li>-Cervicometría: 26mm llega a 2 cm. del OCI. Grado II/III.</li> <li>- Movimientos Fetales Presentes.</li> <li>-Ponderado fetal: 1600gr</li> </ul>	

## PRUEBAS DE TEST NO ESTRESANTE / TOCODINAMOMETRÍA

**Paciente:** S.CC.H

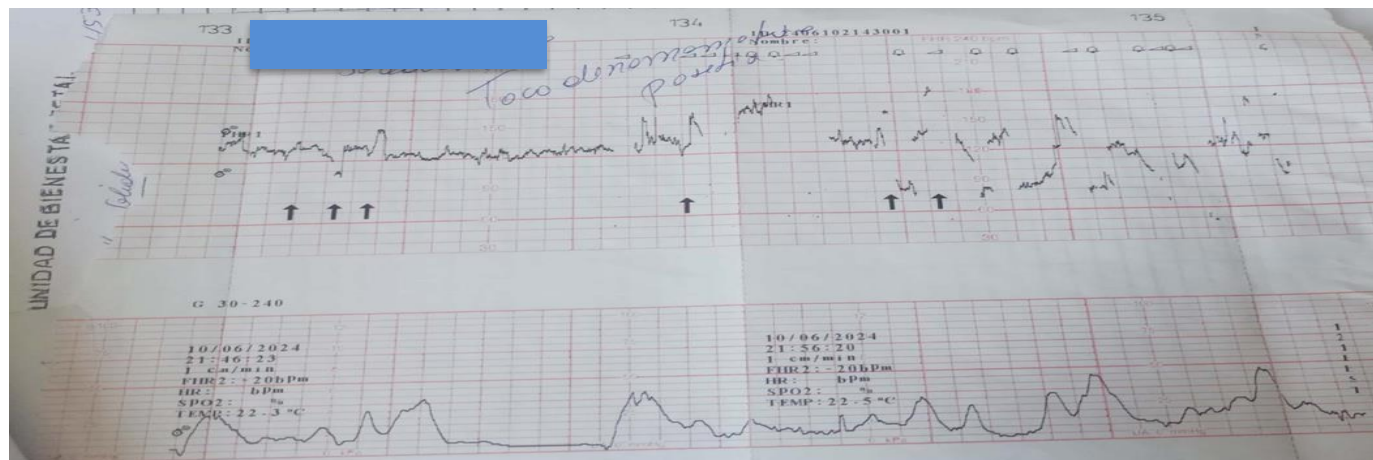
**Edad:** 34 años

**Fecha:** 10/06/2024

**Hora:** 21:46

**Día de**

**hospitalización:** 1



**Paciente:** S.CC.H

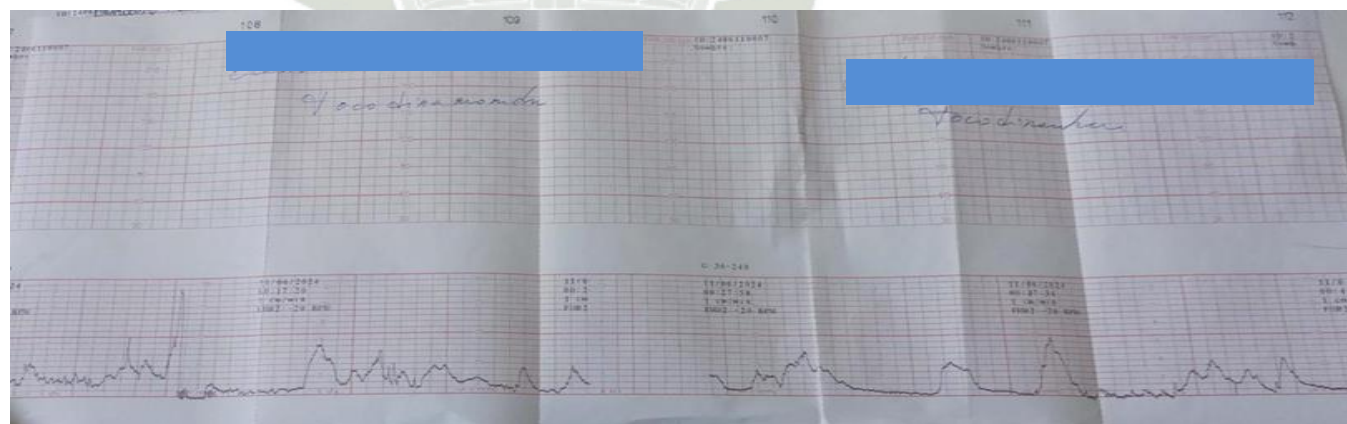
**Edad:** 34 años

**Fecha:** 11/06/2024

**Hora:** 00:17

**Día de**

**hospitalización:** 1



**Paciente:**

**S.CC.H**

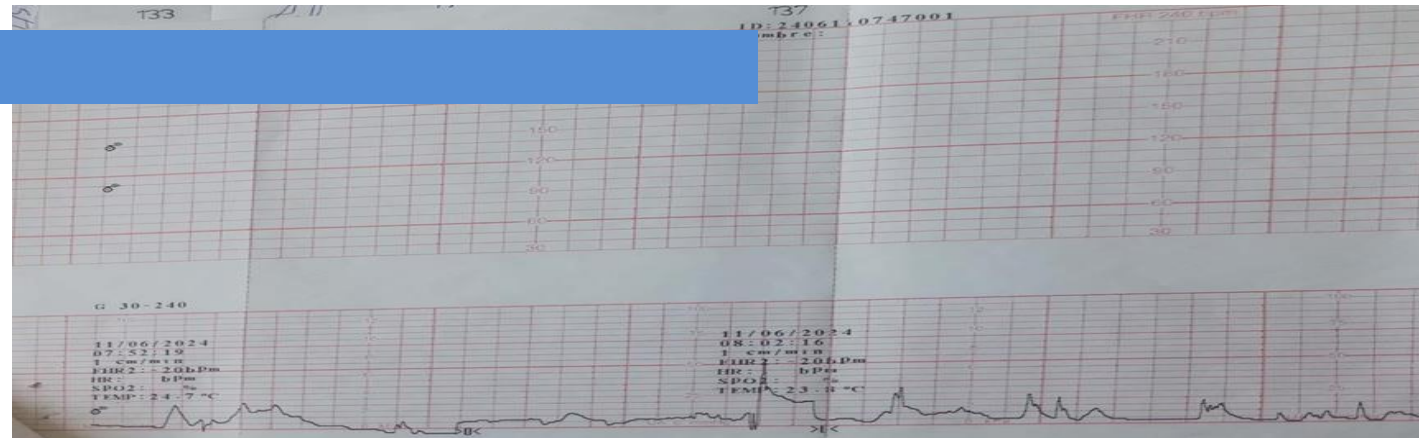
**Edad:34 años**

**Fecha:11/06/2024**

**Hora: 07:52**

**Día de**

**hospitalización:1**



**Paciente:**

**S.CC.H**

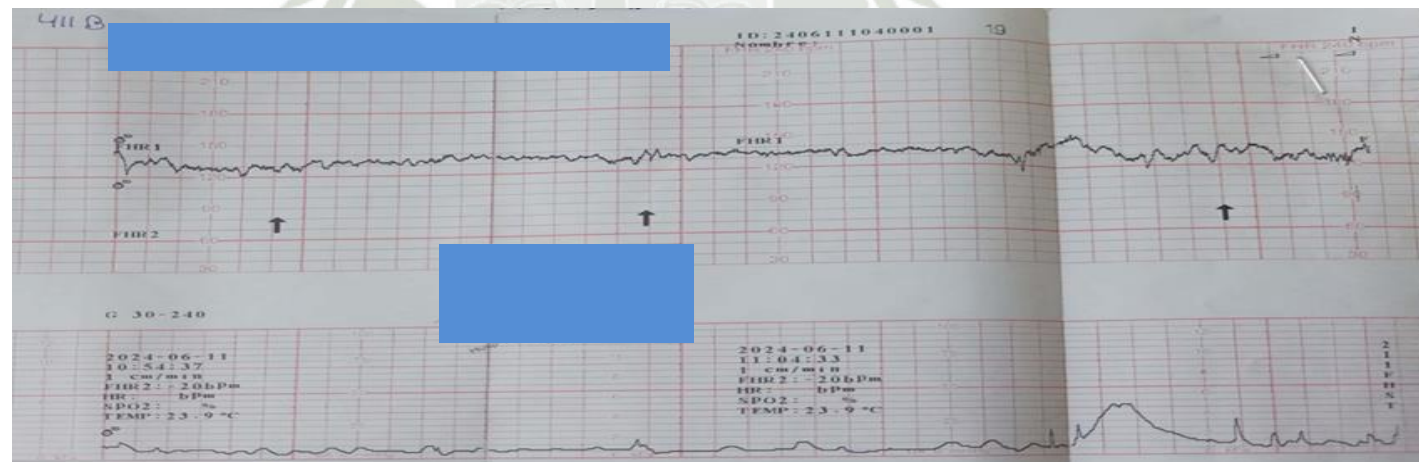
**Edad:34 años**

**Fecha:11/06/2024**

**Hora: 10:54**

**Día de**

**hospitalización:1**





## DISCUSIÓN

La placenta es una estructura que se encuentra en el útero; ésta se desarrolla durante el embarazo y se encarga de cubrir las necesidades básicas del feto. Este órgano materno- fetal puede presentar alguna alteración durante el embarazo. Una de estas alteraciones es la placenta previa (15).

Se presentó el caso de una gestante de 34 años de edad, Segundigesta nulípara, que acude a las 29 semanas. Ingresa al servicio de emergencia el día 10 de junio a horas 21:30, refiriendo sangrado transvaginal en regular cantidad con coágulos de color rojo rutilante más o menos de evolución 6 días. Al momento, la paciente refiere dolor abdominal tipo contracción, niega otros signos de alarma al momento del interrogatorio, percibe movimiento fetal. Con antecedentes de aborto con legrado uterino y con embarazo por inseminación artificial.

Francisco Hernández Zalazar, Luis Tinoco Téllez, Teresa Huerta J lucas, Luis Gerardo Domínguez Carrillo (16), presenta un caso clínico de una gestante de 37 años de edad, con diagnóstico de placenta previa a las 28 semanas, quien presenta como factor de riesgo el antecedente embarazo por fecundación in vitro. Estudio similar al presente caso en cuanto al factor de riesgo de embarazo por inseminación artificial para la placenta previa. Cabe resaltar que el embarazo por inseminación artificial es un factor de riesgo asociado a la placenta previa, porque puede aumentar el riesgo de placenta previa debido a la estimulación ovárica, la transferencia de múltiples embriones, los procedimientos invasivos y la historia de infertilidad. Dado que la hemorragia obstétrica es una de las principales causas de mortalidad materna, ésta se presenta cubriendo el orificio cervical después de las 20 semanas de gestación. Así mismo, se tiene que a nivel mundial la incidencia se registra en 0,6%, debido al aumento de la prevalencia de factores de riesgo, tales como aborto con legrado uterino, cesáreas previas, placenta previa, multiparidad, tabaquismo, inseminación artificial y edad materna avanzada (17).

Por otro lado, se tiene el estudio de Erika Munive Limas, que realiza un análisis de 10 casos clínicos con diagnóstico de placenta previa en el Hospital Regional de Huancavelica, que determina que el elemento de riesgo con más prevalencia fue el haber tenido como factor de riesgo al aborto legrado uterino (18).

Con respecto al caso clínico expuesto en el presente estudio, la gestante, según su historial clínico, presenta dos antecedentes que se considerarían como factores de riesgo para la placenta previa según la comparación crítica de la literatura. Estos serían los tratamientos de infertilidad que fueron por 3 intentos, el último tratamiento fue en agosto del 2023.

La reproducción asistida por inseminación artificial que fue realizada el 28 de noviembre del 2023 y un aborto con legrado uterino con 8 semanas de gestación que fue realizado en el año 2012 en una clínica particular. Estos factores hacen que la paciente haya tenido una alta probabilidad de riesgo para padecer un cuadro de placenta previa con hemorragia, como es el caso.

Así mismo, la placenta previa presenta ciertas implicancias tanto para la gestante como para el feto. Su frecuencia se ha incrementado, haciendo necesaria la detección temprana, el seguimiento y manejo adecuado con el objetivo de prevenir riesgos, como hemorragias peligrosas y partos prematuros. Con respecto al tratamiento, se ajustó al protocolo seguido. En ese sentido, el conocer la condición, seguir las recomendaciones y los cuidados específicos podrán asegurar un embarazo tranquilo y parto saludable para la gestante y el feto (19).



## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Se realizó la revisión del caso clínico de una gestante de 29 semanas con diagnóstico de placenta previa atendida en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, quien fue atendida bajo observación minuciosa según el protocolo.

**SEGUNDA:** Se identificó factores de riesgo como aborto con legrado uterino e inseminación artificial, según el caso clínico expuesto en el presente estudio.

**TERCERA:** Se describió los antecedentes como tratamiento de infertilidad que fue por 3 intentos, la reproducción asistida por inseminación artificial y un aborto con legrado uterino, cirugía de vesícula síndrome de ovario poliquístico, periodo intergenésico largo.

**CUARTA:** Se determinó el diagnóstico mediante el cuadro clínico, exámenes auxiliares y ecografía que confirman la placenta previa.

**QUINTA:** Se estableció como tratamiento un plan de trabajo de acuerdo al protocolo de atención de clave roja, el tratamiento farmacológico correspondiente tales como maduración pulmonar y neuroprotección oportuna por la edad gestacional de la paciente.

## RECOMENDACIONES

1. El personal médico especialista gineco obstetra debe mejorar la descripción más relevante en la hoja de evolución a la hora de ingreso al servicio de emergencia, pese que el diagnóstico sobre el factor de riesgo de embarazo por inseminación artificial ya era conocido porque anteriormente la paciente se encontraba hospitalizada, sin embargo, no se encontraba escrito el diagnóstico en la evolución.
2. Es de suma importancia que las obstetras deben describir las características y antecedentes personales detalladamente en la historia clínica, tomando en cuenta los factores de riesgo asociados a la placenta previa, dado que ello permitirá un diagnóstico más preciso.
3. Se recomienda al personal obstetra a mejorar en la orientación y consejería de signos de alarma en atención prenatal dado que la paciente al parecer no tenía conocimiento claro, por tal razón paciente acude al hospital después de 6 días que estuvo con sangrado transvaginal en su domicilio.

## REFERENCIAS

1. Verspyck E, Douysset X, Roman H, Marret S, Marpeau L. Transecting versus avoiding incision of the anterior placenta previa during cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet.* 2015;128(1):44-7.
2. Manosalvas L, Hernandez V, Peña P, Tapia L, Camilo Reynoso A, Díaz Rodríguez A. Factores de riesgo de placenta previa en mujeres embarazadas en un hospital de República Dominicana. *Cienc Salud.* 2020;4(3):105-13.
3. Catalina Heras M. Placenta previa: revisión bibliográfica y análisis de los casos de los últimos 10 años en el Hospital Universitario Basurto. 2023 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: [https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/62544/TFG\\_MaialenCatalinaHeras.pdf?sequence=1](https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/62544/TFG_MaialenCatalinaHeras.pdf?sequence=1)
4. Rojas AKB, Alarcón HEZ, Reyes KDZ, Álava FCV. Causas y factores de riesgo en gestantes con placenta previa. *Dominio Las Cienc.* 2021;7(4):136.
5. Bakker R. Placenta Previa: Practice Essentials, Pathophysiology, Etiology. 24 de enero de 2024 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/262063-overview?form=fpf>
6. Rosales Sedano KE. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2021. *Univ Nac Daniel Alcides Carrión [Internet].* 13 de febrero de 2023 [citado 11 de julio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3145>
7. Bendezu Huaman CA. Factores de riesgo asociados a la placenta previa en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Santa María del Socorro” Ica - Perú enero 2019 a diciembre 2021. 2024 [citado 11 de julio de 2024]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4888>
8. Torres-Berra KC, Uriel-Calvo MM, Rincón-Franco S, De la Hoz-Valle JA, Romero-Infante XC, Torres-Berra KC, et al. Placenta previa: risk factors and impact on maternal and neonatal morbidity and mortality in Bogotá, Colombia. *Rev Fac Med [Internet].* septiembre de 2022 [citado 11 de julio de 2024];70(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-00112022000300202&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-00112022000300202&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
9. Argote-Ríos DF, Zapata-Salazar LF, Martínez-Ruíz D, Sinisterra-Díaz SE, Sarria-

- Ortiz D, Nieto-Calvache AJ. Desenlaces maternos según el tipo de placenta previa en un hospital de alta complejidad en Cali, Colombia. Estudio de cohorte retrospectivo. Rev Colomb Obstet Ginecol. 30 de marzo de 2023;74(1):28-36.
10. Sabando Macías EK. Placenta Previa Oclusiva Parcial diagnóstico y tratamiento en múltipara [Internet] [bachelorThesis]. Babahoyo: UTB-FCS, 2020; 2020 [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8415>
  11. Salvador Z. ¿Qué es la placenta previa? - Causas, diagnóstico y parto. Reproducción Asistida ORG [Internet]. 13 de abril de 2023 [citado 25 de julio de 2024]; Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/que-es-la-placenta-previa/>
  12. INMP. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023 [Internet]. Lima, Perú; 2023 [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/4624238-guias-de-practica-clinica-y-de-procedimientos-en-obstetricia-y-perinatologia-2023>
  13. EsSalud. Guía de práctica clínica basadas en evidencias: «Clave roja: manejo de la hemorragia de la segunda mitad del embarazo y post parto». 2013 [citado 16 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/881>
  14. MINSA. Guías de Práctica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos. 2006: 12-16. Primera edición. Lima, Perú: Cinco Editores; 2007.
  15. Barranquero M, Oviedo Ò, Zalvador Z. ¿Qué es la placenta previa? - Causas, diagnóstico y parto. Reproducción Asistida ORG [Internet]. 13 de abril de 2023 [citado 28 de junio de 2024]; Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/que-es-la-placenta-previa/>
  16. Hernández Salazar F, Tinoco Téllez L, Huerta J Lucas MT, Domínguez Carrillo LG, Hernández Salazar F, Tinoco Téllez L, et al. Pinzamiento de arterias hipogástricas. Estrategia de prevención de hemorragia obstétrica en el manejo de placenta previa acreta. Acta Médica Grupo Ángeles. junio de 2021;19(2):214-20.
  17. Zapata Vilca YC, Sarmiento Quenta GN, Gutiérrez Chambilla JV, Roque Coaquira LP, Valle Chacoli A d. R, Herrera Villanueva R. Placenta previa total. HospHipólito Unanue Tacna. 2022;
  18. Munive Limas E. Características de las gestantes con diagnóstico de placenta previa atendidas en el hospital regional de Huancavelica Zacarías Correa Valdivia 2017.2019 [citado 28 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2352>

19. Pulido EEC, Gutiérrez AAC, Aceves MR. La placenta previa, una condición que puede poner en riesgo tu vida. Con Evid. 20 de abril de 2024;(2):51-3.







ANEXO 1

CARNET DE ATENCION MATERNO PERINATAL

**ARO** Inseminación Artificial

PROGRAMA GESTANTE  
**94**  
25 ENE. 2024

No. HC: 0000651031

**EsSalud**

Apellidos y Nombres: [Redacted] Código de nacimiento: [Redacted]

Establ. O: [Redacted]  No Aplica  Referencia  Código Afiliación SIS: 8910160CHHL3008

DNI N°: [Redacted] Ocupación: *Asiat. Administrativa* Edad: 34.  <15  15-35  >35

Dirección: *Jose II mayo 120-8.* Localidad: *Cayma* Cod. Sector: \_\_\_\_\_

Departamento: *pac* Provincia: *NEP* Estudios:  Analfabeta  Primaria  Secundaria  Superior  Superior No Univ  Años aprobados: *5*

Distrito: *Cayma* Estado Civil:  Casada  Conviviente  Soltera  Otro  Padre RN: [Redacted]

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: [Redacted]

---

**FILACIÓN Y ANTECEDENTES**

**Antecedentes Obstétricos**

Gestas: <i>01</i>	Abortos: <i>01</i>	Vaginales: <i>00</i>	Nacidos vivos: <i>00</i>	Viven: <i>00</i>
0 ó +3: <input checked="" type="checkbox"/>				
< 2500 g: <input type="checkbox"/>				
Múltiple: <input type="checkbox"/>				
< 37 sem.: <input type="checkbox"/>				
Partos: <i>00</i>	Cesáreas: <i>00</i>	Nacidos muertos: <i>00</i>	Muerto - 1ra. semana: <i>00</i>	Después- 1ra. semana: <i>00</i>

RN de mayor peso: *0000* g.

**Gestación Anterior**

Fecha: *00/00/2012*

Terminación:  Parto Vaginal  Cesárea  Aborto  Acfópico  Aborto molar  No Aplica

Si fue aborto:  Incompleto  Completo  Frustro/Retenido  Sécipio  No Aplica

Lactancia Materna:  No hubo  <6 meses  6 meses o más  No aplica  Lugar del parto:  EESS  Domic.

Captada: Si  No  Referida x Ag. Comuni: Si  No

**Antecedentes Familiares**

Ninguno  Malaria  Hipertensión Arterial  Hipotiroidismo  Diabetes  TBC Pulmonar  Otros  Enf. Hipertens. Emb.  Epilepsia  Enferm. Congénitas  Emb. Múltiple

**Antecedentes Personales**

Ninguno  Aborto habitual/recurrente  Alcoholismo  Alergia a medicamentos  Violencia  Asma Bronquial  Cardiopatía  Cirugía Pélv. -uterina  Diabetes  Eclampsia  Enfem. Congénitas  Enfem. Infecciosas  Epilepsia  Hemorra. Postparto  Hipertensión Arterial  Coca  *TRST* Infertilidad  Neoplasias  Otros  Otras Drogas  Parto prolong.  Preeclampsia  Prematuridad  Reten. placenta  Tabaco  TBC Pulmonar  Transorm. mentales  VIH/SIDA

*Op. Uterina / Ov. Poliposada*

**Peso y Talla**

IMC: *25*

Peso Habitual: *59* kg.

Talla: *1.54* cm.

**Antitetánica**

N° Dosis: *2*

Previa 1ra. \_\_\_\_\_ 2da. \_\_\_\_\_

**Tipo de Sangre**

Grupo: A  B  AB  O

Rh: Rh(+)  Rh(-) Sen Desc  Rh(-) No Sen  Rh(-) Sen

**Fuma**

N° Cigarrillos/día: *0*

**Drogas**

Si  No

---

**DATOS BASALES DEL EMBARAZO ACTUAL**

**Fecha Última Menstruación**

FUM: *17/11/24* Duda:  Si  No

EG. (Ecografía): *9.5* Sem. Fecha: *24/1/24*

Fecha Probable de Parto: *24/8/24*

**Hospitalización**

Hospitalización:  Si  No

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

CIE 10: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Emergencia**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

CIE 10: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Violencia / género**

Ficha Tamizaje Si  No

Violencia Si  No

Fecha: *25 ENE. 2024*

**Exámenes de Laboratorio**

Hg (%)	No se Hizo	Fecha	Negativo	Positivo	No se Hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1: <i>135</i>	<input type="checkbox"/>	<i>16/1/24</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Western Blot: <input type="checkbox"/>
Hemoglobina 2: <i>122</i>	<input type="checkbox"/>	<i>25/1/24</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HTLV1: <input type="checkbox"/>
Hemogl. al Alta: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TORCH: <input type="checkbox"/>
Glicemia 1: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>16/1/24</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota Gruesa: <input type="checkbox"/>
Glicemia 2: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fluorec. Malaria: <input type="checkbox"/>
Tolerancia Glucosa: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ex. Comp. Orina: <input type="checkbox"/>
VDRL/RPR 1: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>16/1/24</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bacteriuria: <input type="checkbox"/>
VDRL/RPR 2: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nitritos: <input type="checkbox"/>
TPHA / VDRLNPR reactivo: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urocultivo: <input type="checkbox"/>
Prueba Rápida 1: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BK en Espudo: <input type="checkbox"/>
Prueba Rápida 2: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Listeria: <input type="checkbox"/>
ELISA 1: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>16/1/24</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PAP: <input type="checkbox"/>
ELISA 2: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colposcopia: <input type="checkbox"/>

*U.H. / Sifer > 25/01/24 NEP*

**Essalud**

**CARNET DE ATENCIÓN PRENATAL**

ESTABLECIMIENTO: [REDACTED]

NIVEL: [REDACTED]

N° HC: 00651031

CITA DE CONTROL

DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
7	2	24			
7	3	24			
8	4	24			
16	6	24			

GESTANTE CON FACTORES DE RIESGO

CUMPLA CON LAS CITAS

SIGNOS DE ALARMA:

- \* Vómito Exagerado.
- \* Salida de sangre o líquido por la vagina.
- \* Fiebre o escalofríos.
- \* Hinchazón de alguna parte de su cuerpo.
- \* Disminución de movimientos fetales.
- \* Dolor abdominal o contracciones del útero antes de lo esperado.
- \* Dolor de cabeza intenso o persistente.

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 hh:min.)	ENE. 2024 224	7/3/24	7/4/24	8/4/24	16/06/24	11	11	11	11
Edad Gest. (semanas)	9	11 8M	15	20	26				
Peso madre (kg.)	59.300	59.700	62.300	64.300	67				
Temperatura (°C)	36.3	36.4	36.2	36.2	36.1				
Presión arter. (mm. Hg.)	100/63	100/60	100/60	100/60	110/70				
Pulso materno (por min.)	76	74x	72x	74	84				
Altura Uterina (cm.)	9	12	14	20	26				
Situación (LTINA)	ND	NA	Indicent	Indicent	T				
Presentación (C/P/NA)	ND	NA	NA	NA	D				
Posición	ND	ND	NA	NA					
F.C.F. (por Min/NA)	ND	150x	140x	126x	144				
Mov. fetal	ND	NA	NA	NSH	NSH				
Proteinuria Cualitativa	NSH	NA	NA	NSH	NSH				
Edema (+/++/+++/SE)	SE	SE	SE	SE	SE				
Reflejo Osteotendinoso (B.+/++/+++)	++	++	++	++	—				
Examen de Pezón (formado/No Form/Sin Exam)	F	F	F	F					
Indic. Hierro / Ac. Fólico (mayor o igual a 16 sem)	NA	NA	Conten	Conten	✓				
Indic. Calcio (mayor o igual a 20 sem)	NA	NA	G. NA	Conten	✓				
Indic. Ac. Fólico	Tiene	SI		NA					
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut) Imn/VIH/TBC/No se hizo/NA	NUT.	PF/Sig/Alu	Sig/Alu	Sig/Alu					
EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)	Conten	24/01/24	NA	NA					
Perfil Biofísico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)	ND	NA	NA	NA	SS				
Cita (a/m/d)	7/12/24	7/3/24	7/4/24	8/4/24	16/06/24				
Visita domicil. (Si/No/NA)	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]				
Plan Parto (control/visita/No se hizo/NA)	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]				
Estab. de la atención	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]				
Responsable atención	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]				
Nro. Formato SIS	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]				

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

Patologías Maternas (CIE 10) Diagnósticadas

Sin patologías  Fecha: \_\_\_\_\_

Otras patologías (CIE 10):

1. ALO Tumoración subfrenal \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Referencia - Consulta Externa Si  No  No Aplica  Fecha \_\_\_\_\_ Establ. Trasl. \_\_\_\_\_

Referencia - Emergencia Si  No  No Aplica  Fecha \_\_\_\_\_ Establ. Trasl. \_\_\_\_\_

Referencia - Apoyo al Diagnost. Si  No  No Aplica  Fecha \_\_\_\_\_ Establ. Trasl. \_\_\_\_\_

ALOJADA EN  No  No Aplica

ANEXO 2

**EsSalud**  
Seguridad social para todos

EVALUACION DE RIESGO DE CAIDA EN PACIENTES OBSTETRICAS

SERVICIO: Obstetricia CAMA: 411B

APELLIDOS Y NOMBRES: [REDACTED]

DNI: [REDACTED] H.C. 684402

Variables		INGRESO	FECHA DE REEVALUACION			
		10-6-24 Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
Caídas Previas	No	0	0	0	0	0
	Si	1	1	1	1	1
Patología medica u obstétrica que produce alteración de sensores	Ninguno	0	0	0	0	0
	HTA/Preeclampsia/Eclampsia	1	1	1	1	1
	Epilepsia	1	1	1	1	1
	Deshidratación Severa	1	1	1	1	1
	Diabetes Descompensada	1	1	1	1	1
	Anemia Severa	1	1	1	1	1
	Hemorragias del I, II ó III Trim. RPM	1	1	1	1	1
Post. Cesárea o post parto inmediato	Ninguno	0	0	0	0	0
	< de 2 horas	1	1	1	1	1
	2 – 4 horas	1	1	1	1	1
	4 – 6 horas	1	1	1	1	1
Uso de medicamentos	Ninguno	0	0	0	0	0
	Hipotensores	1	1	1	1	1
	Sulfato de Magnesio	1	1	1	1	1
	Tranquilizantes	1	1	1	1	1
	Otros medicamentos	1	1	1	1	1
Dependencia de atención materno - fetal	Ninguno	0	0	0	0	0
	Monitoreo de Fs Vs permanente	1	1	1	1	1
	Oxigenoterapia	1	1	1	1	1
	Doble vía venosa	1	1	1	1	1
	Sonda Foley/Sonda Nasogástrica	1	1	1	1	1
	Bomba de Infusión permanente Monitoreo Fetal permanente	1	1	1	1	1
Estado Mental	Orientado	0	0	0	0	0
	Confuso	1	1	1	1	1
Deambulación	Normal	0	0	0	0	0
	Limitada con ayuda	1	1	1	1	1
	Limitada sin ayuda	1	1	1	1	1
	No deambula	1	1	1	1	1
<b>Puntaje Obtenido</b>		<u>3</u>				

**Nota:** En paciente con agitación psicomotora de inmediato se considera de Alto riesgo

**Interpretación del Puntaje**

6 a más = Alto Riesgo  
3 – 5 = Mediano Riesgo  
0 – 2 = Bajo Riesgo

ANEXO 3

**EsSalud**  
Seguridad social para todos

### EVOLUCION

FECHA	HORA	ANOTACIONES
10-6-24	21:30	Paciente de 34 años, G 2 P 0010 ingresa por Emergencia (X) C.E. ( ) Programada ( ), con diagnóstico de: - Gestación 29+3 - Placenta previa sangrante.
		Antecedentes Obstétricos: R.C.: 3/30 M.A.C.: NO T° uso: P.A.P.: 2023 Resultado: Negativo
		Alergias: NO Transfusiones: NO.
		FUR: 17/11/23 FPP: 24-8-24.
		Clave Azul ( ) Clave Roja ( ) Clave Amarilla ( ) Índice de Choque:
		Examen Físico: P/A: 120/80 P: 78 T: 36 R: 20 A: B: E: G: L: O: T: E: P: conjuntivas palpebrales: Bu. Palud. mucosas orales: húmedas mamas: blancas abdomen: ocupado y sin tensión A.U.: 2,6 Feto vivo en: mat. ut.
		FCF: 144.
		Actividad uterina: esporádica pérdidas T.V.: sang. rojo +
		Miembros inferiores Edema: NO Várices: NO.
		Procedimientos: vía periférica en MS ± bránula N° 18.
		Cloruro de sodio 9 0/00 1 Lt., se administra medicación: Nifedipina 10mg 170' / 20' 3 dosis. se observa deambulando.
		Proteinuria cualitativa SI ( ) NO (X) Resultado:
		Prueba rápida de VIH: No detectada.
		Prueba de COVID 19: monitoreo fetal; resultado: EKG: se toma.
		Se envía documentos de hospitalización a acreditación (X)
		Trae carnet perinatal SI ( ) NO (X)
		Trae referencia SI ( ) NO (X) procedente de:
		Se coloca brazalete en mano derecha con identificación completa ✓
	22:30	Pasa a hospitalización en: camilla.
		Observaciones: