

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad de Alto Riesgo Obstétrico



CASO CLÍNICO

PLACENTA PREVIA

Trabajo Académico presentado por la

Licenciada en Obstetricia:

Bedregal Aguilar Ysabel Alejandrina

para optar el título de:

Segunda Especialidad en Alto Riesgo

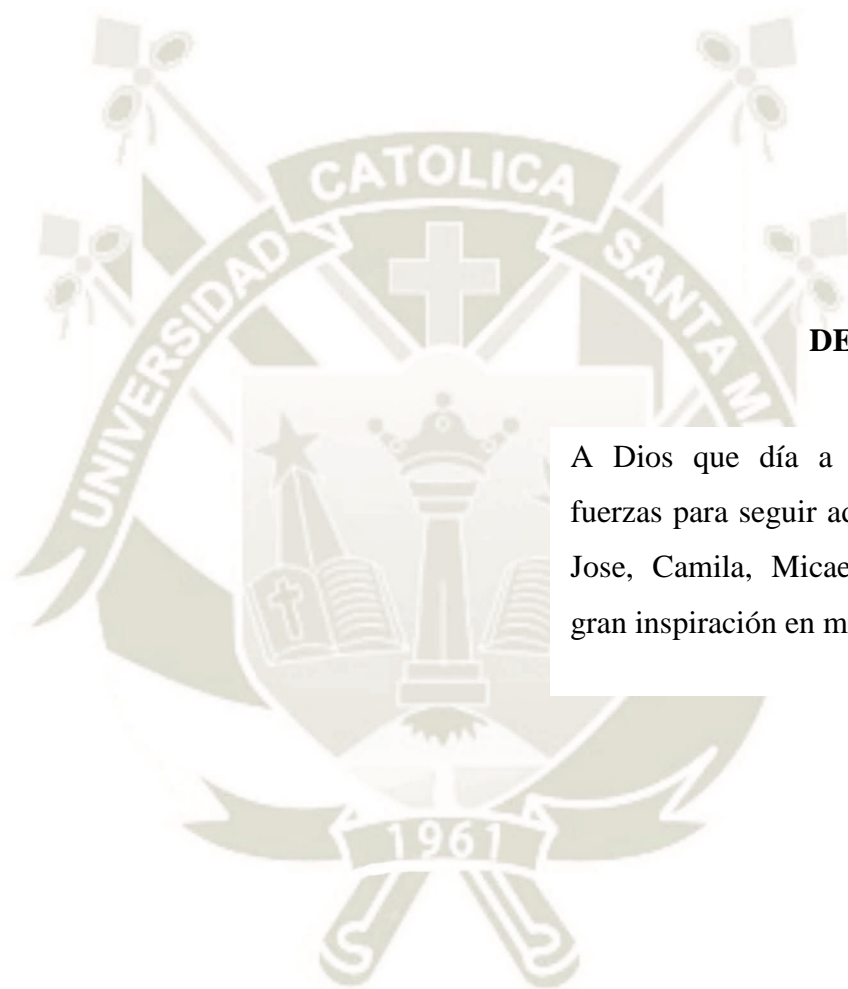
Obstétrico

Asesora:

Dra. Cárdenas Núñez, Yenhny

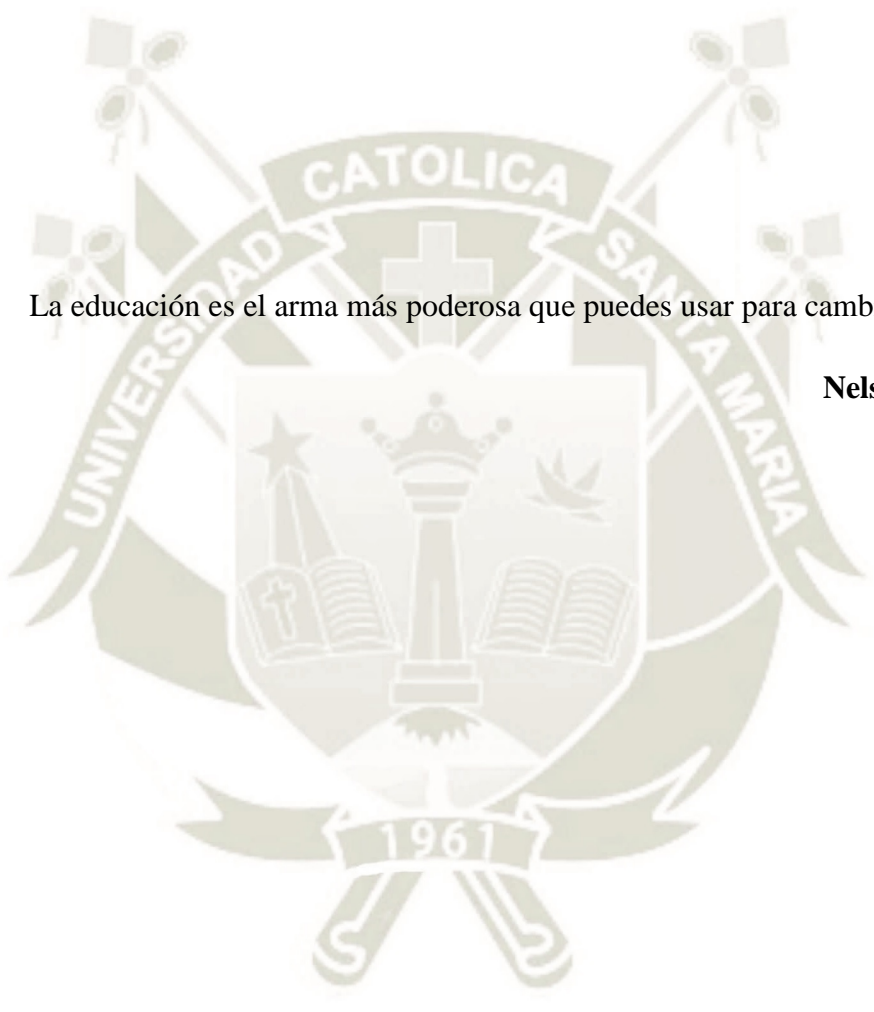
Arequipa – Perú

2018



DEDICATORIA:

A Dios que día a día me da las fuerzas para seguir adelante y a Uds. Jose, Camila, Micaela que son mi gran inspiración en mi vida.



La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo.

Nelson Mandela

INDICE

RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
CAPITULO I: MARCO CONCEPTUAL.....	1
1. PLACENTA PREVIA. -.....	1
1.1. DEFINICIÓN. -.....	1
1.2. ETIOLOGÍA. -.....	2
1.3. FACTORES DE RIESGO. -.....	4
1.4. CLASIFICACIÓN. -.....	5
1.5. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO. -.....	6
1.6. MANEJO. -.....	7
1.6.1. MANEJO GENERAL. -.....	7
1.7. TRATAMIENTO ESPECÍFICO:.....	8
1.8. CRITERIOS DE ALTA Y CONTRAREFERENCIA:.....	10
1.8.1. CRITERIOS DE ALTA. -.....	10
1.8.2. CRITERIOS DE REFERENCIA. -.....	10
1.8.3. CRITERIOS DE CONTRA REFERENCIA. -.....	10
1.9. COMPLICACIONES. -.....	11
2. SHOCK HIPOVOLÉMICO. -.....	11
2.1. DEFINICIÓN. -.....	11
2.2. FISIOPATOLOGÍA. -.....	11
2.3. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO. -.....	12
2.4. MANEJO. -.....	13
2.4.1. ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN. -.....	13
2.4.2. ACTIVACIÓN DE CLAVE ROJA. -.....	13
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....	17
HISTORIA CLINICA.....	17
1. ANAMNESIS:.....	17
1.1 FILIACIÓN.....	17
1.2. ENFERMEDAD ACTUAL.....	17
1.3. ANTECEDENTES:.....	18
a. PERSONALES.....	18

b.	PATOLÓGICOS:	18
c.	GINECO-OBSTÉTRICO:	18
d.	EMBARAZO ACTUAL.....	19
1.4.	EXAMEN FÍSICO:.....	20
<input type="checkbox"/>	GENERAL:	20
<input type="checkbox"/>	FUNCIONES VITALES:	20
<input type="checkbox"/>	PIEL Y FANÉRAS:.....	21
<input type="checkbox"/>	CABEZA:	21
<input type="checkbox"/>	CUELLO:	22
<input type="checkbox"/>	TÓRAX:	22
<input type="checkbox"/>	MAMAS:.....	22
<input type="checkbox"/>	CARDIOVASCULAR:	22
<input type="checkbox"/>	ABDOMEN:.....	22
<input type="checkbox"/>	GENITOURINARIO:.....	22
<input type="checkbox"/>	COLUMNA VERTEBRAL Y EXTREMIDADES:.....	23
<input type="checkbox"/>	LINFÁTICAS:.....	23
<input type="checkbox"/>	NEUROLÓGICO:	23
<input type="checkbox"/>	EXTREMIDADES INFERIORES:	23
<input type="checkbox"/>	REFLEJOS OSTEOTEOTENDINOSO:	23
1.5.	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.-	23
1.6.	TRATAMIENTO.-	24
1.7.	INDICACIONES:.....	24
1.8.	EXÁMENES AUXILIARES	24
-	EXAMEN ECOGRÁFICO:.....	24
-	EXÁMENES HEMOGLOBINA SERIADA.....	25
-	EXAMEN DE ORINA:	26
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN		27
CONCLUSIONES.....		29
RECOMENDACIONES		30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		31
ANEXOS.....		33
	ANEXO N° 1	34
	ANEXO N° 2	34
	ANEXO N° 3.....	36
	ANEXO N° 4.....	37

ANEXO N° 5.....	38
ANEXO N° 6.....	39
ANEXO N° 7.....	40



RESUMEN

La placenta previa es una patología que se presenta generalmente en la segunda mitad del embarazo, debido a que su inserción se produce en la zona baja del útero buscando una zona adecuada para poder implantarse, sin embargo dicha zona pone en riesgo la vida de la madre y del feto dado que la proximidad al orificio interno causa una hemorragia o sangrado que se manifiesta en la segunda mitad del embarazo. Actualmente, existen cuatro tipos de placenta previa, que ayudan a determinar la distancia entre el orificio interno y la placenta.

Los síntomas que se presenta es un sangrado insidioso, rojo rutilante y sin coágulos. Sin presencia de dolor durante el sangrado, este se auto limita y generalmente puede ser nocturno.

Siendo que tiene como factores de riesgo: la edad materna avanzada, la multiparidad, los antecedentes de infecciones endometriales, de placenta previa, embarazo múltiple, cicatrices uterinas como es el caso de las cesáreas prácticas con anterioridad, incluso el hábito de fumar.

La placenta previa tiene una incidencia de 1 en 200 embarazos siendo la causante de prematuridad elevada y de morbilidad materna.

Palabras Clave: Placenta previa.

ABSTRACT

Placenta previa is a pathology that usually occurs in the second half of pregnancy, because its insertion occurs in the lower part of the uterus looking for an adequate area to be able to implant, however this area puts the mother's life at risk and of the fetus since the proximity to the internal orifice causes a hemorrhage or bleeding that manifests itself in the second half of pregnancy. Currently, there are four types of placenta previa, which help determine the distance between the internal orifice and the placenta.

The symptoms that appear is an insidious bleeding, bright red and without clots. Without the presence of pain during bleeding, it is self-limited and can usually be nocturnal.

Being that it has as risk factors: advanced maternal age, multiparity, antecedents of endometrial infections, placenta previa, multiple pregnancy, uterine scars as is the case of previous cesarean practices, even smoking.

Placenta previa has an incidence of 1 in 200 pregnancies being the cause of high prematurity and maternal morbidity and mortality.

Keywords: Placenta previa



INTRODUCCIÓN

La placenta es un órgano indispensable para el desarrollo del feto que se forma desde el inicio de la implantación hasta finalizar el embarazo, es en la segunda mitad del embarazo donde pueden presentarse complicaciones como es el caso de la placenta previa, donde la implantación se produce en algún punto en el segmento uterino inferior, sobre el orificio cervical interno o muy cerca del mismo, generando riesgo tanto para la madre como para el feto.

El presente trabajo académico tiene como objetivo la revisión y análisis de un caso clínico del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, para ello en el Capítulo I se busca analizar la patología de la placenta previa, desarrollando definiciones que nos aproximen a formar una idea clara de que es lo que se entiende por placenta previa. Además, se realizó un estudio de la etiología de la misma y a los factores de riesgo que suelen presentarse con más frecuencia en este caso.

En tal sentido, se tomó la clasificación de la placenta previa propuesta por la Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto, así como los criterios de diagnóstico, el manejo general, el tratamiento específico, los criterios de alta y contrareferencia, así como la Clave Roja.

Por otro lado, en el Capítulo II se realizó el desarrollo del caso clínico donde se examinó cada uno de los puntos propuestos en el marco conceptual realizándose un análisis del caso y finalmente proponiendo una discusión del mismo.

CAPITULO I: MARCO CONCEPTUAL

1. PLACENTA PREVIA. -

La primera descripción de la placenta previa fue la de Guillermeau en 1685, el cual aconsejó a los cirujanos que, en los partos, definieran qué se presentaba primero, si el feto o la placenta. En 1730 Giffart describió cómo la hemorragia en el parto se debía a la separación entre el orificio cervical interno y la placenta inserta en él. Fueron Levret (1750) en Francia, y Smellie (1751) en Londres, quienes establecieron el concepto de placenta previa. Desde entonces, su manejo clínico es controvertido. Durante los siglos XVIII y XIX se practicaba la rotura de las membranas, metreuresis y la cesárea vaginal. La primera cesárea abdominal por placenta previa se realizó en 1892, extendiéndose rápidamente su uso; el tratamiento conservador hasta la viabilidad fetal fue introducido por Johnson en 1945, y el uso de los ultrasonidos para el diagnóstico de la localización de la placenta en 1966, por Gottesfeld (1).

1.1. DEFINICIÓN. -

El vocablo latino previa denota en este caso que la placenta está situada antes que el útero en la vía del parto. En obstetricia el término en cuestión describe a la placenta implantada en algún punto en el segmento uterino inferior, sobre el orificio cervical interno o muy cerca del mismo, es imposible definir precisamente tales relaciones anatómicas y cambia a menudo su localización en el curso del embarazo; por ambas razones dicha terminología en ocasiones es confusa (2).

La placenta previa es una condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento uterino bajo, muy cerca del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose así por delante del polo líder fetal (3).

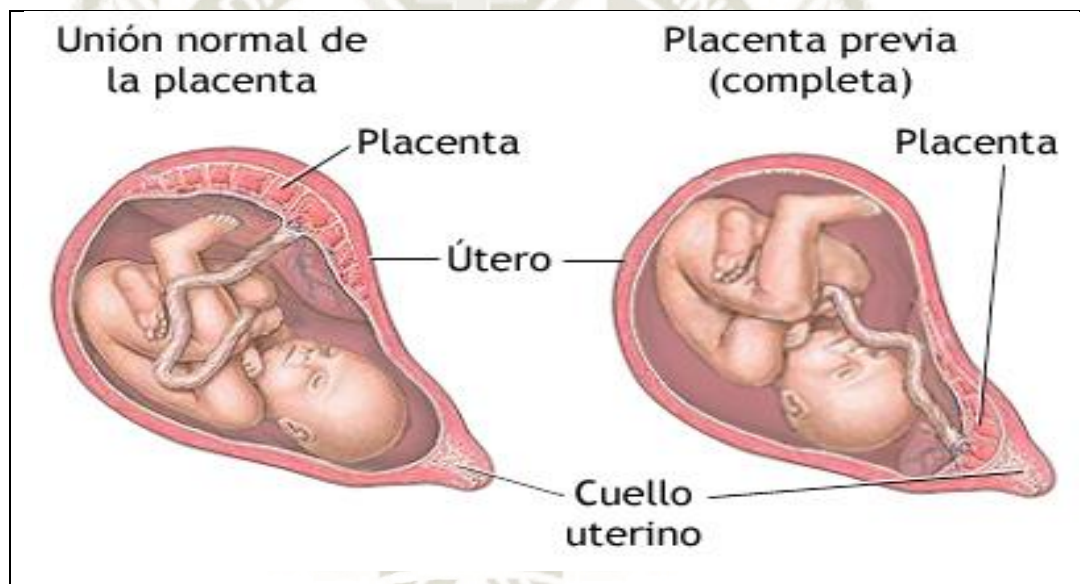
Así también, se entiende como Placenta Previa (PP) a la implantación total o parcial de la placenta en el segmento uterino inferior dentro de la zona de

borramiento y dilatación del cérvix, situada por debajo de la zona de presentación, obstruyendo el futuro descenso del feto (4).

Asimismo, cabe señalar que la placenta previa es considerada como una hemorragia de la segunda mitad del embarazo, que se manifiesta con un sangrado vaginal variable que puede estar acompañado o no de dolor en una mujer con más de veintidós semanas de gestación, con o sin trabajo de parto (5).

La situación descrita en las definiciones anteriores se ejemplifica a través de la siguiente imagen:

FIGURA N° 1



Fuente: Medline Plus Enciclopedia Medica Ilustración.

1.2. ETIOLOGÍA. -

La placenta previa tiene como causa de morbimortalidad materno perinatal que representa 1 de cada 200 embarazos siendo la causante de prematuridad elevada y la morbimortalidad materna (6).

La inserción viciosa de la placenta previa podría deberse a los siguientes factores:

- **Tardía aparición de la capacidad de fijación del trofoblasto.** En el caso de que sea una fijación precoz, el huevo puede implantarse en la trompa y dar origen al embarazo tubario; si fuera una fijación normal, esta se daría en la zona superior o media del útero; pero si esta es tardía, la anidación solo se realizaría en las zonas bajas del útero, si fuera aún más tardía no alcanzaría a anidarse y 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.** En este caso la placenta se extendería hasta la zona inferior en busca de una mejor zona para lograr la implantación.
- **Alteraciones endometriales.** Si el endometrio es sano el huevo se fija en el fondo uterino donde hipertrofia sus vellosidades para dar origen a la placenta; el resto de las vellosidades en cambio, sufriría un proceso de atrofia hasta constituir el corion liso. Pero el endometrio presenta algún proceso patológico, las vellosidades destinadas a atrofiarse no lo harán, constituyéndose la placenta en la caduca refleja, la que, al crecer el trofoblasto, se asentará sobre la caduca verdadera con la consiguiente ubicación inferior de la placenta (7).

En este punto haremos una distinción entre la etiología de la placenta previa y otras patologías que se pueden presentar en la segunda mitad del embarazo como es: el desprendimiento prematuro de la placenta y la rotura uterina, tomando para ello lo señalado en las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto 2014 (8) bajo el siguiente detalle:

CUADRO N° 1
DIFERENCIACIÓN ENTRE PLACENTA PREVIA, DDP Y RUPTURA
UTERINA

Placenta Previa	Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP)	Ruptura Uterina
<ul style="list-style-type: none"> • Placenta grande o anormalmente inserta. • Vascularización defectuosa (miomas cicatrices). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura vascular en la decidua basal. • Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio intervelloso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espontánea: en tejido cicatricial previo. • Traumática: en parto obstruido y/o iatrogenia obstétrica.

Fuente: Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto 2014.

1.3. FACTORES DE RIESGO. -

Según las Guía Técnica: Guías de Práctica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos 2006 los factores de riesgo son los siguientes:

- Gran multípara.
- Mayor de 35 años.
- Antecedente de legrado uterino, endometritis, cesárea, miomectomía.
- Período inter genésico corto.
- Placenta grande o anormalmente insertada.
- Tumores uterinos (5).

Adicionalmente también se considera como factores de riesgo los que a continuación se señalan:

- Cesárea previa o cicatrices uterinas previas.
- Aborto previo.
- Tabaquismo materno.

- Placenta previa anterior (3)

En cuanto a las cesáreas previas cabe señalar que al bajar las tasas de realización de las mismas también bajará la prevalencia de placenta previa, siendo esta otra razón para evitar las cesáreas sin indicación obstétrica (9).

1.4. CLASIFICACIÓN. -

De acuerdo a la Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto 2014 la placenta previa se clasifica en:

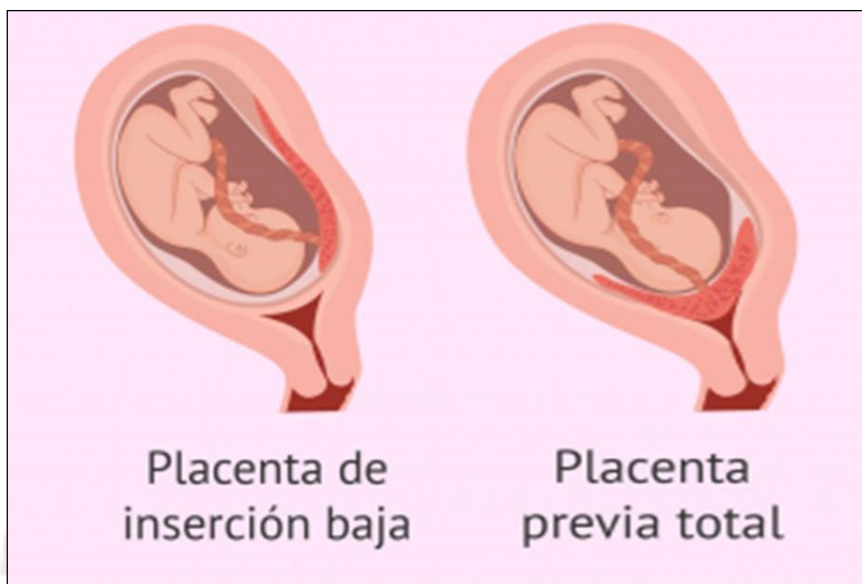
CUADRO N° 2
CLASIFICACIÓN ULTRASONOGRÁFICA TV DE LA INSERCIÓN
PLACENTARIA (PARA 2 Y 3ER TRIMESTRE)

Inserción Placentaria	Distancia entre el orificio interno y placenta
Placenta Normo Inserta (PNI)	> 5cm
Placenta de Inserción Baja (PIB)	> 2 y < 5cm
Placenta Previa Marginal (PPM)	> 0 a 2 cm
Placenta Previa Oclusiva (PPO)	0 cm
En la práctica todas las PPO son sobrepuestas, es decir, sobrepasan el orificio interno.	

Fuente: Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto (8)

Ahora se procederá a ejemplificar algunas de las clasificaciones descritas en el cuadro precedente:

FIGURA N° 2



Fuente: Reproducción Asistida ORG.

1.5. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO. -

Según las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto 2014 el criterio de diagnóstico para determinar la existencia de un caso con placenta previa requiere de los siguientes síntomas y signos, así como del diagnóstico ecográfico:

CUADRO N° 3

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DE LA PLACENTA PREVIA

Síntomas	Signos	Diagnóstico Ecográfico
<ul style="list-style-type: none"> Sangrado insidioso, abundante, sin coágulos de color rojo vivo, puede ser precipitado por el coito, suelen presentarse varios episodios, la hemorragia se autolimita. 	<ul style="list-style-type: none"> Shock. Tono uterino normal, indoloro. Presentación fetal no está encajada en la pelvis, no se palpa polo fetal en la parte inferior del útero. 	<ul style="list-style-type: none"> Exploración ecográfica es de gran ayuda, se comprueba la inserción baja de la placenta. Valor predictivo positivo de 90%.

Síntomas	Signos	Diagnóstico Ecográfico
<ul style="list-style-type: none"> Anemia en relación a la magnitud del sangrado, no hay dolor abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> Condición fetal normal salvo shock materno. 	

Fuente: Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto 2014 (8)

Asimismo, conforme a la Guías de Práctica Clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología 2006 también se puede considerar dentro del diagnóstico ecográfico la ecografía transvaginal y ecografía abdominal para localizar la placenta. El empleo de tocolíticos ante la aparición de dinámica uterina y fetos no viables. El hallazgo de una placenta previa parcial o marginal antes de la semana 24 debe interpretarse con precaución, más aún si la paciente está asintomática, debe realizarse un seguimiento ecográfico hasta el tercer trimestre, antes de establecer un diagnóstico definitivo. Por otro lado, se señala que no es recomendable realizar el tacto vaginal (10)

1.6. MANEJO. -

1.6.1. MANEJO GENERAL. -

Según las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto 2014 el manejo general comprende:

- **PLACENTA PREVIA NO SANGRANTE. -**
 - Control prenatal con enfoque de riesgo.
 - Consignar en el carnet prenatal el diagnóstico y clasificación de la 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.

- **PLACENTA PREVIA SANGRANTE.** -

- Hospitalización.
- Reposo absoluto.
- Mantener doble vía endovenosa permeable con catéter número 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 la condición de la paciente lo requiere.
- Motorización de la frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina.
- Solicitar grupo RH, hemoglobina, hematocrito, hemograma, perfil de coagulación, urea, creatinina, glicemia.
- Realizar evaluación ecográfica transvaginal (8)

1.7. TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

De acuerdo a las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto 2014 el tratamiento específico de la placenta previa se basa en tres factores fundamentales:

- Estado hemodinámico de la madre, que depende de la intensidad y 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 12 horas por cuatro dosis vía IM. o Betametasona 12mg c/24 horas por dos dosis vía IM.
- Deambulación solo luego de tres días sin sangrado.

Feto mayor 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 de gestación:

- Culminar gestación.
- Si se trata de Placenta Previa Total: cesárea.
- Si se trata de Placenta Previa Marginal o de Inserción Baja no sangrante, tiene posibilidades de parto vaginal si se encuentra en un centro asistencial que disponga de sala de operaciones inmediata y banco de sangre (8).

1.8. CRITERIOS DE ALTA Y CONTRAREFERENCIA:

1.8.1. CRITERIOS DE ALTA.-

Dentro de los criterios de alta según las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto 2014 se debe de considerar que 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 días.
- Luego del parto el alta está indicada en ausencia de signos y síntomas de anemia descompensada (8).

1.8.2. CRITERIOS DE REFERENCIA. -

En los criterios de referencia alta de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto 2014 se debe de considerar que:

- Realizado el diagnóstico deberá gestionarse la referencia de inmediato, a un centro asistencial con capacidad resolutive adecuada.
- Además, 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, UCI, UCIN según sea el caso (8).

1.8.3. CRITERIOS DE CONTRA REFERENCIA. -

Una vez dada el alta la paciente, será controlada a los 7 días, para luego ser

contra referida a su centro asistencial de origen, salvo que persista con anemia severa u otra patología y que requiera tratamiento especializado (8).

1.9. COMPLICACIONES. -

Las posibles complicaciones maternas que se pueden presentar son las siguientes :

- Muerte.
- Sangrado profuso (hemorragia).
- Shock hipovolémico (5)

2. SHOCK HIPOVOLÉMICO. -

2.1. DEFINICIÓN. -

El choque se define como una situación de hipoperfusión tisular generalizada en la cual el aporte de oxígeno a nivel celular resulta inadecuado para satisfacer las demandas metabólicas; en esta definición, el estado de choque se puede clasificar en función de los determinantes de la perfusión y oxigenación tisular, que en el sistema cardiovascular están compuestos por el corazón, los vasos y la sangre (la bomba, el contenedor y el contenido). El choque hipovolémico sucede cuando disminuye el contenido (la sangre o volumen plasmático) por causas hemorrágicas (11).

2.2. FISIOPATOLOGÍA. -

El proceso del shock hipovolémico comienza con el declive del gasto cardiaco como efecto de una perturbación hemodinámica, debido a que una disminución del volumen de la sangre causa la caída de la presión venosa sistémica y el llenado cardiaco, lo que se expresa con la reducción del volumen de la parte final de la presión diastólica, conocida como tele diastólica, disminuyendo así el volumen sistólico y gasto cardiaco, originando hipotensión generalizada, con el subsecuente descenso de la presión del paso de sangre por los vasos sanguíneos, por lo cual no

llega suficiente sangre a los tejidos, el oxígeno desciende a nivel crítico, provocando isquemia celular, seguidamente reprime la función de traslado mitocondrial que promueve la reducción de los fosfatos de suma importancia para la integridad de la membrana y la función metabólica celular (12).

Lo expuesto genera que los órganos perjudicados por deficiencia de oxígeno en la sangre no tienen la misma reacción, el corazón, pulmón y cerebro resisten de 4 a 6 minutos, los órganos abdominales soportan de 45 a 90 minutos, la piel y tejido muscular resisten entre 4 a 6 horas (13).

2.3. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO. -

Dentro de los criterios de diagnóstico las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto 2014 han contemplado lo siguiente:

- **Hemorragia:** es la pérdida de agua de volumen circulante de sangre.
- **Hemorragia Obstétrica Grave:** se define como la pérdida sanguínea de origen obstétrico con presencia de alguno de los siguientes criterios:
 - Pérdida mayor de 1000 mL de sangre.
 - Pérdida del 25% de la volemia.
 - Presencia de cambios hemodinámicos.
 - Pérdida de mayor de 150 mL por minuto.
 - Caída de Hematocrito mayor de 10 puntos (8).

CUADRO N° 4

CLASIFICACION DE GRADOS DE HEMORRAGÍA

	I	II	III	IV
% Volumen	< 15	15-30	> 30-40	> 40
Pulso x min	< 100	> 100	> 120	> 140
Presión	Normal	N / ↑	↓ / ↓	↓↓↓ / ↓↓↓

	I	II	III	IV
Arterial				
Frecuencia respiratoria	Normal	Taquipnea leve	Taquipnea avanzada	Insuficiencia respiratoria
Diuresis ml x hora	> 30	20-30	5-15	< 5
Color de la piel	Normal	Pálida y fría	Pálida fría y sudorosa	Cenicienta
Estado de conciencia	Alerta	Ansiosa agitada	Somnolenta	Inconsciente

Fuente: Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto 2014

2.4. MANEJO. -

En observancia de las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto 2014 en el manejo del shock hipovolémico tenemos las siguientes pautas de actuación:

2.4.1. ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN. -

- Control prenatal precoz.
- Atención prenatal con enfoque de riesgo.
- Procurar un manejo fisiológico del trabajo de parto.
- Manejo activo del alumbramiento.
- Control puerperal cada 15 minutos por 2 horas.
- Capacitación permanente del personal asistencial (8).

2.4.2. ACTIVACIÓN DE CLAVE ROJA. -

- **Minuto cero: Activación de la CLAVE ROJA**

- La percepción de la pérdida de más de 1000 ml es un buen punto de corte para iniciar las maniobras de reanimación.
- La activación de la CLAVE ROJA la realiza la primera persona del equipo asistencial que establece contacto con la paciente que sangra o evalúa los parámetros descritos en el Cuadro N° 4.
- La activación de la CLAVE ROJA puede ocurrir en el servicio de emergencia, hospitalización, centro quirúrgico, centro obstétrico y por lo tanto se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para su activación, garantizando que se alerte al personal involucrado de forma inmediata:
 - Equipo Médico de turno, médico gineco-obstetra, jefe de guardia, médico general, médico anesitólogo, médico internista, médico intensivista, según nivel del centro asistencial, obstetrix, enfermera, técnica en enfermería.
 - Servicio de Laboratorio y Banco de Sangre.
 - Servicio de Transporte. Si la ambulancia está en el centro asistencial debe estar disponible para una posible referencia de ser necesaria y sin pérdida de tiempo. Si no está, contactar con la central de transporte para contar con una unidad a la brevedad posible.
 - Centro Asistencial de Referencia.
- Procurar el calentamiento de los líquidos a ser transfundidos a 39° C (Baño María para sangre y hemoderivados, microondas para soluciones cristaloides).

La hipotermia aumenta el riesgo de falla orgánica múltiple y coagulopatía (8).

- **Del Minuto 1 al 20: Diagnóstico y Reanimación**

- Vía Área y ventilación:

- Verificar la permeabilidad de la vía área y proporcionar oxígeno suplementario con mascara de reservorio a razón de 6 litros por minuto y tratando de mantener una saturación de más de 95%.
 - Si la vía área esta obstruida o en peligro inminente debe procederse a la entubación endotraqueal.
- Circulación y control de la hemorragia:
- Canalizar 2 vías EV periféricas con catéter N° 16 o 18 para infusión rápida de soluciones cristaloides y la toma de muestras de laboratorio, quien canaliza la vía debe tomar las muestras de sangre.
 - Tomar muestras para Grupo Sanguíneo, factor RH, hemoglobina, hematocrito, pruebas cruzadas, perfil de coagulación, bioquímica y pruebas de embarazo (paciente sin diagnóstico conocido de embarazo).
 - Iniciar reposición de volumen con 2 litros de solución salina normal (cloruro de sodio al 9x1000) a chorro en 20 minutos (8).
 - Continuar la reposición de fluidos según la regla del 3x1 y 2x1:

CUADRO N° 5
REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS SEGÚN GRADO DE
HEMORRAGÍA

Grado	I	II	III	IV
Reemplazo líquidos	Cristaloides	Cristaloide + Coloide	Cristaloide + Coloide + Sangre	Cristaloide + Coloide + Sangre

Fuente: Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto 2014.

CUADRO N° 6
REGLAS PARA LA REPOSICIÓN DE VOLÚMENES

REGLA 3X1	Reponer 300mL por cada 100mL de pérdida sanguínea calculada
REGLA DEL 2X1	Por cada dos volúmenes de cristaloides reponer un volumen de coloide.

Fuente: Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto.

- Clasificar el grado de shock y complementar el volumen de líquidos requeridos. (Tener precaución en pacientes con preeclampsia o cardiopatía).
- Identificar causa de sangrado e iniciar su manejo.
- Colocar sonda Foley con bolsa colectora para evaluar volumen inicial y diuresis horaria.
- En shock grave (hemorragia grado IV: pérdida mayor a 40%) iniciar transfusión de dos paquetes globulares O Rh - (dador universal). Si no hay disponible, iniciar con O Rh +.
- Identificar la causa del sangrado e iniciar su tratamiento específico (8).

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

HISTORIA CLÍNICA

1. ANAMNESIS:

1.1 FILIACIÓN

- a. **Nombre:** MAT
- b. **Edad:** 38 años
- c. **Fecha de nacimiento:** 09/08/1980
- d. **Sexo:** Femenino
- e. **Estado civil:** Casada
- f. **Religión:** Católica
- g. **Idioma:** Castellano
- h. **Grado de instrucción:** Secundaria Completa
- i. **Ocupación actual:** Obrera en la Municipalidad Distrital de José Luis Bustamante y Rivero
- j. **Lugar de nacimiento:** Arequipa
- k. **Dirección:** Pasaje Unión 901, Mi Perú, José Luis Bustamante y Rivero
- l. **Procedencia:** Arequipa
- m. **Fecha de ingreso:** 15/12/2018
- n. **Fecha de elaboración:** 16/12/2018
- o. **Informante:** Paciente

1.2. ENFERMEDAD ACTUAL

- a. **Tiempo de enfermedad:** 1 día.
- b. **Síntomas principales:** Sangrado vaginal.
- c. **Relato de la enfermedad actual:** Paciente acude por emergencia por presentar sangrado transvaginal a las 6 am, de color rojo rutilante que moja su traza, sin dolor percibe movimientos fetales, no presenta contracciones.
- d. **Funciones biológicas:**
 - **Apetito:** Normal.
 - **Sed:** Normal

- **Deposiciones:** Normal.
- **Micciones:** Normal.
- **Sueño:** Normal

1.3. ANTECEDENTES:

a. PERSONALES

- **Fisiológicas:** durante la niñez recibió vacuna antitetánica en el colegio, presentó un desarrollo normal.

b. PATOLÓGICOS:

- **Enfermedades virales:** Niega.
- **Enfermedades crónicas:** Niega.
- **Cirugías:** Niega.
- **Alergias:** Niega
- **Transfusiones:** Niega.
- **Medicación:** Vitaminas y Calcio.

c. GINECO-OBSTÉTRICO:

- **Menarquia:** 14 años.
- **Inicio de relaciones sexuales:** 18 años.
- **Parejas sexuales:** 2 parejas.
- **Régimen catamenial:** 3-4/Irregular.
- **Dismenorrea:** No
- **Métodos anticonceptivos:** Inyectable trimestral.
- **Infecciones ginecológicas:** Niega.
- **Fórmula Obstétrica:** G3 P2 0 0 2
- **Examen de mamas:** 2017
- **PAP:** 2017 sin resultados

d. EMBARAZO ACTUAL

- **Fecha de última menstruación:** 24/05/2018
- **Fecha probable de parto:** 03/03/2019
- **Controles prenatales:** 4
- **Evaluación nutricional:** Adecuado
- **Peso previo:** 56 kg
- **Talla:** 155 cm
- **IMC:** 23.30
- **Peso actual:** 66.500 kg
- **AU:** 28cm.
- **LCF:** 140 x minuto LCI
- **Ganancia de peso:** 10.500
- **Actividad sexual:** no
- **Gestación planificada:** no
- **Embarazos anteriores:**

EG	FECHA	PARTO	ATENCIÓN	PATOLOGÍA	PESO	VIVO
40	2003	Vaginal	C.S. Zamácola	No	3100	Si
40	2008	Vaginal	Moquegua	No	3200	Si

e. FAMILIARES:

- **Cónyuge:** sano.
- **Padre:** sano.
- **Madre:** sano.
- **Hijo:** 2 hijos sanos.

f. SOCIOECONÓMICOS:

- **Vivienda:** Familiar.
- **Material:** Noble.
- **Servicios:** Cuenta con agua, luz, desagüe y recojo de basura.

- **Animales:** Perro y cuyes.

g. ALIMENTACIÓN:

- Dieta balanceada

h. HÁBITOS NOCIVOS:

- **Te:** Una vez al día.
- **Café:** Niega
- **Tabaco:** Niega
- **Alcohol:** Niega
- **Drogas Ilegales:** Niega

1.4. EXAMEN FÍSICO:

➤ **GENERAL:**

Se encuentra en buen estado general, despierta y orientada en tiempo espacio y persona, afebril, colabora con el interrogatorio encontrándose tranquila y de cúbito dorsal en su unidad.

➤ **FUNCIONES VITALES:**

- **Presión Arterial:** 110/60 mm de Hg.
- **Frecuencia cardiaca:** 80 pulsaciones por minuto.
- **Frecuencia respiratoria:** 18 por minuto.
- **Temperatura:** 36.6 °C
- **Peso:** 66.500 kg
- **Talla** 1.55 cm
- **IMC:** 27.68

➤ **PIEL Y FANÉRAS:**

- **Piel:** Trigeña.
- **Turgor y elasticidad:** Conservados.
- **Signo del pliegue** (Negativo).
- **Color de cabello:** Negro.
- **Implantación:** Adecuada.
- **Unas:** color rosado.
- **Llene capilar:** 2 segundos.

➤ **CABEZA:**

- **Cráneo:** Normocéfalo, consistencia dura, no se palpan tumores, no hay dolor a la movilidad.
- **Pupilas:** Redondas, centrales e isocóricas.
- **Conjuntiva palpebral:** rosadas.
- **Corneas transparentes.** Iris de color café.
- **Agudeza visual.** Esta conservada.
- **Pestañas.** De implantación y cantidad normal, de color negro.
- **Cejas.** De color negro y de cantidad e implantación adecuada.
- **Nariz:** Tabique central, de conformación normorrinea 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 completos.**
- **Orofaringe:** No congestiva.

➤ **CUELLO:**

- Posición central, tamaño regular, forma cilíndrica, no se palpa adenopatías ni tiroides, móvil.

➤ **TÓRAX:**

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

➤ **MAMAS:**

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

➤ **CARDIOVASCULAR:**

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

➤ **ABDOMEN:**

- Globuloso, no se presenta viceromegalias. Cicatriz umbilical conservada.

➤ **GENITOURINARIO:**

- Puño percusión diferido, paciente en reposo absoluto.
- Genitales externos sin particularidades.

➤ **COLUMNA VERTEBRAL Y EXTREMIDADES:**

- Se encuentra no dolorosa a la palpación sin desviaciones.

➤ **LINFÁTICO:**

- No se palpan adenopatías sin linfadenoma.

➤ **NEUROLÓGICO:**

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

➤ **EXTREMIDADES INFERIORES:**

- Sin edemas.

➤ **REFLEJOS OSTEOTEOTENDINOSO:**

- Conservado (++)

1.5. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.-

- Gestación de 29 semanas y 3 días.
- Multigesta secundipara.
- Feto único vivo.
- Placenta previa sangrante.
- Periodo intergenésico largo.
- Gestante tardía.

1.6. TRATAMIENTO.-

- 15/12/2018: Cl Na 9 % 1000 cc E. V.
- 16/12/2018: Cl Na 9 % 1000 cc E. V. Dexametasona 6gr I.M. c/12 horas (4 dosis)

1.7. INDICACIONES:

15/12/2018:

- Control de funciones vitales
- Control Obstétrico (DU, MF, LCF)
- Reposo Relativo
- Control de sangrado
- Exámenes de laboratorio: Hg. Hb. Hto, Grupo y Factor, TP, TPT, INR, Recuento plaquetario.
- Examen Completo de Orina
- Ácido Úrico, Creatinina Glucosa
- Interconsulta a Medicina Interna Para RQCU
- Ecografía Obstétrica

16/12/2018:

- Control de funciones vitales
- Control Obstétrico (DU, MF, LCF)
- Reposo Relativo
- Control de sangrado

1.8. EXÁMENES AUXILIARES

- EXAMEN ECOGRÁFICO:

Se realiza ecografía el 15/12/2018: feto único vivo en Longitudinal Cefálica Izquierda.

Placenta anterior cuyo extremo llega a 2 cm. del OCI. Grado II/III. Ila: 12

Movimientos Fetales Presentes.

Ponderado Fetal: 1321gr.

- **EXÁMENES HEMOGLOBINA SERIADA**

15/12/2018 14:30 hrs.

- Leucocitos: 6.37 mm.
- Eritrocitos: 3.87
- Hemoglobina: 12.1g%
- Grupo y Factor: O +
- Volumen Corpuscular Medio: 97 u3
- Hemoglobina Corpuscular Media: 31.3ug.
- Concentrado Corpuscular Medio Hemoglobina: 32.4%
- Ancho de Distribución de los glóbulos rojos (IDE): 13.8%
- Plaquetas: 262000/mm³
- Abastionados: 01%
- Segmentados: 77%
- Neutrofilos: 78%
- Eosinofilos: 01%
- Basofilos: 0/mm³
- Monocitos: 02/ mm³
- Linfocitos: 19/ mm³
- Tiempo de Protombina: 11 seg.
- Tiempo Parcial de Tromboplastina: 34.9 seg.
- Fibrinógeno: 363 mg/dl

Bioquímica en sangre:

- Ácido Úrico: 4.0 mg/dL
- Creatinina: 0.5 mg/dL
- Glucosa: 97 mg/dL
- Deshidrogenasa Láctica (D.L.H) : 173 mg/dl

- Aspartato Aminotransferasa (T.G.O) : 13 U/L
- Alanina-aminotransferasa (T.G.P) :15 U/L

- **EXAMEN DE ORINA:**

- **Leucocitos:** 0 – 2 X campo
- **Células Epiteliales:** Abundantes
- **Musina:** ++



CAPÍTULO III: DISCUSIÓN

En la segunda mitad del embarazo las causas de hemorragia son placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta. La placenta previa ocurre en el 2.8/1000 embarazos únicos y en el 3.9/1000 embarazos generales (8).

En el Instituto Nacional Materno Perinatal (NMP) que es el mayor centro de referencia del Ministerio de Salud del Perú se encuentra un incidencia de 0.8 al 1.02% de partos ocurridos en el año 2007 y 2008 (8). De acuerdo al estudio desarrollado por Shahrour B, Ortega E, Carrillo M denominado Evidencia y mejora en la gestión compartida de cuidados ante la gestante con placenta previa y elaborado en el 2016 se tiene que la incidencia de dicha patología es 1 de cada 200 embarazos siendo la causante de prematuridad elevada y la morbilidad materna (6).

Por otro lado, la edad materna avanzada y la multiparidad parece ser los factores predisponentes en este cuadro de placenta previa, similar situación es descrita en el estudio realizado en el Puesto de Salud Mollepampa de Ica (14) donde exponen el caso clínico de una paciente la cual ya viene con la patología de placenta previa y en la búsqueda de factores de riesgo coinciden con la paciente que es analizada en el caso clínico propuesto.

La placenta previa es una patología que crea en la gestante un estado de ansiedad importante, debido a la alarma que genera dicha patología y a las posibles consecuencias que puedan tener la madre y el feto.

Según Rowe T. la placenta previa es una de las causas principales de sangrado periparto, dado que esta puede causar morbilidad materna seria incluyendo hemorragia, adherencia placentaria anormal, septicemia, tromboflebitis, transfusión sanguínea masiva, histerectomía periparto de emergencia debido a sangrado incontrolado cuyo resultado obvio es la pérdida de fertilidad e incluso se asocia con mortalidad materna.

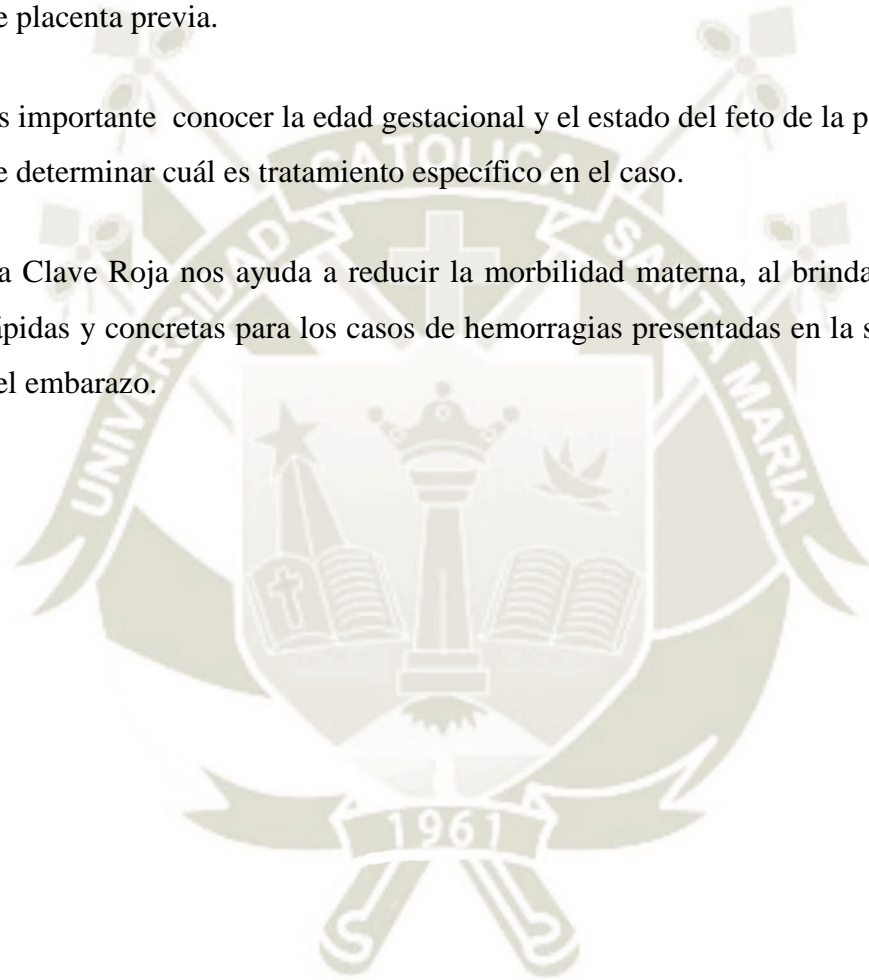
Se ha visto que los embarazos complicados con placenta previa son más propensos a resultados adversos como mortalidad neonatal.

La morbimortalidad perinatal se relaciona en estos casos con hipoxia y prematurez, secundarios a la placenta previa y otras patologías. Las hemorragias que se presentan en la segunda mitad del embarazo son las que con mayor frecuencia ponen en riesgo la vida tanto de la madre como la del producto (15).



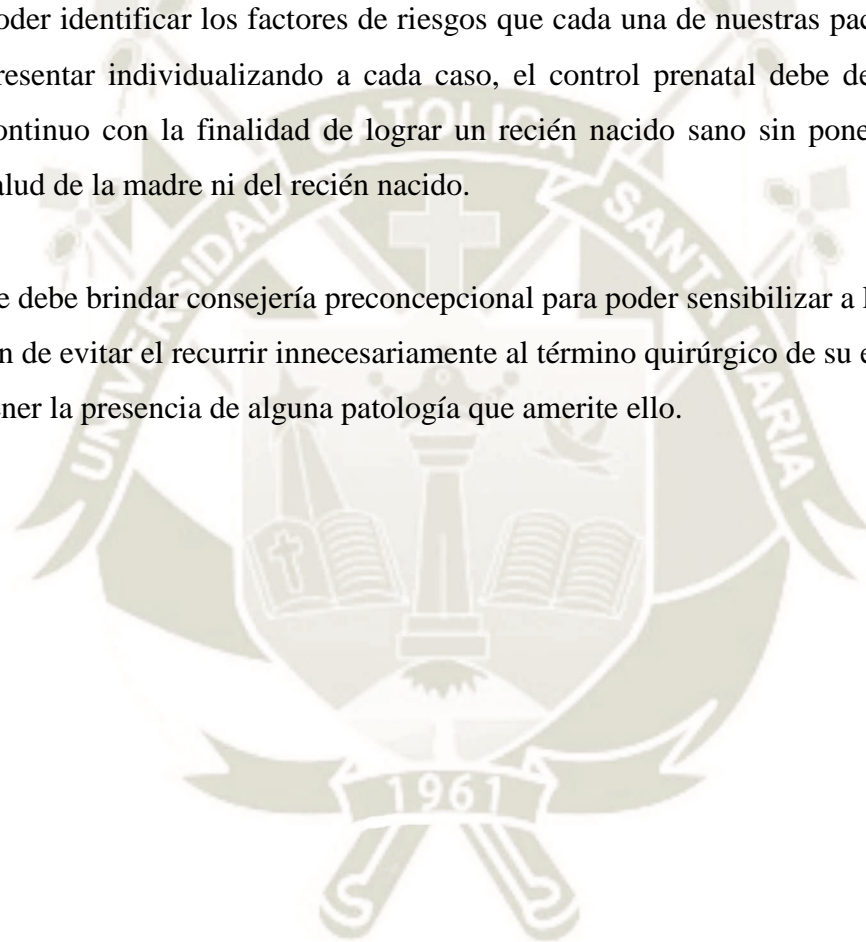
CONCLUSIONES

- La placenta previa se presenta en la segunda mitad del embarazo, con presencia de sangrado y sin dolor.
- Solo debe recurrirse a la cesárea por indicación expresa del médico y al no existir otra alternativa, dado que su utilización periódica representa para futuro un riesgo de placenta previa.
- Es importante conocer la edad gestacional y el estado del feto de la paciente a fin de determinar cuál es tratamiento específico en el caso.
- La Clave Roja nos ayuda a reducir la morbilidad materna, al brindarnos acciones rápidas y concretas para los casos de hemorragias presentadas en la segunda mitad del embarazo.



RECOMENDACIONES

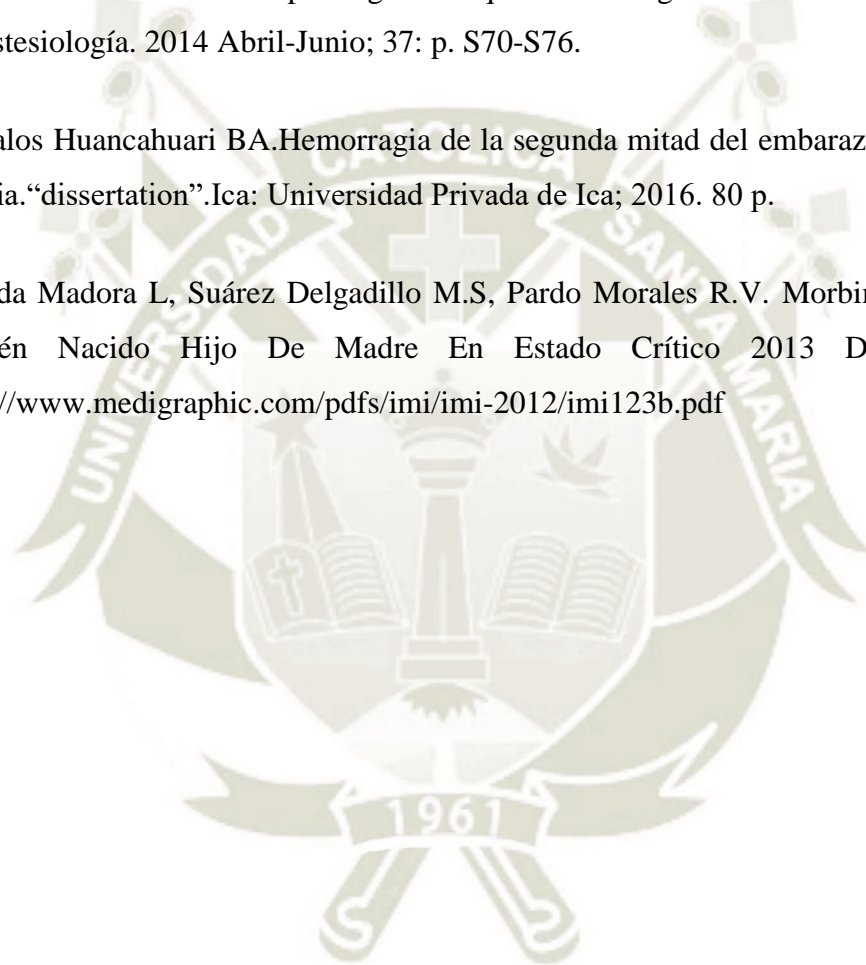
- El equipo de salud debe estar constantemente capacitado a fin de poder detectar tempranamente las emergencias obstétricas y brindar con ello una atención oportuna, de tal manera que con su actuación se reduzca la presencia de los indicadores de morbilidad materna perinatal.
- Es de suma importancia la elaboración correcta de la historia clínica perinatal y así poder identificar los factores de riesgos que cada una de nuestras pacientes puedan presentar individualizando a cada caso, el control prenatal debe de ser precoz y continuo con la finalidad de lograr un recién nacido sano sin poner en riesgo la salud de la madre ni del recién nacido.
- Se debe brindar consejería preconcepcional para poder sensibilizar a las pacientes a fin de evitar el recurrir innecesariamente al término quirúrgico de su embarazo sin tener la presencia de alguna patología que amerite ello.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andia Melgar B, Fuentes C, Pozo O. et al. Placenta Previa. Rev UCEBOL [Internet]. 2010 [citado el 16 dic 2018]; 42-45. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/ucs/n3/n3_a11.pdf.
2. De León Fraga J. Williams Obstetricia. Mexico: Mc Graw Hill Education; 2015.
3. Avíla Darcia S., Alfaro Moya T., Olmedo Soriano, J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Rev CI de la Esc de Med UCR-HSJD [Internet]. 2016 [citado el 16 dic 2018]; 6(3): 11-17. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>.
4. Téllez Santos O.H., Wandurraga Barón N. Placenta previa y acretismo placentario: dos grandes complicaciones de alto riesgo obstétrico. Rev Med UIS [Internet]. 2006 [citado el 16 dic 2018]; 19(2): 126-136. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2164>.
5. Ministerio de Salud. Guías de Práctica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos. 2006: 12-16.
6. Shahrour B, Ortega E, Carrillo M. Evidencia y mejora en la gestión compartida de cuidados ante la gestante con placenta previa. 2016. Revista enfermería. 1(106): 6.
7. Schwarcz RL, Fecina RH, Duverges CA. Obstetricia. Buenos Aires: El Ateneo; 2014.
8. ESSALUD. Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Roja Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo y Post Parto. 2014: 27-31.
9. Rowe T. Placenta Previa. J Obstet Gynaecol Can. 2014; 36(8): 667–668.
10. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología. 2010: 38-41.

11. López Cruz F, Perez de los Reyes Barragán GR, Tapia Ibáñez EX, et al. Choque hipovolémico. An Med Mex [Internet]. 2018 [citado el 16 dic 2018]; 63 (1): 48-54. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc181h.pdf>.
12. Quispe Ramos D, Llusco Magne H. Shock Hipovolémico. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. 2013 Septiembre; 36: p. 1867-1872.
13. Mejía Gómez LJ. Fisiopatología choque hemorrágico. Revista Mexicana de Anestesiología. 2014 Abril-Junio; 37: p. S70-S76.
14. Dávalos Huancahuari BA. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo por placenta previa. "dissertation". Ica: Universidad Privada de Ica; 2016. 80 p.
15. Pineda Madora L, Suárez Delgadillo M.S, Pardo Morales R.V. Morbimortalidad del Recién Nacido Hijo De Madre En Estado Crítico 2013 Disponible En <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi123b.pdf>





ANEXO N° 1 HISTORIA CLÍNICA BREVE DE EMERGENCIA

PROHIBIDO LLEVARSE LA HOJA

EsSalud

HISTORIA CLINICA BREVE DE EMERGENCIA

PROCEDENCIA _____ FONDO _____ C. USUARIO PROCEDIMTO: I II III

FECHA _____ HR. ADM. _____ TOPICO _____

NOMBRE _____ WC _____

EDAD _____ SEXO _____ ACTO MED _____

EMERG. URG S.T ACC. CON TRABAJO TRANS TERCEROS

HR. ATENC. MEDICA 01:05 INT. MF. No. Flou. Pira

ALERGIAS No OPERAC. No

MEDICACION ACTUAL 50mg Ca

RELATO TIEMPO ENF. 33 (2-0-0-2) Eud = 10-6
Pura = 24.07-18
38 Sony. 1 jan. 1-1

INCIDIOSO

EX CLINICO ORAL Arcu. 0.8 (mid) C. = 100% 10.2 Lupa

CONCIENTE INCONC. GLASSON PUPILAS ESCARAS FLEBITIS

PA 100/60 TA 26/6 TA 100% FR _____

AP. RESP. TORAX Normal

C. VASCULAR Normal

EX PREFERENCIAL - CABEZA - CUELLO A.B.D. - G.D. - A. LOCOMOTOR - S.N. - OTROS

Ay. Du. 29 FLES FCF = 142
Act. simpática no dinámica
Sensib. act. con sonaj. voz. ineficiente
Pa. de la. 10.2
Mo. Sig. 10.2 & 10.2

www.essalud.sld.pe

ANEXO N° 2
HISTORIA CLÍNICA BREVE DE EMERGENCIA

HISTORIA CLÍNICA BREVE DE EMERGENCIA

ID 1: ABD: Gaba d 23 u COD 0441

ID 2: Plouf. Grav. Sangr COD

ID 3: COD

Dx DE ALTA 1: COD

Dx DE ALTA 2: COD

INDICACIONES: COD

- E. hamp. 2. en obst. d.
- Control d. f. vi.
- Control d. sangr.
- cont. obst.
- Toco
- Ecografía
- Hm. Hb. Ht. CC. CS. 98, 987, 8NR
- Dg. f. h. g. y alt. g. l. u.
- S. S. 960, 965, 946, 400.
- S. S.
- R. C. U.

PLAN DE TRABAJO: ECG. 5/1. 10/11 } 2x5

19/11 2010 10/11

- Auto. e. Medio d. P. n.

C.:

LABORATORIO:

**ANEXO N° 3
ECOGRAFÍA**

INFORME ECOGRÁFICO OBSTÉTRICO II
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HNCASE ESSALUD AREQUIPA

NOMBRE <i>Monica Alrang Temode</i>		HC <i>9724397</i>
DIAGNÓSTICO		RESPONSABLE <i>Dr. Jaramillo</i>
SOLICITUD		
FETO <i>cuña viva</i>	LCF: _____	BIOMETRÍA
SITUACIÓN: <u>LONGITUDINAL</u> _____	OBLICUA _____	DBP <i>74</i> mm= <i>28</i> sem _____ días
TRANSVERSA _____		HC <i>267</i> mm= <i>27</i> sem _____ días
PRESENTACIÓN: <u>CEFÁLICA</u> _____	PÉLVICA _____	AC <i>239</i> mm= <i>29</i> sem _____ días
POSICIÓN: _____	<u>DERECHA</u> _____	LF <i>56</i> mm= <i>29</i> sem _____ días
PLACENTA: <u>anterior cuña externa</u>	<u>IZQUIERDA</u> _____	PF <i>1321</i> grs. Percentil _____
<i>Alta a 2 cm de OCT</i>		Hallazgos _____
GRADO: _____	<u>II</u> _____	PERFIL BIOFÍSICO
ILA: <i>12</i> _____	POZO MÁXIMO: _____	Reactividad _____
CERVICOMETRÍA: _____		Movimientos fetales <u>pls</u>
		Movimientos respiratorios _____
		Tono fetal <u>convulso</u>
		Líquido amniótico _____
CONCLUSIONES:		
1. <i>Gestación de 29 semanas</i>		4. _____
2. <i>Placenta previa</i>		5. _____
3. _____		6. _____
RESPONSABLE	<i>[Signature]</i> <i>[Stamp: M.P. 19238]</i>	FECHA

ANEXO N° 4
EXAMEN HEMATOLÓGICO

Medic.

EsSalud
HOSPITAL BASE
"CARLOS ALBERTO SEGUN ESCOBEDO"

PAT-CL: HEMATOLOGIA

PACIENTE Blancoz Clemencia de Min.
N° SEGURO 3734329
DIAGNOSTICO _____

MEDICO _____
SERVICIO _____ CAMA 401A
FECHA 15-12-18

01	HEMOGLOBINA _____ g %	17	VELOCIDAD SEDIM. GLOB
02	HEMATOCRITO _____ %		1a h _____ mm.
03	RTO. HEMATIES _____ mm. 3		2a h _____ mm.
04	T. CUAGULAC. _____ min. seg.		18 HP LIBRE PLASMA _____
05	T. SANGRIA _____ min. seg.		19 CELULAS L.E. _____
06	T. TROMBINA _____ seg. (T)		20 FE SERICO _____ ug% (60-160)
07	T. PROTOMB. _____ seg. (T)		21 CAP. FIG. FE _____ ug % (____)
08	T. P.T. _____ seg. (25-40)		22 CONSTANTES CORPUSCULARES
09	Fibrinogeno _____ %		-C.M. _____ (80-94) u3
10	L. ISIS EUGLOB _____ (90 min)		-HB.C.M. _____ (27-31) ug
11	RETRAC. COAGULO _____ % (40-85)		-C.Hb.C.M. _____ (32-36) %
12	crioaglutininas _____		23 RESISTENCIA GLOBULAR _____
13	<u>GNR</u>		24 INV. PLASMODIUM _____
14	HEMOGRAMA		
	Leucocitos _____ mm. 3		
	Neutrof _____ %		
	Mielec _____ % Eusinóf _____ %		
	Juvenis _____ % Basofil _____ %		
	Abaston _____ % Monocit _____ %		
	Segment _____ % Linfocit _____ %		
	Alt. <u>Srta. y Ref</u> = _____		
14	RTO. PLAQUETAS _____ x mm.3		
15	RTO. RETICULOCITOS _____ %		
16	RTO. EOSINOFILOS _____		

COD.050020034 Fecha _____ Firma ME

ANEXO N° 5
EXAMEN HEMATOLÓGICO

Fecha: 15/12/18 14:30 Mues: R_1 tgp Io :
N°Proc001DIF01 N°ID:1
Fnac : Eoad Sexo: Org: Fech: Serv:
Com : h lám : C: F :Std Fet :
lipo:estándar

ALARMAS LEU: Lmne+ Ln

ERI: PLT:

LEU 6.37 ! $10^3/mm^3$

ERI 3.87 $10^6/mm^3$

HB 12.1 g/dl

HTC 37.4 %

VCM 97 μm^3

HCM 31.3 pg

CCMH 32.4 g/dl

IDE 13.8 %

PLT 262 $10^3/mm^3$ ✓

VPM 8.6 μm^3

PTC 0.225 %

IDP 13.3 %

LIN% 30.1! 1.92!

MON% 4.7! 0.30!

NEU% 64.0! 4.00!

EOS% 1.0! 0.06!

BAS% 0.2! 0.01!

ALY% 1.1! 0.07!

LIC% 0.6! 0.04!

IML% 0.1! 0.01!

IMM% 0.2! 0.01!

IMG% 0.3! 0.02!

HEMOGRAMA

LEUCOCITOS:.....

Ab:..... 01

Seg:..... 77

Neu:..... 78

Eo:..... 01

Ba:..... 00

Mo:..... 02

Linf:..... 19

P'aquetas:.....

TP 115

TPT 34.9

INR 1.06

FIBRINOGENO 363

ANEXO N° 6
EXÁMENES DE BIOQUÍMICA

ESSALUD
HOSPITAL BASE
"CARLOS ALBERTO SEGURA ESCOBEDO"

MEDICO: *319335*
SERVICIO: *401A*
FECHA: *15-12-13*

PACIENTE: *B. Alvarez Democh & Wino*
N° SEGURO: *9734320*
DIAGNOSTICO: *3*

SUERO	VR	mg.%		VR	Mg.%		VR	meq/L		VR		63 GASES ART
31 UREA	15-40		39 B.T.	2.2-1.2		47 CLORO	95-105		47 AMILASA	60-160		pH
32 AC. ÚRICO	2-7	<i>4.0</i>	40 B.D.	0.0-0.4		48 SODIO	135-145		48 C.K.			pO ₂
33 CREATININA	0.6-1.8	<i>0.5</i>	41 B.I.	0.2-0.8		49 POTASIO	35-10.5		<input checked="" type="checkbox"/> D.L.H.	<i>173</i>		pCO ₂
34 GLUCOSA	60-110	<i>97</i>	42 P.T.		9%	50 CALCIO	81-4.5	mg%	50 FOSF.ALC.			HCO ₃
35 COLESTEROL	140-250		43 ALB.	3.5-5.2		51 FOSFORO	2.4-		51 FOSF.AC.			CO ₂ TOT
36 HLD. COLEST.	(40)		44 GLOB.	1.8-3.0		52 LIPIDOS TOTALES	4-8	g/L	52 FR. POST.			BE
37 LDL COLEST.	(150)		45			53 TRIGLICERIDOS			<input checked="" type="checkbox"/> T.G.O.	<i>13</i>		
38			46			54			<input checked="" type="checkbox"/> T.G.P.	<i>15</i>		

COD. 050020585 Fecha _____ www.essalud.sld.pe. Firma _____

ANEXO N° 7
EXAMEN DE ORINA

EsSalud HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO
MÁS SALUD PARA MÁS PERUANOS

PAT - CL.: BIOQUIMICA (Orina, Liq. Orgánicos)

PACIENTE: Alvarez Ceroche de Nino
N° SEGURO: 9734373
DIAGNÓSTICO: _____

MÉDICO _____
SERVICIO _____ CAMA 401A
FECHA 15-12-13

Cod. 05002003

154	ELEM. ANORMALES:	154 SEDIMENTO	155	Amilasuria	171	L.C.R.
	Densidad	Leucocit <u>0-2x</u>	156	Ac. Úrico		Volumen
	Color	Piocitos	157	Creatina		Glucosa
	Aspecto	Hemates	158	Creatinina		Color
	Reacción	Cél- Epit. <u>Abundante</u>	159	Dep. Creat:		Aspecto
	Proteína	Bacteria	160			R. Pandy
	Glucosa	Cristales	161	Fósforo		Proteína
	C. Cetónico	Cilindros	162	Glucosuria	172	LIQ. PLERUAL
	Bilirrubina	Otros <u>Mucosa +</u>	163	Proteinuria		Volumen
	Urobiling		164	P. Bence - Jons		Sedimiento
	Sangre		165	17- Cetoster		Color
				Otros		Aspecto
152	PRUEBA DE EMBARAZO					Rivalta
153	GONADOTROF CORIONICA					Proteína

173 ASCITICO

Fecha _____

www.essalud.sld.pe

Firma _____