



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POST GRADO.

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PLACENTA PREVIA EN UN

HOSPITAL DE NIVEL III-1 EN IQUITOS

PRESENTADO POR:

CHUMBE CULQUI, ROSANA

ASESORA:

MGR. JUANA ROSA VERA JUÁREZ

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO

RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA-PERÚ

2020

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO.....	<i>i</i>
DEDICATORIA	<i>ii</i>
AGRADECIMIENTO.....	<i>iii</i>
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	<i>iv</i>
RESUMEN.....	<i>v</i>
SUMMARY	<i>vi</i>
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Descripción del Problema.....	1
1.2. Justificación	3
1.3. Marco Teórico.....	4
CAPÍTULO II	13
CASO CLÍNICO	13
2.1. Objetivos	13
2.2. Sucesos relevantes del caso clínico.....	13
2.3. Discusión.....	24
2.4. Conclusiones	28
2.5. Recomendaciones	29
BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXOS.....	35

RESUMEN

La hemorragia que se presenta pasado las 22 semanas de gestación y durante el puerperio inmediato son las principales patologías que originan la mortalidad materna y generalmente son atribuidas a la presencia del desprendimiento prematuro de placenta y la placenta previa, la cual es definida como la condición en la cual la placenta, se implanta sobre o muy cerca del orificio cervical interno, pudiendo en muchos casos cubrir en su totalidad o parte el orificio. El objetivo principal fue analizar el manejo y los factores de riesgo maternos asociados a placenta previa en un Hospital Nivel III. Loreto-Iquitos. El presente trabajo académico trata sobre una gran multigesta que ingresa por emergencia referida de un establecimiento de salud del I Nivel de atención, presentando dolor pélvico tipo contracción uterina y sangrado vaginal de color rojo oscuro en regular cantidad sin coágulos, diagnóstico principal Placenta previa por ultrasonido, y que termina su gestación en parto vaginal, asociándose a complicación materna y perinatal. **Conclusiones:** Los factores de riesgo que se asocian a la placenta previa en el presente caso fueron la multiparidad y la edad avanzada, se identificó como complicación materna la hemorragia post parto, asociada a retención de restos placentarias y desgarró cervical y la complicación perinatal fue recién nacido pretérmino.

Palabras Claves: Placenta previa, multiparidad, orificio cervical interno

SUMMARY

Hemorrhage that occurs after 22 weeks of gestation and during the immediate puerperium are the main pathologies that cause maternal mortality and are generally attributed to the presence of premature detachment of the placenta and the placenta previa, which is defined as the condition in which the placenta is implanted on or very close to the internal cervical os, being able in many cases to cover all or part of the orifice. The main objective was to analyze the management and maternal risk factors associated with placenta previa in a Level III Hospital. Loreto-Iquitos. The present academic work deals with a large multigesta that is admitted due to a referred emergency from a health facility of Level I of care, presenting pelvic pain type uterine contraction and dark red vaginal bleeding in regular quantity without clots, main diagnosis Placenta previa by ultrasound, and that her pregnancy ends in vaginal delivery, associated with maternal and perinatal complications. Conclusions: The risk factors associated with placenta previa in the present case were multiparity and advanced age, postpartum hemorrhage was identified as a maternal complication, associated with retention of placental remains and cervical tear, and the perinatal complication was recently born preterm.

Key Words: Placenta previa, multiparity, internal cervical os

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del Problema

Los compromisos de Desarrollo Sostenible 2015- 2030, nos muestran que existe una preocupación creciente sobre la salud materna a nivel internacional y los compromisos asumidos por los países firmantes conlleva a que los cuidados durante la etapa gestacional, el parto y puerperio sean brindados con la mejor atención y calidad posible por todos los que formamos el equipo de salud, anticipándonos a las complicaciones o manejándolas adecuadamente ante su presentación.

Una de las patologías que causa la Hemorragia en la II mitad de la gestación es la placenta previa, produciendo alta morbimortalidad materna y perinatal ¹.

La incidencia mundial es de 5.2 por cada 1000 embarazos únicos ²

Según Pacheco, la incidencia en el Perú es de 1 en cada 200 embarazos”³

La muerte materna refleja las condiciones del acceso a los servicios de salud de las mujeres en edad reproductiva y la calidad de atención recibida. El embarazo tardío y la multiparidad, se presentan como factores de riesgo asociadas a hemorragia durante la gestación.⁴

Pacientes con placenta previa se encuentran con riesgo elevado de presentar sangrado, llegando a requerir en ciertos casos estadías hospitalarias prolongadas con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materna y perinatal asociada.

La literatura reporta que éste es un cuadro clínico con amplia repercusión materna fetal y entre las complicaciones más frecuentes asociadas se mencionan al parto antes del término, la ruptura prematura de membranas ovulares, presentación fetal anómala, hemorragia intensa pudiendo en muchos casos llegar al shock hipovolémico.⁵

1.2. Justificación

La hemorragia que se produce pasado la primera mitad del embarazo, representa un grave problema de salud pública a nivel internacional, por las implicancias maternas perinatales, dentro de éstas, la placenta previa representa la emergencia obstétrica causante de mayores muertes maternas por hemorragia en ámbito internacional, en el Perú y en la Región Loreto.⁶

La placenta previa tiene una amplia repercusión en la morbilidad materna y perinatal pudiendo tener desenlaces fatales, por lo tanto, identificar las gestaciones con riesgo asociado a placenta previa debería ser una de las principales actividades dentro de la Atención Pre Natal, unido a esto la necesidad de difundir la importancia que reviste el iniciar tempranamente una Atención Pre Natal, lo que nos permitirá reducir la morbilidad y/o mortalidad por esta patología, lo expuesto es motivo de preocupación y que justifican analizar este evento clínico.

Revisar el presente caso, nos permitirá analizar su manejo, las medidas adoptadas, identificar los factores de riesgo y las complicaciones materna y perinatal presentadas, las conclusiones generadas de este análisis nos permitirán brindar recomendaciones que mejorarán el manejo que se adoptaron en los establecimientos de salud y en el cumplimiento de los protocolos de las entidades presentadas en el caso clínico.

1.3. Marco Teórico

1.3.1. ANTECEDENTES

a. Internacionales

Yépez R, P⁷ (2014) En su tesis retrospectiva, descriptiva, analítica de diseño no experimental realizado en Guayaquil, cuya muestra incluía a 128 mujeres con hemorragias patológicas placentarias y rotura uterina, encontró como complicaciones en las madres, la anemia en el 96,87%. los resultados de las complicaciones perinatales muestran lo siguiente: alteraciones de los latidos cardíacos fetales en un 91,3%, óbitos en 7.03%, 17.96% deprimidos graves, así mismo como factores de riesgo materno encuentra la edad con una frecuencia de 39.06% en mayores de 31 años y la multiparidad en el 45,31%.

Pesantes, M F⁸. (2014) En Ecuador, en la tesis de tipo explicativa y descriptiva., reporta los resultados siguientes: gestantes con edades superiores a los 30 años en 59% de casos, como factores de riesgo antecedentes de cirugía anterior en 11%, la multiparidad en el 9%, antecedentes de cesárea anterior 5% y sólo un 2% en pacientes fumadoras.

Carbajal, FA⁹, (2014) en su tesis de especialidad en medicina crítica en obstetricia, realizado en la ciudad de México. tuvo como objetivos describir los antecedentes ginecológico y obstétricos, determinar la clasificación histopatológica y describir el tratamiento

de la implantación anómala de la placenta .Para su desarrollo utilizó una metodología de estudio de serie de casos, reportando los siguientes resultados: 10 pacientes con placenta previa, la media de edad fue 33 años, los factores asociados son la multiparidad en 80%, cesárea previa y legrado uterino anterior en un 90%, recibieron control prenatal 90%, el 100 % del diagnóstico se realizó con Ultrasonido doppler. La finalización del embarazo fue 100% quirúrgico, los resultados perinatales muestran que el 50% fueron recién nacidos pre términos siendo el Apgar a los 5 minutos en el 100% de los casos mayor a 7 puntos.

Bahoz, R¹⁰ (2015) en Ecuador, realiza un trabajo de tipo retrospectivo, descriptivo y experimental, tuvo como objetivo determinar la incidencia de Placenta Previa, identificar los factores predisponentes asociados y las consecuencias materno-fetales; los resultados son: La incidencia de la Placenta Previa en las pacientes en estudio es baja, comparativamente respecto a las de 25 años, pero, se asocia a la raza mestiza, multiparidad e insuficientes atenciones prenatales, asimismo reporta que todos los casos finalizaron por cesárea.

b. Antecedentes Nacionales

Guisado CL¹ (2015) en Lima realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal para obtener el título de médico cirujano, con el objetivo fue el de identificar los factores de riesgo de las

gestantes con diagnóstico de placenta previa, encontró los siguientes resultados: Placenta previa total en 71,7%, presentación en gestantes añosas 54,3%, multíparas en 63%, con antecedente de cirugía uterina 71,7% y dentro de ellas el legrado uterino con 28,3%, la cesárea con 19,6% concluyendo la importancia en detectar oportunamente esta patología y manejarlo adecuadamente.

Dioses E⁶, (2012) en su tesis realizada en Sullana, cuyo propósito fue identificar factores y complicaciones asociadas a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo para lo cual emplea una metodología de estudio tipo caso-control con temporalidad retrospectiva, y utilizando un muestreo aleatorio simple, reporta como resultados los siguientes: Los factores de riesgo identificados fueron edad mayor de 35 años, multiparidad y cirugía uterina previa, y asociación a complicaciones materno perinatales.

Malca, R¹¹ (2014). en Trujillo, en el Hospital Regional Docente de Trujillo desarrolla una investigación observacional, analítica, de tipo casos y controles, teniendo como objetivo: evaluar la cesárea en labor de parto como factor protector de placenta previa, para lo cual emplea una muestra de 74 pacientes como casos y 148 pacientes como controles, obteniendo como resultados lo siguiente: edad promedio del grupo de caso fue 29,97 y del grupo control fue 29,11, referente a la edad gestacional tenemos 37,74 para el grupo caso y 38,14 para el grupo control. Se presentó como antecedente de

cesárea previa en 33,78% y el 65,54% de casos y controles respectivamente.

1.3.2. DEFICIONES CONCEPTUALES

A. Definición de placenta previa

Definido como inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el orificio cervical interno ^{1,}
12,13.

B. Antecedentes históricos

En la literatura existen pocos datos en la historia que citen de la Placenta previa, las primeras referencias de la placenta aparecen en Egipto, alrededor del año 3400 a. c. donde narran que la placenta del futuro faraón era conducida en una procesión hacia el altar¹⁴.

En el año 1865 Guillermeau realiza la primera descripción de la placenta previa. En 1730 Giffart describe que el origen de las hemorragias en el parto se debe a la separación de la placenta del orificio cervical. Sin embargo fueron Levret en Francia en el año 1750, y Smellie en Londres en el año 1751, quienes lo definen a la placenta previa., siendo su manejo motivo de controversias según los especialistas ¹⁵.

C. Clasificación^{16,17,18}.

Debe ser realizado mediante el diagnóstico por ultrasonografía rutinaria de la segunda mitad de la gestación y por vía transvaginal.

1. **Placenta Previa total:** La placenta cubre totalmente el orificio cervical interno.
2. **Placenta previa parcial:** la placenta cubre parcialmente el orificio cervicouterino.
3. **Placenta previa marginal:** la placenta llega al borde del orificio cervical interno
4. **Placenta de Implantación baja:** El borde de la placenta se encuentra a 2 cm del orificio interno.

D. Etiología^{2,16}

- a) **Factores de tipo ovular:** por alteraciones del blastocito.
- b) **Factores maternos: asociado a** las alteraciones endometriales
- c) **Edad materna:** A mayor edad, mayor riesgo
- d) **Multiparidad:** la probabilidad se incrementa significativamente en mujeres multíparas.
- e) **Cesárea previa:** por presencia del tejido cicatrizal
- f) **Tabaquismo:** La hipoxemia produce una vascularización decidual defectuosa

g) Raza: En raza negra y asiática

E. Fisiopatología de la hemorragia

Cerca al final del embarazo, los cambios del cérvix, son los responsables de la hemorragia clásica

Si la implantación placentaria se produce en el segmento inferior del útero, ésta se ve interrumpida produciendo hemorragia a medida que el cérvix se adelgaza para el inicio del trabajo de parto, siendo las contracciones uterinas insuficientes para detener el sangrado.¹⁹

F. Diagnóstico

1) Diagnóstico Clínico

El síntoma clásico es el sangrado rojo rutilante e indoloro,^{2,11} sin embargo, algunas mujeres con esta patología placentaria presentan contracciones uterinas además de la presencia de sangrado, por lo que el diagnóstico se confirma con ecografía.¹²

2) Diagnóstico Ecográfico

La ecografía actualmente es el mejor instrumento en el estudio y diagnóstico, permitiendo a la vez la clasificación ultrasonográfica y descartar el acretismo placentario²⁰. La ultrasonografía transvaginal es considerada el estudio más fidedigno para el estudio de dicho hallazgo.^{12,21,22}

G. Manejo Clínico según nivel de Atención²³

Medidas generales y terapéuticas (I Nivel de Atención)

- Identificar los signos de alarma
- Estabilizar a la paciente.
- Restringir el tacto vaginal,
- Referencia a un FONE previa:
 - Canalización Endovenosa de 2 vías con de Cloruro de Sodio al 9%
 - Oxígeno,
 - De cúbito lateral izquierdo.
 - Control estricto de Funciones vitales.
 - Contar con posible donante de sangre.
 - Medir diuresis
- Sonda Foley permanente.

Manejo en el Hospital III-1²⁴

- **Medidas generales**
 - Básicamente es reducir el riesgo de complicaciones maternas y neonatales.
 - Evitar el estreñimiento usando laxantes suaves y dietas con residuo.
 - Hospitalización siempre, si es sintomática, y, si no lo es a partir de las 37 semanas las parciales y totales para cesárea electiva.

- Abrir vías y compensación hemodinámica, si el paciente está sangrando.
- Paquete Globular o sangre fresca total si hemoglobina baja por debajo de 7 gr/cc. Transfundir 1 a 2 unidades.
- Maduración Pulmonar, de acuerdo a protocolo si feto es prematuro
- Reposo absoluto.
- Tacto vaginal restringido en todos los casos, salvo que llegue en trabajo de parto.
- Evaluar la edad gestacional.
- Monitoreo fetal estricto.
- Terminar gestación por cesárea si el embarazo es a término o si el estado materno y/o fetal están comprometidos independientemente de la edad gestacional
- Inducción se puede considerar en placenta previa marginal y de inserción baja.
- Alta a las 24 horas post parto vaginal o 72 horas post cesárea sino hubiera complicaciones.

Complicaciones Maternas Perinatales^{8, 14}

A. Maternas

- Hemorragia ante parto, durante el parto y posparto,
- acretismo placentario
- Shock hipovolémico

- Síndrome de Sheehan,
- necrosis tubular aguda (NTA) que termina en daño renal
- septicemia y tromboflebitis.
- Muerte materna.

B. Perinatales

- Parto Pre término
- Distocia de presentación fetal,
- sufrimiento fetal
- bajo peso al nacer
- Muerte fetal .

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. Objetivos

General

- Analizar el manejo y los factores de riesgo maternos asociados a placenta previa en un Hospital Nivel III. Loreto.

Específicos

- Identificar los factores de riesgos maternos asociadas a Placenta previa.
- Identificar las complicaciones maternas y perinatales asociados a la presentación de placenta previa.
- Analizar el manejo instaurado según nivel de complejidad

2.2. Sucesos relevantes del caso clínico

SERVICIO DE EMERGENCIA

Fecha: 15/09/17

Hora: 21.50 hr

a. Anamnesis

Gestante referida del CS Requena hace su ingreso a emergencia con el diagnóstico de Placenta previa

I. Datos Filiación:

Edad: 33 años
Ocupación: Ama de casa
Nivel de instrucción: Primaria Incompleta
Estado Civil: Conviviente
Religión: Evangélica
Procedencia: Distrito de Requena

II. Antecedentes Personales:

a) Patológicos: Hepatitis 2003

b) Antecedentes Ginecológico y obstétricos:

Menarquía: 14 años de edad

Régimen Catamenial: 3/30 días

Inicio Relaciones Sexuales: 15 años

Andría: 3

Método Anticonceptivo: Oral

Papanicolaou: Nunca

Hijos vivos 5, Abortos 0.

Fecha Última Menstruación: 02/01/17

Fecha Probable de Parto: 09/10/17

Edad Gestacional: 36 semanas x FUR.

Atención Prenatal: 02

III. Antecedentes Familiares: Negativo

IV. a) Enfermedad Actual:

Signos y síntomas: Sangrado Vaginal

Tiempo de inicio de enfermedad: 18 horas.

Relato: Gestante refiere que cuadro clínico comienza con dolor pélvico, contracción uterina y sangrado vaginal de color oscuro en regular cantidad sin coágulos, por lo cual acude al establecimiento de salud de donde es referida al Hospital Nivel III.

b) Exploración física:

P/A: 120/70 mmHg Pulso: 79 x' T°: 36.3 FR:20x'

Piel: ligera palidez

Cabeza: Normo cráneo

Corazón y pulmones: Normal

Abdomen: AU: 29 cm FCF: 142 latidos por minuto

Dinámica Uterina: No se evidencia

Feto: en Situación Longitudinal. Presentación Cefálico y

Posición Derecha

Genito Urinario: Tacto Vaginal, se evidencia sangrado en poca cantidad cérvix sin modificaciones.

Especuloscopía: Escaso sangrado por Orificio Cervical Externo

Extremidades y articulaciones: Edema (-) Várices (-)

Neurológico: Lúcido orientado en tiempo espacio y persona

a) Pruebas complementarias

Hemograma, hematocrito, plaquetas, Tiempo de Coagulación, Tiempo de Sangría, examen completo de orina, ultrasonografía obstétrica.

b) Diagnóstico Clínico del ingreso:

1. Gran multigesta de 36.5 por Fecha de Última menstruación
2. Placenta Previa Parcial x Ultra Sonido
3. Paridad satisfecha
4. No trabajo de parto

c) Tratamiento y/o plan de actividades

Fecha: 15/09/17

Hora: 22 horas

1. Dieta blanda
2. Cloruro de Sodio 9 ‰ x 1000 cc
3. Monitoreo materno fetal cada 2 horas
4. Reposo Absoluto
5. No Tacto Vaginal
6. Hemograma, Examen de orina, Glucosa, urea y creatinina
7. De presentar sangrado mayor de 300 cc, terminar gestación por vía alta.
8. Ecografía + Perfil biofísico fetal
9. Control de sangrado vaginal
10. Hospitalización en maternidad

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN: UCEO

- **Fecha:** 15/09/17 **Hora:** 23.20 hrs.

Es evaluada por Médico asistente:

Afebril, estable, AREG, piel pálida, elástica, tibia

Mamas, no dolorosas, blandas

Abdomen: Altura Uterina 30cm Movimiento fetal ++, Latidos

Cardiacos fetales:140 x minuto, LCD. Dinámica Uterina:
ausente.

Genitales externos: No se evidencia perdida de fluidos
vaginales

Tacto Vaginal: Diferido

Diagnóstico: 1) Multigesta de 41.2ss por FUM
2) Placenta previa oclusiva parcial x US.
3) Paridad satisfecha

Plan: Ecografía obstétrica

23.15 Obstetra de turno realiza NST: puntaje 8/10, Reactivo

- **Fecha:** 16/09/17 **Hora:** 7.15 am

Evaluación de Obstetra

Presión Arterial: 100/70 mmHg Pulso: 68 x minuto

Frecuencia Cardiaca Fetal: 147 latidos x minuto No se
evidencia Dinámica uterina.

Genitales Externos: No sangrado

Evaluación de Residente: 8.00am

Presión Arterial: 100/60 mmHg Pulso: 80 x minuto

LCF: 140 x minuto Dinámica uterina: O

Tacto Vaginal: diferido. No sangrado

Indicaciones:

- 1) Dieta blanda
- 2) Control de funciones vitales en hoja aparte
- 3) Test de movimientos fetales
- 4) Tiempo de Coagulación, Tiempo de sangría Grupo sanguíneo y Factor RH.
- 5) Ultrasonografía obstétrica
- 6) Reposo absoluto
- 7) Depósito de una unidad de sangre o paquete globular
- 8) Paño perineal permanente.

Solicita Ecografía Obstétrica

- **Fecha 16/07/17 Hora: 08.20 am**

Informe ecográfico: Gestación única de 34.2 semanas x

Ultra Sonido

Doble circular de cordón

Oligoamnios

Placenta previa parcial

- **Fecha: 17/09/17 Hora: 09:15 am**

Evaluación Obstetra y médico Residente

Presión Arterial: 110/60 mm Hg P: 65 x minuto

Dinámica uterina: 1/10 + 20”

Latidos Cardíacos Fetales: 148 x minuto

Tacto Vaginal: diferido

Tratamiento:

- 1) Dieta completa
- 2) Cloruro de Na 9‰ x 1000 cc pasar a 30 gotas por minuto
- 3) Test de movimientos fetales
- 4) Reposo absoluto

• **Fecha 17/09/17**

18.10 pm : Dinámica uterina: **1/10 15 seg.** +

LCF: 134 por minuto

TV: Diferido

18.30 pm. Evaluación Obstetra

Paciente con dinámica uterina frecuente, refiere “sensación de pujo “

Examen: Dinámica uterina 2 a 3/10, ++. 25” de duración

Tacto Vaginal: Cérvix dehiscente a 2 dedos, sangrado escaso.

18.35 hrs Médico asistente indica:

- 1) **CINa 9‰** pasar 500 a chorro
- 2) **CINa 9‰** + 5 Ampollas de Sulfato de Magnesio, pasar 400 cc a chorro y luego a 30 gotas por minuto
- 3) Nifedipino 10 mg VO cada 8 horas
- 4) Colocar **Sonda** Foley

Hora: 19.19 pm Evaluación por Residente

Dinámica Uterina: 3/10 ++ 30” Frecuencia Cardíaca Fetal
138 x minuto

Tacto Vaginal: Borramiento: 100% Dilatación. 6 cm Altura de
Presentación: -1 Membranas ovulares: Integras

Paciente pasa a Centro obstétrico.

REPORTE DEL PARTO.

Expulsivo: Duración: 10 minutos HORA: 19.40 Horas.

Recién Nacido: Masculino, Peso 2360 gr, Apgar 8 al minuto 9
a los 5 minutos, doble circular, Líquido amniótico verde
meconial espeso. Edad gestacional: 34 Semanas por Capurro

Alumbramiento: Duración: 10 minutos Hora: 19.45

Placenta desprendimiento en modalidad Schultze, membranas
y cotiledones incompletos, se produce sangrado profuso, se
revisa canal vaginal con mucha dificultad ya que paciente no
colabora.

- Se administra Poligelina a Chorro.

Puerperio: Paciente continúa con sangrado vaginal profuso
rojo rutilante, por lo que se programa para revisión bajo
anestesia y se comunica médico asistente de turno

Hora: 20. 00 hrs. EVALUACIÓN DE MÉDICO

ASISTENTE

Paciente no colabora al examen por lo que se programa para sala de operaciones, e indica administrar Misoprostol 200 mcg (4 tabletas) Sub Lingual.

HORA: 21:00 Horas. MÉDICO ASISTENTE DE GUARDIA

NOTA PRE QUIRÚRGICA

Paciente mujer. 33 años, puérpera inmediata con antecedente gestacional de placenta previa, gestación de 34 semanas, actualmente con diagnóstico de hemorragia post parto D/C desgarro cervical. Se decide programar para Sala de operaciones para revisión bajo anestesia.

Examen

Presión Arterial: 130/80 mmHg Pulso: 86 por minuto

Respiración: 20 por minuto

Paciente en Mal Estado General, piel tibia, algo pálida, conjuntivas rosadas, Murmullo vesicular presente, Latidos Cardíacos rítmicos y regulares

Abdomen: útero contraído, Involución Uterina 22 cm.

Genitales externos: sangrado vaginal activo.

Especuloscopia: Desgarro cervical en hora 7

Diagnóstico

1: Hemorragia Post parto

2: Desgarro cervical

3: Puérpera inmediata

Plan: Se programa para sala de operaciones.

Hora: 21:20 00 horas Reporte operatorio

- Asepsia y antisepsia
- Legrado puerperal según técnica: se extrae restos de cotiledones y membranas ovulares
- Limpieza de cavidad uterina según técnica
- Traquelorrafia a horas 7
- Se deja tapón vaginal.

• **FECHA: 17/09/2018: Hora: 22.30 pm**

Se indica Ceftriaxona 2 gr cada 24 horas

Ss: Hematocrito de control

• **FECHA: 18/09/2018: Hora: 7.20 am**

EVOLUCIÓN por OBSTETRA

Paciente en su unidad en decúbito dorsal, niega molestias

Examen: Presión Arterial: 100/80 mmHg, SpO₂: 98 %

Abdomen: útero contraído, Involución Uterina 19 cm

Genitales Externos: sangrado en poca cantidad

Se evidencia guía de tapón vaginal

Diagnóstico

Puérpera inmediata 12 horas

Post Legrado Uterino x retención restos placentarios

Plan: Seguir órdenes médicas.

• **FECHA: 18/09/17 hora: 08.00**

- Dieta blanda hiperproteica
- Cloruro de Sodio 9‰ x 1000 + 30 UI de oxitocina
- Ceftriaxona 2 gr cada 24 horas Vía endovenosa
- Metildopa 500 mg c/12 horas Vía oral
- Nifedipino 10 mg, condicional a Presión Arterial \geq 160/110 mmHg vía oral
- Paracetamol 500 c/ 8 horas Vía oral
- Metamizol 1gr Endovenosa
- Retirar tapón vaginal
- Ss : Hemograma, Hematocrito Plaquetas, TGO TGP

8.30 am: Residente 2, retira tapón vaginal

11.20 am: Residente 3, Alta de UCEO a sala de puerperio

• **FECHA: 19/09/17 Hora 08.00 am**

- Presión arterial 100/60 mm Hg. Pulso : 69 por minuto
- Alta médica con indicaciones.

REPORTE ECOGRÁFICO:

HALLAZGOS	13/09/17 (Obstetra) CS REQUENA.	16/09/17 (Ginecólogo) Hospital III-1
Situación	Longitudinal	Longitudinal
Movimientos fetales	Activos	Activos
Latidos cardíacos fetales	150 por minuto	154 por minuto
Diámetro biparietal	78 mm	79 mm
Longitud del fémur		70 mm
Circunferencia abdominal		333 mm
Circunferencia cefálica		295 mm
Presentación	Cefálica	Cefálica
Ponderado fetal		2838
Ubicación placentaria	Placenta posterior, Cubre orificio cervical	Lateral y cuerpo con que llega hasta OCI.
Grado placentario	II/III	II/III
Líquido amniótico	11.3 mm	Pozo: 17 mm
Edad gestacional	34 sem	34.2
DIAGNÓSTICO.	1) Placenta Previa oclusiva parcial 2) Multigesta de 34 sem 3) Doble circular de cordón	1) Gestación única de 34.2 2) Doble circular de cordón 3) Oligoamnios 4) Placenta previa parcial

2.3. Discusión

Las alteraciones de la implantación placentaria están asociadas con sangrado vaginal en el último trimestre del embarazo, tal como lo menciona el Royal College of Obstetricians and

Gynaecologists¹² y Cunningham¹⁶, situación que se puede constatar en nuestro caso clínico cuya edad gestacional calculada a partir de la fecha de última regla es de 36.5 semanas y su inicio es con sangrado vaginal.

Diversos autores mencionan que la sintomatología clásica en la placenta previa es el sangrado vaginal activo e indoloro^{2,11}, no obstante, algunas gestantes con esta patología presentan contracciones uterinas acompañada del sangrado, tal como lo menciona la gestante en el presente caso, quien refiere que acude al Establecimiento de Salud al sentir dolor tipo contracción acompañado de sangrado vaginal, sin embargo, el examen obstétrico en emergencia no se percibe dinámica uterina, pero si la presencia de sangrado procedente del orificio cervical interno.

Lehnert menciona que “la ecografía es el mejor instrumento en el diagnóstico, ya que permite describir la localización placentaria, y medir con precisión la distancia de la placenta (borde) y el Orificio Interno cervical”²², tal como sucedió en el presente caso, ya que la gestante llega a la emergencia desde su Establecimiento de salud con una ecografía abdominal, cuyo diagnóstico refería placenta previa parcial, y al repetir el examen ecográfico en el Hospital se confirma el diagnóstico de la ubicación placentaria con exactitud ya que es realizada vía transvaginal, lo que confirma la gran utilidad de la ecografía transvaginal para poder

decidir el manejo según recomendaciones de protocolos hospitalarios.

Los factores de riesgo identificados multiparidad y edad materna avanzada, coincidiendo con lo encontrado por **Guisado**¹, **Dioses**⁶ **Yepez**⁷ **Carbajal**⁹ y **Bahoz**¹⁰ quienes refieren considerar a la multiparidad como un factor de mucha importancia ya que reduce el área adecuada para la implantación. Referente al factor de riesgo edad materna, en el presente caso es similar a lo encontrado por **Pesantes**⁸ quien refiere edades superiores a los 30 años en un 59%, mientras que **Carbajal**⁹ también encuentra edad promedio de 33 años; sin embargo difiere con lo reportado por **Malca**¹¹ en Trujillo quien reporta edades de presentación por debajo de los 30 años. (29,97 años).

Es importante mencionar que al evaluar el manejo y tratamiento del caso clínico éste debe realizarse en forma integral y con un equipo de profesionales multidisciplinarios, por eso resaltamos el actuar del equipo de profesionales del Establecimiento de salud de procedencia, al realizar referencia oportuna al III Nivel de atención.

Al analizar el manejo hospitalario vemos el cumplimiento parcial del del protocolo del departamento de ginecoobstetricia, ya que ésta solo se cumplió en la etapa inicial de ingreso de la gestante, mediante el manejo conservador instaurado , la gestante es evaluada

a su ingreso y al no existir sangrado profuso no ameritaba terminar la gestación inmediatamente, sino completar todos los análisis prequirúrgicos, realizar los estudios complementarios, determinar la edad gestacional por ultrasonido para proceder a la maduración pulmonar respectiva y asegurar la disponibilidad de sangre en caso se presentara una complicación y necesite la administración de sangre, coincidiendo con la literatura que menciona que la culminación del embarazo debe estar basado por lo severo del sangrado, edad gestacional y la presencia de dinámica uterina ^{16,20,21}. Al día siguiente posterior al ingreso se obtiene como resultado ecográfico **Placenta previa parcial, oligoamnios y doble circular de cordón**, factores de riesgo que complicaban el cuadro clínico y que ameritaba una decisión de culminar el parto por vía alta de acuerdo al protocolo hospitalario, sin embargo en este punto comienza el incumplimiento del protocolo del departamento de Ginecoobstetricia considerando además que ya se había realizado la maduración pulmonar respectiva y que desde las primeras horas de la mañana del segundo día de hospitalización la gestante presenta dinámica uterina, e iniciando tocólisis con Sulfato de magnesio terapia no normada en el protocolo del Hospital teniendo como desenlace final un trabajo de parto y parto vaginal precipitado , incrementando el riesgo de hemorragia considerando que había un diagnóstico ecográfico previo que indicaba placenta previa parcial y que la complicación que acompaña a la placenta previa incluye:

sangrado antes del parto, durante y post parto, que podría llevar a un shock hipovolémico y en muchos casos a muerte materna.

Cunningham¹⁶, menciona que en el puerperio, hay posibilidad de una hemorragia, debido a que la implantación de la placenta, ocurrió en la zona con menos capacidad contráctil del útero, igualmente existe riesgo de presentarse el acretismo placentario; complicaciones evidenciadas en el presente caso clínico como la presencia de hemorragia, retención de restos placentarios relacionados con el acretismo que se menciona en la literatura, unido al desgarro cervical asociado al parto precipitado reportado en la historia clínica, situación que desencadenó la hemorragia post parto, y que ameritó instaurar el uso de la clave roja y una intervención en sala de operaciones; mencionar que entre el manejo de la hemorragia, y la decisión de la intervención hubo un tiempo aproximado de más de una hora, lo que pudo complicar aún más la emergencia y pudiendo terminar en una muerte materna.

Silver²¹ menciona que la prematuridad es una de las principales complicaciones fetales, tal como ocurrió en el caso en evaluación, coincidiendo con los resultados de **Carbajal**⁹.

2.4. Conclusiones

1) Los factores de riesgo asociados a la placenta previa en el presente caso fueron la multiparidad y la edad avanzada de la gestante.

2) Como complicaciones maternas asociadas a placenta previa identificadas tenemos la hemorragia puerperal y retención de restos placentarios y desgarro cervical asociada al parto precipitado.

3) La complicación perinatal asociada fue el parto pre término.

4) El manejo de la gestante diagnosticada con placenta previa total por ultrasonografía **no** se ciñó a lo estipulado en el protocolo del tratamiento de la Placenta Previa del Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nivel III de Iquitos.

2.5. Recomendaciones

A LAS UNIVERSIDADES:

- Unir esfuerzos con la Dirección Regional de Salud para que a través de las Escuelas Profesionales de Ciencias de la comunicación se promueva programas de promoción del cuidado de la salud materna, de tal manera que se llegue a la población e identifiquen los signos de alarma para evitar complicaciones y muerte materna perinatal.

A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD:

- Continuar fortaleciendo las actividades preventivas promocionales especialmente la estrategia de planificación familiar a fin de evitar el embarazo en gestantes de riesgo incrementado, igualmente realizar captaciones precoces y

oportunas de las gestantes para iniciar la atención prenatal, de tal forma que se pueda realizar la detección de los factores de riesgo oportunamente.

- Garantizar que se cumpla en realizar la atención integral a las familias, de tal manera que se pueda mejorar el acceso de la población a los consultorios de salud sexual y reproductiva.

AL HOSPITAL NIVEL III-1

- La unidad de docencia e investigación del Hospital nivel III-1 de Iquitos debiera implementar un plan conjunto con los docentes tutores asignados por la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana para la continua formación de los médicos residentes.
- El Departamento de Ginecoobstetricia debe garantizar en la formación docente el análisis y discusión del manejo y tratamientos de los casos clínicos de acuerdo a los protocolos de emergencias obstétricas nacionales o aprobados por el Hospital verificando su cumplimiento.
- Capacitación continua al personal de salud no médico que labora en el servicio de Ginecoobstetricia sobre las emergencias obstétricas más frecuentes en este hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Guisado Aguayo C. L** Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo enero-setiembre 2015 en el HNERM”. [Tesis para optar el título de médico cirujano] Lima: Universidad Ricardo Palma.
2. **Ávila Darcia, S** et al Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista Clín de la Escuela de Med. UCR – HSJD Año 2016 Vol 6 No III. [Citado el 19 de diciembre 2017].
Disponibile en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>
3. **Pacheco RJ**. Manual de Obstetricia. Vol.1 6° edición. Perú Edit. R&F Publicaciones y Servicios. Año 2011.
4. **Mendoza JM**, “Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el hospital de ginecología y obstetricia, Instituto Materno Infantil del estado México, en el periodo comprendido del 01de julio 2011 al 01 de agosto 2012”. Nivel Postgrado. Universidad Autónoma del estado de México. 2017.
5. **Dioses E**, et al “Factores asociados a hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital del Norte del Perú” Rev. cuerpo méd. HNAAA 7(4) 2014. [citado el 20 de diciembre 2017]
disponible en <http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v7- n4-2014/RCM- V7-2014 pag22-26.pdf>.
6. **Del Carpio R, L.**, Situación de la mortalidad materna en el Perú 2000 – 2012 Rev. Perú. med. exp. Salud pública vol.30. N° .3 Lima jul. 2013 [citado el 22 de diciembre 2017] Disponible en

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300015&script=sciarttext&tlng=en>

7. **Yépez R P.** “Hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo de 32 a 36 semanas, Hospital Ginec Obstetricia Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero 2013” Tesis de Grado. Universidad de Guayaquil. 2014
8. **Pesantes, ME.** “Incidencia y manejo de placenta previa en pacientes mayores de 30 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo de junio 2012- Junio 2013” Tesis de grado. Universidad Católica de Cuenca. 2014
9. **Carbajal RF,** “Antecedentes Gineco-obstétricos, clasificación y tratamiento de inserción anómala de la placenta, de las pacientes ingresadas a la unidad de terapia intensiva obstétrica del hospital materno infantil ISSEMYM, en el periodo comprendido del 1 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2013” Tesis de grado .Universidad Autónoma de Mexico.2014
10. **Bahoz, CR** “factores predisponentes de placenta previa en pacientes entre 20 a 25 años de edad en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo de enero a diciembre del 2014” Tesis de Grado. Universidad de Guayaquil. 2015
11. **Malca, SR** “Cesárea en labor de parto como factor protector de placenta previa” Tesis de pregrado. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. 20015
12. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.** Placenta previa, placenta previa accreta, diagnosis and management. Green-top Guideline

No.27. [citado el 03/01/18] Disponible en <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg27a/>.

13. **Ortiz, HE** Hemorragias del tercer trimestre de la gestación Obstetricia. En Rodrigo Cifuentes B.M. D., PH .D, Editor. Obstetricia de Alto Riesgo. Vol.2 4ta Edición. 2001. Colombia. Pág.580-585
14. **Aguilar D, et al.** Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta, Hospital Escuela Bloque Materno Infantil Daniel Aguilar” Rev. Fac. Méd... [Internet] [citado: 18 Diciembre 2017] disponible en <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2010/pdf/RFCMVVol7-1-2010-4.pdf>
15. **Andia B, Fuentes C, et al** “Placenta Previa”. Univ. Cienc. Soc. [Internet]. 2013 [citado 2018 Ene 8]; Vol. (3): 42-45. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sciarttext&pid=S8888-88882020000200011&lng=es>
16. **Cunningham FG et al**, Obstetricia de Williams. Vol. I Edic..22. Edit. McGraw-Hill Interamericana. México: 2011
17. OMS [Internet]. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud. 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR15.02_spa.pdf?ua=1
18. **Gabbe GE, Niebyl RJ et al** Obstetrics: Normal and Problema Pregnancias. Vol. 1. Elsevier. Saunders. Philadelphia – USA. 7th. Edition 2016

19. **Carbajal, CJ y Ralph TC. Manual** de Obstetrica y Ginecología [Internet] 8va Edición. Pontificia Universidad Católica de Chile.2017.
20. Fitzpatrick KE Incidence and Risk Factors for Placenta Accreta/Increta/Percreta in the UK: A National Case-Control Study. Journal List v. 7(12); 2012. PMC3531337
21. Silver, RM; Implantación anormal de la placenta Previa, Vasa previa y Placenta accreta Rev, Obstet Gynecol 2015; 126:654-68
22. Lehnert B. Second and Third Trimester Bleeding. Ultrasound Quarterly. 2013; 29 (4): 303-305
23. **Ministerio de Salud:** Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Año 2007 - Pág.32. Perú
24. Protocolos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto.2015