

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA
POST PARTO. HOSPITAL ANTONIO LORENA,
CUSCO 2022**

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic.Obst. Margot Marcelina Vera Huamaní

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

TACNA - PERÚ

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA
POST PARTO. HOSPITAL ANTONIO LORENA,
CUSCO 2022

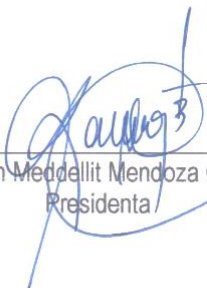
TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

Lic. Obst. Margot Marcelina Vera Huamani

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

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



Dra. Karen Meddellit Mendoza Gutierrez
Presidenta



Mtra. Guicela Maribel Palza Portugal
Secretaria



Mtra. Jackeline Rosemary Flores Flores
Vocal



Dra. Leandra Herminda Llanca Ramos de Rios
Asesora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Dra. Leandra Hermina Llanca Ramos de Ríos**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 12574-2023-FACS-UNJBG del 11 de diciembre del 2023, del Trabajo Académico titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POST PARTO. HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2022**, presentado por la Lic. Obst. Margot Marcelina Vera Huamani. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es **18 %**. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Trabajo Académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 10 de marzo del 2024.

FIRMA ASESORA

Nombres y Apellidos: Leandra Hermina Llanca Ramos de Ríos
DNI:



Huella dactilar

FIRMA AUTORA

Nombres y Apellidos: Margot Marcelina Vera Huamani



Huella dactilar

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad De Ciencias De La Salud Unidad de La Segunda Especialidad De Obstetricia por darme la oportunidad de superarme.

A mi asesora Dra. Leandra Herminia Llanca Ramos de Ríos por su apoyo y tiempo valiosos que me brindo.

DEDICATORIA

A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza y perseverancia para continuar.

A mi esposo que desde el Cielo me acompaña y me llena de mucha fuerza.

A mis hijos Frandy y Kamila que son mi razón de superación

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción del problema	3
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema Principal.....	4
1.2.2. Problemas Específicos.....	4
1.3 Justificación	4
1.4. Objetivo	6
1.4.1. Objetivo General.....	6
1.4.2. Objetivos Específicos.....	6
CAPÍTULO II	7
MARCO CONCEPTUAL	7
2.1 Hemorragia Post Parto.....	7
2.2. Definición.....	7
2.3. Clasificación	7

2.4. Incidencia	9
Clasificación	12
Manejo de Desgarros Cervicales	13
2.6.- Factores de riesgo o factores determinantes	19
2.7. Fisiopatología	21
2.8.-Formas clínicas.	22
2.9. Exámenes auxiliares.....	23
2.10. Tratamiento.....	24
2.11. Complicaciones.....	26
CAPÍTULO III	28
MARCO METODOLÓGICO	28
3.1. CASO CLÍNICO	28
3.1.1. Anamnesis	28
3.1.3. Antecedentes	28
3.1.4. Examen físico	28
3.1.5. Impresión diagnóstica.....	31
3.1.6. Evolución	31
3.1.7. Exámenes auxiliares.....	43
3.1.8. Epicrisis	45
CAPÍTULO IV	46
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Etiología – causas y factores de riesgo de hemorragia postparto (HPP).....	20
Tabla 2	Diagnóstico y Clasificación del grado de Choque Hipovolémico	26

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco en el año 2022.

MÉTODO: Se describe caso clínico de mujer de 26 años, cesareada por embarazo de 40 semanas por última menstruación y 41.4 semanas por ecografía, macrosomía fetal y trabajo de parto fase latente que cursó con hemorragia puerperal temprana en el post operatorio inmediato por hipotonía uterina y posteriormente se diagnosticó desgarro cervical.

RESULTADO: La evolución de la paciente fue tórpida, la hemorragia temprana en post operatorio inmediato fue tratada inicialmente por hipotonía uterina y tardíamente se diagnostica el desgarro cervical causante directo de la hemorragia persistente, de la alteración hemodinámica y de la politransfusión; con el deterioro significativo de la salud materna.

CONCLUSIÓN: La demora en el diagnóstico de la causa principal de la hemorragia post parto, retrasó el manejo adecuado de la complicación hemorrágica.

Palabras Clave: Factores de Riesgo, Hemorragia Postparto, Hipotonía uterina, Desgarro cervical.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the risk factors associated with postpartum hemorrhage at the Antonio Lorena Hospital in Cusco in 2022. **METHOD:** We describe the clinical case of a 26-year-old woman, cesarean section due to pregnancy of 40 weeks by last menstrual period and 41.4 weeks by ultrasound, fetal macrosomia and latent phase labor with early puerperal hemorrhage in the immediate postoperative period due to uterine hypotonia and later diagnosed cervical tear. **RESULT:** The evolution of the patient was torpid, the early bleeding in the immediate postoperative period was initially treated by uterine hypotonia and late cervical tear was diagnosed as the direct cause of persistent bleeding, hemodynamic alteration and polytransfusion; with significant deterioration of maternal health. **CONCLUSION:** The delay in the diagnosis of the main cause of postpartum hemorrhage delayed the adequate management of the hemorrhagic complication.

Keywords: Risk factors, postpartum hemorrhage, uterine hypotonia, cervical tear.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un problema crítico de salud pública que afecta todo el mundo, y representa un desafío persistente para los sistemas de salud, especialmente en regiones de ingresos bajos y medianos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 295,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con el embarazo, siendo la mayoría de estas muertes prevenibles o tratables (1).

Una de las principales causas de mortalidad materna es la hemorragia postparto (HPP), que representa más del 25% de las muertes maternas según un análisis sistemático de la OMS. En Perú, entre 2002 y 2016, se registraron 7,720 muertes maternas, con un promedio anual de 515 defunciones. En el año 2020, se reportaron 429 muertes maternas, siendo los problemas hipertensivos y las hemorragias las causas más comunes de fallecimiento. Desde 2018, la hemorragia se ha mantenido como la causa más frecuente de muerte materna extra institucional (1).

El manejo efectivo y oportuno de la HPP requiere la intervención de un equipo de salud multidisciplinario con las competencias necesarias para abordar una hemorragia grave. La evidencia sugiere que las complicaciones se reducen significativamente cuando la atención es especializada, protocolizada y oportuna (1).

En este contexto, la revisión del caso clínico permitió identificar los factores de riesgo asociados a la HPP en el Hospital Antonio Lorena de Cusco durante el año 2022 e implementar estrategias para mejorar las prácticas clínicas en la atención de los partos, considerando los factores de riesgo presentes y el manejo eficaz y oportuno de las hemorragias post parto a fin de garantizar una atención segura a la madre (1).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La mortalidad materna es un problema grave de salud global y continúa siendo un gran desafío para los sistemas de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año aproximadamente 295,000 mujeres fallecen a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, muchas de las cuales podrían prevenirse o tratarse. Además, el 94% de estas muertes ocurre en países de ingresos bajos y medianos representa el 94%.

En un análisis sistemático de la Organización Mundial de la Salud OMS sobre las causas de muerte materna destacan que más del 25% de muertes se deben a hemorragia postparto precoz (1).

En el período comprendido entre 2002 al 2016, Perú enfrentó 7720 muertes maternas, con un promedio anual de 515 muertes. En el 2020 se notificaron 429 muertes maternas, donde las complicaciones hipertensivas y las hemorragias ocuparon los primeros lugares como causa de mortalidad, posición que se mantiene desde el 2018 (1).

El manejo de la hemorragia postparto debe ser inmediato, oportuno, efectivo y por un equipo de salud multidisciplinario, con las competencias necesarias para abordar una hemorragia grave. las investigaciones han evidenciado la reducción de complicaciones cuando la atención ha sido oportuna, especializada y protocolizada (2).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema Principal

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto en el Hospital Lorena del Cusco en el año 2022?

1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la hemorragia postparto?
2. ¿Cuáles son las causas de la hemorragia postparto?
3. ¿Cuál es el manejo de la hemorragia postparto?

1.3 Justificación

El presente estudio, se justifica debido a la necesidad crítica de abordar de la hemorragia postparto como una de las principales causas de la mortalidad materna que es ampliamente prevenible. A pesar de los avances médicos, la falta de manejo efectivo y oportuno de esta condición sigue resultando tasa elevadas de mortalidad, particularmente en países en desarrollo. Al identificar los factores de riesgo y mejorar los protocolos de

intervención, este estudio busca reducir significativamente estas muertes y asegurar un entorno de parto más seguro para las mujeres.

El presente estudio tiene relevancia social porque la pérdida de la vida de la madre durante el parto tiene gran impacto en la familia y comunidad, causando el desamparado de los hijos y desorganización de la familia, que es el núcleo básico de la sociedad. Para la institución de salud, porque permitirá revisar la aplicación del enfoque de riesgo en la atención materna, de las Guías de manejo clínico de las hemorragias y verificar las competencias de los profesionales responsables de la atención materna perinatal.

Es relevante para la salud materno perinatal, dado que las muertes maternas por hemorragia suceden por causas prevenibles a través de la atención con enfoque de riesgo y estrategias de prevención con el alumbramiento dirigido, así mismo aplicando en forma inmediata las guías de manejo clínico de la causa de la hemorragia por parto, revisando cuidadosamente la etiología basada en las 4 T: tono uterino, tejido, trauma y coagulopatía. Por lo tanto, el equipo de atención materno debe de estar capacitado y tener las competencias para el manejo de las hemorragias posparto aplicando las guías de manejo clínico según nivel de atención y capacidad resolutiva.

1.4. Objetivo

1.4.1. Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco en el año 2022.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo de hemorragia postparto
- Identificar las causas de hemorragia postparto.
- Determinar el manejo de la hemorragia post parto.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Hemorragia Post Parto

2.2. Definición

La hemorragia postparto (HPP) se define como una pérdida sanguínea mayor de 500 ml después de un parto vaginal y/o la pérdida sanguínea mayor de 1000 ml después de una cesárea; provocando la disminución en un 10% de los niveles de hematocrito en relación al presentado antes del parto o la cesárea y que tiene como consecuencia alteraciones hemodinámicas que coinciden con signos y síntomas de hipovolemia (3).

La hemorragia postparto (HPP) es una emergencia obstétrica que puede llevar a consecuencias graves si no se maneja de manera adecuada y rápida. Se considera una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna a nivel global (4).

2.3. Clasificación

Se puede utilizar la siguiente clasificación:

- a) Hemorragia postparto temprana: ocurre dentro de las primeras 24 horas del parto (3).
- b) Hemorragia postparto tardía: ocurre 24 horas a 6 semanas después del parto (3).

También existe la clasificación del American College of Surgeons, quien describe cuatro clases de hemorragia según signos tempranos de shock:

- La hemorragia clase I se caracteriza por una pérdida de hasta el 15% del volumen total de sangre. En esta etapa, la frecuencia cardíaca permanece normal o solo ligeramente elevada, y no se observan cambios en la presión arterial, el pulso o la frecuencia respiratoria (4).
- La hemorragia clase II se define por una pérdida del 15 al 30% del volumen sanguíneo. Clínicamente, la paciente presenta taquicardia, taquipnea y una disminución en la presión arterial y el pulso. Además, la piel puede estar fría y húmeda, y el llenado capilar es lento (4).
- La hemorragia clase III se presenta cuando la pérdida de sangre oscila entre el 30% y el 40%. Esto provoca una disminución significativa en la presión arterial y cambios en el estado de conciencia. La frecuencia cardíaca es débil y alcanza o supera las 120 pulsaciones por minuto. La frecuencia respiratoria se incrementa y la producción de orina disminuye. Además, el llenado capilar se vuelve más lento. (4).
- La hemorragia clase IV, se caracteriza por una pérdida de más del 40% del volumen sanguíneo, lo que resulta en una marcada

disminución de la presión arterial y del estado de conciencia. La mayoría de los pacientes en esta categoría entran en shock de clase IV, presentan hipotensión con una presión arterial sistólica inferior a 90 milímetros de mercurio y taquicardia superior a 120 pulsaciones por minuto. La producción de orina es mínima o nula, la piel se vuelve fría y pálida, y el llenado capilar es lento. Estos pacientes generalmente requieren transfusiones sanguíneas(4).

2.4. Incidencia

La hemorragia obstétrica ha sido la principal causa de muerte materna en el Perú en los últimos años, con un 23.1%. Sin embargo, en 2018, pasó al segundo lugar, siendo superada por la preeclampsia. En 2019, volvió a ocupar el primer lugar, pero en 2020, durante la pandemia de COVID-19, descendió nuevamente al segundo lugar con un 18.8%. Finalmente, en 2021, ocupó el tercer lugar con el mismo porcentaje del 18.8%, siendo superada por las muertes maternas debidas a COVID-19 y preeclampsia (5).

2.5. Etiología

Las causas de la hemorragia postparto se clasifican como las “4Ts”: Tono, Tejido, Trauma y Trombina.

a.-Tono:

La atonía uterina es responsable del 70% de las hemorragias durante el período de alumbramiento y del 4% de la mortalidad materna total. Se presenta después de la expulsión de la placenta, ya que el útero no se

contrae adecuadamente, lo que provoca una pérdida continua de sangre desde el sitio de implantación de la placenta (6).

Lo mencionado va a provocar una severa hemorragia que terminará en un shock hipovolémico.

Se deben tomar en cuenta los siguientes factores predisponentes: fibra uterina sobre distendida, fatiga uterina por un mal manejo del periodo de alumbramiento y acretismo placentario (6).

b.- Tejido:

- Retención de Restos Placentarios. La retención de restos placentarios corresponde a un alumbramiento incompleto, con la retención parcial de membranas o cotiledones.

La retención de restos placentarios se refiere a un alumbramiento incompleto, en el cual se retienen parcialmente membranas o cotiledones en el útero.

La incidencia de esta condición es del 5 al 10%. Después de la expulsión completa de la placenta, se producen contracciones que permiten la oclusión de los vasos sanguíneos. Es fundamental

examinar la placenta después de su expulsión, especialmente si se observa sangrado, para asegurarse de su integridad.

Tiene una incidencia del 5 al 10%. Después de la expulsión total de la placenta, ocurren contracciones. Que ocluyen los vasos sanguíneos, es obligatorio revisar la placenta después de su

expulsión, especialmente si se observa sangrado, para verificar su integridad (7).

- Retención Placentaria. En un alumbramiento normal, se forma un plano de separación en la zona de la decidua basal ubicada debajo de la placenta. Si este mecanismo se ve alterado, pueden surgir complicaciones graves (8).

La retención total de la placenta hará necesaria la extracción manual, luego de transcurrido más de 30 minutos en el alumbramiento espontáneo o de 15 minutos en un alumbramiento dirigido.

Existen diferentes tipos de placentas con adherencia anormal: acreta, increta y percreta, las cuales pueden ser focales, parciales o totales. El tipo de manejo se escogerá de acuerdo a la capacidad resolutoria con la que se cuente (8).

c.- Trauma: Hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina.

Desgarro cervical: Es una lesión que se produce en el cuello del útero, generalmente como consecuencia de un parto vaginal traumático, intervenciones obstétricas o procedimientos quirúrgicos ginecológicos. La gravedad de estos desgarros puede variar desde pequeñas fisuras hasta desgarros profundos que afectan considerablemente la estructura cervical (9).

Es la segunda causa de hemorragia postparto. Puede ocurrir de forma espontánea o debido a maniobras realizadas durante la extracción fetal (9).

Clasificación

Los desgarros cervicales se clasifican comúnmente en función de su extensión y severidad:

a) Desgarro de Primer Grado:

Características: Pequeños desgarros que afectan solo la mucosa cervical y una pequeña parte del tejido subyacente.

Manejo: Generalmente se curan espontáneamente sin necesidad de intervención quirúrgica.

b) Desgarro de Segundo Grado:

Características: Desgarros que afectan la mucosa cervical y el tejido muscular subyacente pero no alcanzan el fondo del canal cervical.

Manejo: Pueden requerir sutura para facilitar la cicatrización y prevenir complicaciones.

c) Desgarro de Tercer Grado:

Características: Desgarros profundos que atraviesan toda la estructura cervical, alcanzando el fondo del canal cervical y posiblemente afectando los ligamentos circundantes (9).

Manejo: Requieren reparación quirúrgica inmediata para prevenir sangrado severo y otras complicaciones.

Manejo de Desgarros Cervicales

El manejo de los desgarros cervicales depende de la severidad del desgarro:

a) Primer Grado: Observación y cuidados básicos; generalmente no se requiere intervención.

b) Segundo Grado: Suturas absorbibles bajo anestesia local o regional.

c) Tercer Grado: Reparación quirúrgica en un entorno controlado, a menudo en el quirófano con anestesia regional o general. También

puede ocurrir después de un trabajo de parto prolongado asociado con desproporción feto-pélvica o en un útero sobreestimulado con oxitocina o prostaglandinas (9).

Las maniobras para la extracción manual de la placenta también pueden causar este trauma.

Incidencia: Se estima que los desgarros cervicales ocurren en aproximadamente el 0.4% al 2% de los partos vaginales. Esta variabilidad se debe a diferencias en la metodología de los estudios, las prácticas clínicas y las características demográficas de las pacientes (9).

Desgarros perineales.

Definición:

Se refiere a una ruptura en el tejido del perineo, el área entre la vagina y el ano en las mujeres. Estos desgarros pueden ocurrir durante el parto vaginal, especialmente en casos donde se realiza una episiotomía o en un parto precipitado (8).

La incidencia de desgarros perineales varía ampliamente y depende de diversos factores, incluyendo: El tamaño, la posición.

Clasificación

a) Desgarro de Primer Grado:

Descripción: Afecta únicamente la piel del perineo y la mucosa vaginal.

Manejo: Generalmente, se cura de manera espontánea, aunque en algunos casos puede requerir sutura para mayor comodidad y prevención de infecciones.

b) Desgarro de Segundo Grado:

Descripción: Afecta la piel del perineo, la mucosa vaginal y el músculo perineal.

Generalmente, se cura de manera espontánea, aunque en algunos casos puede requerir sutura para mayor comodidad y prevención de infecciones.

c) Desgarro de Tercer Grado:

Descripción: Involucra la piel del perineo, la mucosa vaginal, el músculo perineal y el esfínter anal.

Manejo: Requiere sutura especializada en capas para reparar todos los tejidos afectados, incluido el esfínter anal. La recuperación puede incluir fisioterapia para restaurar la función anal y un seguimiento cercano para prevenir complicaciones (8).

d) Desgarro de Cuarto Grado:

Descripción: Afecta la piel del perineo, la mucosa vaginal, el músculo perineal, el esfínter anal y la mucosa rectal.

Manejo: Requiere una reparación quirúrgica meticulosa que incluya la reconstrucción del esfínter anal y la mucosa rectal. La recuperación es más prolongada y puede necesitar intervenciones adicionales, como fisioterapia y manejo del dolor, además de un seguimiento cercano para prevenir complicaciones a largo plazo (8).

Inversión Uterina: Es una posible complicación del período de alumbramiento. Un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno y adecuado pueden reducir la morbimortalidad. Se presenta en 2 de cada 500 partos, aunque su frecuencia puede variar(10).

Cuando la placenta se ha desprendido y el útero se contrae, una tracción suave del cordón facilita el alumbramiento. Sin embargo, si se realiza la maniobra mientras la placenta aún está adherida al útero y este está relajado, el riesgo de inversión aumenta, especialmente si la placenta está ubicada en el fondo uterino. El riesgo también se incrementa con el acretismo placentario. La incidencia depende de la experiencia del personal que atiende el parto. Otros factores a considerar incluyen la presión en el fondo uterino, la tracción excesiva del cordón, la reducción en la longitud del cordón, el vaciamiento repentino y la extracción manual (10).

El signo principal de inversión con un 94% es la hemorragia, se estima una pérdida aproximada de 800 a 1800 ml. En 40% de los casos se presenta shock hipovolémico (10).

La respuesta inmediata es fundamental una vez que se diagnostica la inversión (10).

d.-Trombina: Coagulopatías

Definición: La trombina es una enzima esencial en la coagulación sanguínea, ya que convierte el fibrinógeno en fibrina, que constituye la base de los coágulos sanguíneos. Las coagulopatías son trastornos en el proceso de coagulación que pueden aumentar la susceptibilidad a sangrados excesivos, como ocurre en la hemorragia postparto (HPP) (11).

Principales Coagulopatías asociadas a la Hemorragia Postparto (HPP)

a.-Coagulación Intravascular Diseminada (CID):

- Descripción: Trastorno grave donde la coagulación y el sangrado ocurren simultáneamente.
- Asociación con HPP: CID puede ser una complicación de abrupcio placentae, sepsis, y preeclampsia grave.
- Manejo: Requiere tratamiento urgente con transfusiones de plasma fresco congelado, plaquetas y factores de coagulación, además de tratar la causa subyacente (10).

b.-Deficiencia de Factor de Coagulación:

- Descripción: Condiciones como la hemofilia (deficiencia de factor VIII o IX) y la enfermedad de von Willebrand (deficiencia o disfunción del factor von Willebrand) afectan la coagulación.
- Asociación con HPP: Mujeres con estas deficiencias tienen mayor riesgo de hemorragia durante y después del parto.
- Manejo: Administración de factores de coagulación específicos antes, durante y después del parto (10).

c.-Trombocitopenia:

- Descripción: Reducción en el número de plaquetas en la sangre.
- Asociación con HPP: La preeclampsia, el síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas), y otros trastornos pueden causar trombocitopenia, aumentando el riesgo de HPP.
- Manejo: Transfusiones de plaquetas y tratamiento de la causa subyacente (10).

Aunque la hemorragia postparto por sí sola no suele requerir pruebas diagnósticas para detectar trastornos de la coagulación, ya que estos son poco frecuentes, se debe considerar la posibilidad de tales trastornos si la hemorragia no responde al tratamiento de otras causas. Esto es particularmente importante si la mujer tiene antecedentes de

menorragia, sangrados excesivos o antecedentes familiares de estos trastornos (11).

2.6.- Factores de riesgo o factores determinantes

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia identificable en una persona o grupo que está relacionada con un mayor riesgo de padecer, desarrollar o estar expuesto a una condición mórbida.

Tradicionalmente, los factores de riesgo asociados con una mayor predisposición a la hemorragia postparto incluyen: la preeclampsia, un trabajo de parto prolongado, el uso de oxitocina durante el parto, antecedentes de hemorragia postparto, embarazo múltiple, macrosomía y multiparidad(2).

Sin embargo, identificar estos factores no siempre resulta útil, ya que, en dos tercios de los casos, la hemorragia postparto ocurre en pacientes sin factores de riesgo identificables. Aunque es un evento en gran medida prevenible y tratable, en los países en desarrollo suele ser fatal debido a la limitada disponibilidad de servicios de salud de calidad y recursos suficientes para manejar estas emergencias, como la posibilidad de realizar transfusiones oportunas de sangre y hemoderivados (12).

En la tabla 1 se resumen las causas y se correlacionan con los principales factores de riesgo asociados.

Tabla 1

Etiología – causas y factores de riesgo de hemorragia postparto (HPP)

Factor de riesgo	4Ts
Sospecha, abrupto de placenta	Trombina
Placenta previa conocida	Tono
Gestación múltiple	tono
Pre eclampsia	Trombina
Antecedente HPP	Tono
Obesidad (IMC >35)	Tono
Cesárea emergencia	Trauma
Cesárea colectiva	Trauma
Inducción de trabajo de parto	Tono
Placenta retenida	Tejido
Episiotomía mediolateral	Trauma
Parto instrumentado	Trauma
Trabajo de parto prolongado (>12horas)	Tono
Macrosomía	Tono / trauma
Corlamnionitis	Tono - trombina
Edad (> 40 años) – paridad (múltiparas)	Tono

Fuente. World Health Organization. *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Geneva: World Health Organization, 2019.

2.7. Fisiopatología

Durante el embarazo, ocurren cambios fisiológicos que afectan a diversos sistemas del cuerpo, incluido el sistema cardiovascular. El volumen de sangre materna aumenta aproximadamente un 50%, es decir, entre 4 y 6 litros, para satisfacer las necesidades de perfusión de la unidad uteroplacentaria recién formada y para mantener reservas sanguíneas que compensen las posibles pérdidas durante el parto (13).

En un embarazo a término, aproximadamente entre el 10% y el 15% del gasto cardíaco se dirige hacia el útero, con un flujo estimado de 500 a 800 mililitros por minuto. Este flujo se distribuye a través de la unidad placentaria, que tiene una baja resistencia vascular, mediante diversos vasos sanguíneos uterinos que atraviesan el tejido de fibras miométriales. Estas fibras miométriales se contraen durante el trabajo de parto y realizan un proceso conocido como retracción, que es una propiedad del músculo uterino que permite contracciones y conserva su longitud después de estas. Durante la retracción, las fibras miométriales comprimen los vasos sanguíneos, lo que causa una oclusión transitoria del flujo sanguíneo (14). Para que se presente una hemorragia en el postparto puede haber una falla en el proceso anteriormente descrito, este es el caso de la atonía uterina, en la cual las fibras del miometrio no se contraen y retraen de manera adecuada (15).

2.8.-Formas clínicas.

Una teoría bien establecida sobre las formas clínicas de hemorragia postparto (HPP) es la de las "4 T", que clasifica las causas principales de la HPP en cuatro categorías: Tono, Trauma, Tejido y Trombina. Esta teoría ayuda a los profesionales de la salud a identificar y tratar rápidamente las diferentes formas clínicas de hemorragia postparto (HPP).

a) Tono (Atonía uterina):

Descripción: La atonía uterina es la incapacidad del útero para contraerse eficazmente después del parto.

Causas: Parto prolongado, sobre distensión uterina (por gemelos o polihidramnios), uso prolongado de oxitocina, infección uterina, entre otros.

Tratamiento: Masaje uterino, administración de uterotónicos (como oxitocina, ergometrina), y, en casos severos, intervención quirúrgica (5).

b) Trauma:

Descripción: Lesiones en el tracto genital durante el parto.

Causas: Laceraciones del cuello uterino, vagina o perineo, ruptura uterina, inversión uterina.

Tratamiento: Sutura de las laceraciones, reparación quirúrgica de la ruptura uterina, reposicionamiento del útero en caso de inversión (5)

c) Tejido (Retención de productos de la concepción):

Descripción: Retención de fragmentos placentarios o membranas en el útero.

Causas: Placenta retenida, fragmentos placentarios, restos de membranas.

Tratamiento: Revisión y extracción manual o quirúrgica de los tejidos retenidos, ecografía para confirmar la retención de tejidos (6).

d) Trombina (Coagulopatías):

Descripción: Trastornos de la coagulación que impiden una hemostasia adecuada.

Causas: Coagulopatías preexistentes, coagulación intravascular diseminada (CID), trastornos de la coagulación adquiridos.

Tratamiento: Transfusiones de plasma fresco congelado, plaquetas, factores de coagulación específicos, y manejo de la causa subyacente (10).

2.9. Exámenes auxiliares

- Hemograma completo
- Grupo sanguíneo y factor, proteína hereditaria Rh
- Pruebas cruzadas de sangre

- Tiempo de coagulación y sangría, (TP) tiempo parcial de tromboplastina (TTP)
- Fibrinógeno
- Análisis de gases arteriales (AGA)
- Ecografía Obstétrica

2.10. Tratamiento

El manejo de la hemorragia se realiza a través de la implementación de la **CLAVE ROJA**: Estrategia de salud para el manejo de hemorragia obstétrica en el embarazo y en el post parto a través de procedimientos estandarizados desde el primer nivel de atención para la prevención de la muerte materna. El objetivo de la "clave roja" es movilizar rápidamente al médico personal y los recursos necesarios para manejar la emergencia de manera eficaz y eficiente, minimizando el riesgo y aumentando las posibilidades de supervivencia.

MINUTO 0-20

Activar la Clave Roja donde suceda el evento. Identificar al líder, quien distribuirá las funciones entre el equipo. Evaluar ABCDE. Realizar el diagnóstico. Comprobar integridad de la placenta. Revisar cavidad uterina.

Revisar canal del parto con valvas. Canalizar dos vías periféricas con catéter N° 16-18. Toma de muestra de análisis de laboratorio. Posición anti shock: elevar miembros inferiores en 45°. Evitar hipotermia. Oxígeno al

100%, 4 litros por minuto. Monitoreo estricto de funciones vitales cada 15 minutos. Aportar la cantidad adecuada de sangre y hemoderivados según el grado de shock. Monitoreo de diuresis. Interconsulta con Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Informar a los familiares (22).

Usar solución de Cristaloides Cloruro de Sodio (CINa) 0.9% o Solución poli electrolítica), Colocar infusión de 1000 cc, pasa 300- 500 cc a chorro en 10 minutos, si la presión arterial media (PAM) <65 mm Hg pasar otro reto de solución salina, regular retos de acuerdo a respuesta en los signos vitales. Si el resultado de hemoglobina es inferior a 8 g, pasar 2 paquetes globulares.

MINUTO 20-60

Mantener el volumen circulante. Reponer los componentes sanguíneos según sea necesario. Iniciar inotrópicos si la hipotensión persiste. Lograr un estado óptimo de perfusión antes de cualquier procedimiento quirúrgico, si es necesario. Informar a los familiares (22).

MINUTO 60

Evaluar indicios de daño en los órganos. Si el sangrado continúa, proceder con una intervención quirúrgica. (16).

2.11. Complicaciones.

Anemia aguda severa. - Una hemorragia significativa puede disminuir drásticamente el número de glóbulos rojos, resultando en anemia severa. Esto puede provocar fatiga extrema, debilidad y complicaciones adicionales durante el período postparto (6).

Shock hipovolémico. - La pérdida excesiva de sangre. Esto puede comprometer el suministro de oxígeno a los órganos vitales y causar insuficiencia multiorgánica (6).

Tabla 2

Diagnóstico y Clasificación del grado de Choque Hipovolémico

Pérdida de volumen en % y ml en mujer de 50-70 kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	TA sistólica (mm Hg)	Grado del Choque	Requiere transfusión
10-15% 500-1000 ml	Normal	Normal	60-90	>90	Ausente	Usualmente NO
16-25% 1001-1500 ml	Normal o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	Posible
26-35% 1501-2000 ml	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-79	Modera do	Usualmente requiere
>35% >2000 ml	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración , más llenado capilar >3 seg	>120	<70	Grave	Probable transfusión masiva

Fuente. Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Publicación Científica CLAP/SMR. OPS, 2012. (18)

Coagulación intravascular diseminada. - La pérdida masiva de sangre puede desencadenar trastornos de la coagulación (7).

Insuficiencia renal. - La hipoperfusión renal debido al shock hipovolémico puede provocar insuficiencia renal aguda, reversible pero grave (7).

Muerte materna. - En casos extremos, la hemorragia postparto no controlada puede llevar a la muerte materna.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. CASO CLÍNICO

3.1.1. Anamnesis

a. Filiación:

- Nombres y Apellidos : Y.H.M.
- Edad : 26 años
- Estado Civil : Casada
- Grado de Instrucción : Superior
- Ocupación : Policía
- Fecha de ingreso : 30/10/22
- Hora : 00:55 am

3.1.2.- Enfermedad Actual

Paciente gestante con 40 semanas de gestación que ingresa por Servicio de Emergencia refiriendo dolor abdominal tipo contracción, que fueron aumentando en frecuencia e intensidad, donde el personal obstetra y médico de guardia.

3.1.3. Antecedentes

- a) **Persona** : Niega
- b) **Patológico** : Niega
- c) **Gineco Obstétricos** : Niega
- d) **Formula obstétrica** : Gesta-1, Partos-0, pretérminos
0, Abortos 0, Hijos vivos-0
- e) **Fecha de ultima regla** : 23/01/2022
- f) **Fecha probable de parto** : 30/10/2022
- g) **Edad Gestacional** : 40 semanas
- h) **Familiares: consignar antecedentes familiares de interés**
Ambos padres vivos y sanos.
- i) **Socioeconómicos** : Nivel medio
- j) **Alimentación** : Balanceada y sana
- k) **Hábitos nocivos** : Niega

3.1.4. Examen físico

a.) Estado General:

Aparentemente buen estado general (ABEG), aparente regular estado hidratación (AREH), aparentemente regular estado nutricional (AREN).

Lucido, Orientado En Tiempo Espacio Y Persona (LOTEP).

b.) Funciones vitales:

- Presión arterial (PA): 110/75mmHg
- Frecuencia Cardiaca (FC): 84x'

- Frecuencia respiratoria (FR): 19x´
- Saturación de Oxígeno (SO2) 93%

- Peso: 80kg Talla: 1.57 metros

c.) Piel y faneras:

Piel tibia y elástica, conjuntivas rosadas y húmedas

d.) Cabeza:

Normocéfalo simétrico, no se observa lesiones

e.) Cuello:

Cilíndrica, no adenopatías

f.) Tórax:

Cónica, no lesiones

g.) Mamas:

Simétricos pezones formados, no nódulos

h.) Cardiovascular:

Ruidos cardiacos rítmicos, normo fonéticos

I.) Abdomen:

- Ocupado por útero grávido por feto único vivo
- Altura Uterina (AU) .37 cm
- Longitudinal Cefálico Derecho (LCD)
- Latido Cardio Fetales (LCF): 147-155 x´
- Dinámica uterina (DU) 1/10/30"

- Movimientos Fetales (MF): ++

j) Genitourinario:

Sin particularidades, no molestias urinarias

- Tacto vaginal: Dilatación: 0
- Incorporación: Cérvix Centralizado, reblandecido deicente a un dígito.
- Altura presentación: -4
- Membranas: Integras
- Pelvis: Ginecoide

k) Columna vertebral y extremidades:

Sin particularidades, trofismo conservado

l) Linfático:

Sin particularidades

m) Neurológico:

Lucido, Orientado En Tiempo Espacio Y Persona (LOTEP)

n) Extremidades inferiores:

No se observa edemas, no lesiones

o) Reflejos osteotendinosos:

Conservados no alteraciones

El cual también le realiza una ecografía como protocolo de la atención en emergencia.

Ponderado fetal 4084 gramos, índice de líquido amniótico 112 mm, grado de la placenta grado III, feto en longitudinal cefálico derecho, edad gestacional de 41 semanas y 4 días.

3.1.5. Impresión diagnóstica

- Macrosomía fetal
- Primigesta 40 semanas

PLAN

- Se hospitaliza en servicio de Maternidad
- Realizar una ecografía obstétrica
- Exámenes auxiliares hemograma y examen completo de orina
- Terminar gestación por vía alta
- Monitoreo electrónico Fetal

Personal técnico de enfermería trasladada a paciente en silla de ruedas al servicio de maternidad y luego tramita los exámenes auxiliares ordenados por el médico.

3.1.6. Evolución

El día 30 de octubre del 2022, a las 01:20 hrs. Mujer de 26 años ingresa a hospitalización derivada de emergencia con diagnóstico de Primigesta 40 semanas y Macrosomía fetal, con la indicación de monitoreo materno fetal y terminar gestación por vía alta.

A la evaluación médica en hospitalización, se encontraron las Funciones vitales estables: Presión Arterial 100/60 mmHg, Pulso 80X´ Respiración 18 X´, Saturación de Oxígeno 94%.

En el examen obstétrico: Altura uterina de 36 cm a las maniobras de Leopold feto en situación longitudinal, posición derecha y presentación cefálica, Frecuencia cardíaca fetal (FCF) 146x´, con dinámica uterina de 2 contracciones en 10 minutos, duración de 30 segundos e Intensidad de ++.

Al tacto vaginal se encuentran las membranas ovulares integra, dilatación de 3 cm, borramiento de 80% y la altura de presentación en -3.

Se recepciona los resultados de laboratorio a las 2 horas, por el personal técnico de enfermería y se entrega al médico para su evaluación

Hemoglobina 13.4g/dl , Hematocrito 37% , Glucosa 75% , Urea 0.64 mg/dl ,Creatinina 1.6 mg/dl, Plaquetas 328 plaquetas por mililitro de sangre, Grupo sanguíneo y factor O, Fibrinógeno 560mg/dl. , Tiempo de protombina 12.7 segundos, Examen completo de orina 1-3 leucocitos por campo, Prueba para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana PR VIH y sífilis, No reactivo, Prueba rápida (PR) Hepatitis B- No reactivo.

Ante los hallazgos clínicos se plantearon los siguientes diagnósticos

- Primigesta 40 semanas por ultima regla y 41semanas 4 días por ecografía.

- Trabajo de parto Fase latente
- Macrosomía fetal

Y se formuló el siguiente Plan de manejo:

- Control signos vitales
- Monitoreo Materna fetal
- Cloruro de sodio (Cl Na) 9°/00 Endo Venoso (EV), como vía

A las 04:00 hrs. es reevaluada por el médico de guardia y se indicó Test No Estresante (NST), el cual se cumplió por el personal de turno, cuyo resultado fue activo reactivo.

A las 05:00 hrs. En la evaluación médica, se encontró al tacto vaginal una dilatación de 3 centímetros, borramiento 80%, altura de presentación

cefálico -4 y membranas ovulares integra. Se procedió a indicar cesárea, para lo cual la paciente fue preparada cumpliendo con el protocolo correspondiente:

- Administración de 2 gramos de Cefazolina por vía endovenosa.
- Sondaje vesical con sonda Foley número 14.
- Vendaje elástico de miembros inferiores.

A las 06:10 hrs la paciente fue trasladada a sala de operaciones y a las 06:39 hrs se reportó cesárea segmentaria por macrosomía fetal con anestesia raquídea, sangrado intra operatorio de 730 cc, obteniendo recién

nacido de sexo femenino, peso 3750 g, Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Siendo trasladada a la unidad de recuperación post anestésica (URPA) a las 07:30 horas.

A las 08:40hrs la paciente post cesárea inmediata por macrosomía fetal pasó a maternidad con Funciones vitales estables : PA: 107/62mmHg, Pulso 76pm , Respiración 19pm , Temperatura 36°centigrados , Saturación de Oxígeno 93%, con vía permeable de Cloruro de Sodio 09% con oxitocina 20 UI, en aparente buen estado general, lúcida orientada en

tiempo espacio y persona, con conjuntivas palpebrales rosadas, mucosas orales húmedas, mamas blandas con secreción calostrál en escasa cantidad, útero contraído a 15 cm, herida operatoria con apósitos secos, genitales con loquios hemáticos en regular cantidad, miembros inferiores sin edema. Se cumplieron las indicaciones post operatorias de control funciones vitales, control de sangrado vaginal, masaje uterino y observar signos de alarma.

Siendo las 09:00hrs se observó sangrado vaginal abundante, siendo evaluada por el médico e indicó mantener vía de cloruro de sodio 09% con 30 UI oxitocina a 45 gotas por minuto e instalar una segunda vía con cloruro de sodio 09% puro, pasando 400 a chorro. Se cuantificó sangrado vaginal de 800 cc y el útero se encontró hipotónico, por lo cual se cumplió con la administración de ergometrina 0.2mg vía intramuscular. Ante la persistencia

del sangrado, se administra de Misoprostol 400 por mcg vía sub lingual y 400 mcg por vía rectal por indicación médica y se realizó masaje uterino externo permanente. Se cuantificó sangrado vaginal de 220 cc.

A las 11:00 hrs. Se coloca sonda Foley número 14, con bolsa colectora y se mantiene control diuresis. Así mismo se procedió a colocar la segunda dosis de ergometrina 0.2 mg por vía intra muscular.

A las 11:30 hrs. Se administró ácido tranexámico 1 g. EV y se conectó el segundo frasco de Cloruro de Sodio (Cl Na) 09% con 40 UI de oxitocina a 42 gotas por minuto por indicación médica. Así mismo se administró

Ranitidina 50 mg en 100 cc de Cl Na 09% y metoclopramida 1 ampolla por vía endovenosa. La hemorragia fue controlada.

A las 13:30 hrs la paciente presenta buena tolerancia oral, recibió 300 cc de líquidos orales y se procedió a la administración de analgésico metamizol 2 gr por vía endovenosa. La hemoglobina de control fue de 8.6 g/dl, habiendo cuantificado un total 1020 ml de sangrado en el post operatorio inmediato y se procedió a la transfusión de 1paquete globular. La paciente estabilizada con impresión diagnóstica de puérpera inmediata post cesárea por macrosomía fetal y hemorragia posparto. Las funciones vitales se valoran en los siguientes parámetros PA: 108/61mmHg P: 97 x' T° 37.7°C, FR: 18 x', saturación de Oxígeno: 94%, con 2 vías endovenosa y sonda Foley permeable. El útero contraído a 14 cm y se cumplió con la

administración de antibiótico cefalina 1gr por vía endovenosa. Se mantiene bajo control obstétrico y el cumplimiento de las indicaciones médicas durante la tarde y noche: analgésicos, úteros tónicos, antibióticos.

El día 31 de octubre, estando en su primer día post operatorio.

A las 06:58 hrs. la paciente permanece estable en su unidad junto a recién nacido, con 2 vías periféricas endovenosas permeables, sonda Foley y funciones vitales estables: PA: 110/60mmHg P: 96 x', T° 37°C, FR: 18 x' Saturación de Oxígeno: 92%, con funciones biológicas conservadas, no eventos adversos.

A las 09:00hrs. Se realiza visita médica y se revisan resultados de laboratorio: hemoglobina postranfusión de 1 paquete globular en 7.9 g/dl, Hematocrito 21% y Plaquetas 178 mil / por ml.

Al examen la paciente en regular estado general, lúcida orientado en tiempo espacio y persona con funciones biológicas conservadas, con piel tibia elástica, mucosas húmedas, conjuntivas pálidas.

Mamas blandas con escaso secreción calostrál.

Abdomen depresible con leve dolor a la palpación, útero contraído, altura uterina de 14cm, herida operatoria sin signos de infección.

Genitales con loquios hemáticos escasos, sin mal olor.

Miembros inferiores sin edema.

Impresión diagnóstica

- Puérpera mediata parto por cesárea
- Hemorragia posparto por Hipotonía Uterina
- Anemia Moderada

Se indica transfusión sanguínea de 1 paquete globular, mantener una vía periférica permeable. Suspende Tramadol, Ergometrina, ácido Tranexámico, Metoclopramida. Indica Ketorolaco condicional a dolor.

La paciente transcurre la tarde estable, con las siguientes funciones vitales PA: 100/60mmHg P: 92 x' T° 35.9°C FR: 18 x', al examen en regular estado general, lúcida orientada en espacio, tiempo y persona, conjuntivas pálidas, mucosas orales húmedas, mamas blandas con secreción calostrálica.

Abdomen blando con útero contraído a 13 cm. La Herida operatoria en proceso de cicatrización, genitales con loquios hemáticos en escasa cantidad, con sonda Foley permeable, orina clara y miembros inferiores sin edema. En el transcurso del día se cumplieron las indicaciones médicas según horario, Metamizol 2 g. vía endovenosa, Cefazolina 1 g. vía endovenosa, Transfusión de 1 paquete globular.

A las 18 hrs. Se retiró sonda Foley por indicación médica.

Siendo las 21:50 hrs. Al evaluar a paciente se observa que presenta eliminación de coágulos por vía vaginal en regular cantidad.

A las 22hrs Se comunica a médico de guardia. El médico acude al llamado y evalúa a la paciente e indica administrar ergometrina 0.2 mg IM y ácido tranexámico 1g endovenoso. Se canaliza segunda vía periférica en brazo izquierdo, CI Na 9 0/00 sin agregados y se coloca sonda Foley N° 14 con bolsa colectora para la cuantificación de orina. Se valora sangrado de 590 cc. y se administra Misoprostol 200mcg vía transrectal

A la 23:00 hrs se cursa interconsulta con unidad de cuidados intensivos (UCI) y da las indicaciones: Acido tranexámico 5gr en 250 ml a goteo lento en 24 horas, vitamina K, 10 mg EV diluida en cloruro de sodio al 9 0/00, transfusión de 1 paquete globular y 2 unidades de plasma, gluconato de

calcio al 10% diluido en cloruro de sodio al 9 0/00. Las cuales fueron efectivizadas en el acto. La paciente se estabiliza y el sangrado se logra controlar, presentando las siguientes funciones vitales PA: 109/67 mmHg P: 87 x', T° 36°C, FR: 18 x', saturación de oxígeno en 92% y útero contraído a 14 cm.

El día 1ro de noviembre, en el segundo día post operatorio,

A las 9:00 hrs la paciente presenta las siguientes funciones vitales, PA: 100/60mmHg ,P: 90 x', T° 36.4°C,FR: 17 x',SO2: 92% y el médico de

guardia pasa la visita médica e indica pasarla a centro obstétrico para examinarla y bajo revisión con espéculo se diagnostica desgarro cervical, a horas 7 Indica preparar la paciente para sala de operaciones para traquelorrafia y legrado uterino, la cual también se le realizo una ecografía pélvica, Útero Longitud 16 centímetros, anteroposterior 8 centímetros, transverso 9 centímetros, Miometrio homogéneo, endometrio se observa una imagen hiperecogénica de 18 milímetros.

A las 11:10 hrs pasa a sala de operaciones con vía permeable de Cloruro de Sodio 09% sin agregados, sonda Foley número 14 permeable.

A las 11:20hrs Inicio de revisión se observa desgarros en horas 7 y 12 horas el cual son reparados (cérvix friable sangrante) se realiza la traqueolorrafia y legrado puerperal con un sangrado de 100ml.

Siendo las 13:20 hrs La paciente sale de sala de operaciones estable y con vías permeables y funciones vitales estables, PA 100/60 mmHg, Pulso 81x', Respiración 18x' Saturación de oxígeno 95%, con tapón vaginal de 3 gasas furasinadas.

Los Diagnósticos dados son:

- Puérpera mediata de parto por cesárea
- Hemorragia postparto

- Desgarro Cervical
- Traqueolorrafia
- Legrado uterino puerperal

Las indicaciones para el post operatorio son Cloruro de Sodio al 09% como vía, Ceftriaxona 2gr EV cada 24 horas, Metamizol 2 gr EV cada 8 horas, Ergometrina 0.2mg IM cada 8 horas, Acido tranexámico 5gr en 250 ml de cloruro de sodio pasar en 24 horas, Vitamina K 10 mg cada 8 horas.

18:45 hrs La paciente permanece estable con las siguientes funciones vitales PA: 110/60mmHg, P: 104 x', T° 36.3°C, FR: 19 x', SO2: 94%.

Útero contraído a 13 cm, los loquios son hemáticos en escasa cantidad. Se cumplen las indicaciones dadas en los horarios establecidos y la paciente evoluciona favorablemente.

El día 02 de noviembre la paciente cursa su tercer día post operatorio, siendo las 7 horas se encuentra en buen estado general, lúcida orientada en tiempo espacio y persona, conjuntivas pálidas, mamas blandas con

secreción calostrual, Abdomen blando, útero contraído a 13 cm, herida operatoria en proceso de cicatrización, genitales con loquios hemáticos escasos, con sonda Foley permeable. Los diagnósticos médicos planteados son:

Diagnóstico:

- Puérpera mediata parto por cesárea
- Hemorragia posparto
- Hipotonía Uterina
- Anemia Moderada
- Desgarro Cervical
- Traquelorrafia
- LUI puerperal

Plan:

- Control funciones vitales
- Control sangrado vaginal
- Masaje uterino
- Lactancia materna exclusiva
- Observar signos de alarma

En la visita médica se dejan indicaciones, las cuales se efectivizan según horarios: 2 ampollas de Hierro Sacarato (200mg) a 30 gotas x' en cloruro de sodio 09%, se retira tapón vaginal y ceftriaxona 2 g vía endovenosa
La paciente presenta evolución favorable.

A las 18:58 hrs se valoran los signos vitales: PA: 100/60mmHg P: 108 x' T° 36.6°C FR: 19 x' SO2: 89%, en buen estado general, lúcida orientada en tiempo espacio y persona, conjuntivas pálidas, mamas blandas con secreción calostrál, Abdomen blando, útero contraído a 13 cm, herida operatoria en proceso de cicatrización, genitales con loquios hemáticos con sonda Foley permeable.

El día 03 de noviembre, encontrándose en el cuarto día post operatorio, la paciente cursa con evolución favorable. Se evalúa con los siguientes signos vitales PA: 110/70mmHg P: 93 x' T° 36.4°C FR: 18 x' SO2: 95%. En buen estado general, lúcida orientada en tiempo espacio y persona, mamas blandas con secreción calostrál, abdomen blando, con útero contraído en involución a 13 cm y herida operatoria en proceso de cicatrización. Genitales con loquios hemáticos en escasa cantidad con sonda vesical permeable. Se realiza control de laboratorio clínico.

En la visita médica se comunican los resultados de exámenes de laboratorio: Hemoglobina 6.6 g/dl, hematocrito 19% y Plaquetas 151 por mililitro de sangre. Se realiza interconsulta a hematología y el hematólogo indica que puede haber algunas alteraciones en paciente a pesar de las reposiciones de sangre no se logre recuperar de la anemia, y deja indicaciones.

A las 11:30 hrs la paciente solicita alta voluntaria, se procede a retirar la sonda Foley, Se administra Ranitidina 50 mg vo, Hierro Sacarato 200 mg vía endovenosa diluido en cloruro de sodio al 09%, Ceftriaxona 2g. endovenoso diluido lento.

A las 14:40 hrs El efectivo policial acude al servicio para constatar alta voluntaria.

Siendo las 15:19 hrs la paciente se retira del servicio con su recién nacido y con funciones vitales estables, abdomen blando, útero contraído a 13 cm, herida operatoria en proceso de cicatrización, genitales con loquios hemáticos en escasa cantidad. Las indicaciones médicas dadas: Cefalexina 500 mg c/6 horas por 7 días, Ranitidina 300 mg c/24 hs por 1 mes y Sulfato Ferroso 300 mg c/8 horas por 1 mes.

Dándole consejería en signos de alarma y acudir por emergencia si fuera necesario.

3.1.7. Exámenes auxiliares

Laboratorio de ingreso al Hospital Antonio Lorena 30/10/2022

- Hemoglobina ;13.4g/dl
- Hematocrito: 37%
- Glucosa :75%

- Urea: 0.64 mg/dl

- Creatinina :1.6 mg/dl
- Plaquetas: 328 plaquetas por mililitro de sangre
- Grupo sanguíneo y factor :O+
- Fibrinógeno : 560mg/dl
- Tiempo de protombina :12.7 segundos
- Examen completo de orina: 1-3 leucocitos por campo
- Prueba para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana PR VIH y sífilis, No reactivo
- Prueba rápida (PR) Hepatitis B: No reactivo

Ecografía Obstétrica:30/10/2022

Ponderado fetal 4084 gramos, índice de líquido amniótico 112 mm, grado de la placenta grado III, feto en longitudinal cefálico derecho, diámetro biparietal 93mm, edad gestacional de 41 semanas y 4 días.

30/10/22 Test No Estresante (NST), el cual se cumplió por el personal de turno, cuyo resultado fue activo reactivo.

31/10/2022 Hemoglobina 7.9 g/dl, Hematocrito 21% y Plaquetas 178 mil / por ml.

31/10/2022 23:00hrs Hemoglobina :7.7 g/dl Hematocrito: 21%

01/11/2022 10:28hrs Hemoglobina :7.8 g/dl Hematocrito :22%

01/11/2022 Ecografía pélvica, Útero Longitud 16 centímetros, anteroposterior 8 centímetros, transverso 9 centímetros, Miometrio

homogéneo, endometrio se observa una imagen hiperecogénica de 18 milímetros.

03/11/2022 Hemoglobina 6.6 g/dl, hematocrito 19% y Plaquetas 151 por mililitro de sangre.

3.1.8. Epicrisis

Fecha y hora de ingreso: 30/10/2022 01:20 hrs

Diagnóstico de ingreso:

- Primigesta de 40 semanas por FUR
- Trabajo de parto en pródromos
- Macrosomía Fetal

Resumen de la enfermedad: paciente acude por emergencia con cuadro de pérdida de líquido de 1 día de evolución, sangre en vía vaginal y ponderado fetal de 4074 g. Paciente tiene cesárea el 30/10/2022 a las 7:30 hs. Posteriormente desarrolla hemorragia posparto con pérdida de sangre los dos primeros días de puerperio. Actualmente sangrado ha remitido.

Procedimientos efectuados: Cesárea y reparación de desgarro cervical.

Diagnóstico de egreso:

- Puérpera mediata
- Parto por cesárea
- Hemorragia posparto

a. Diagnóstico

Hemorragia Posparto

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El presente estudio se centra en analizar los factores de riesgo que se asocian a la hemorragia postparto (HPP). Una de las principales causas de mortalidad materna, con el propósito de mejorar las prácticas clínicas y proporcionar un entorno seguro para el parto. La determinación de la causa del sangrado es imperante para dar un manejo eficaz y oportuno y por otra parte la cuantificación del sangrado es crucial para realizar la reposición de volumen y prevenir el shock hipovolémico hemorrágico. El caso clínico de la paciente primigesta de 26 años, casada, de profesión policía, con un nivel educativo superior, que ingresó al hospital con 40 semanas de gestación, pródromos de parto y macrosomía fetal, encontrando los siguientes factores de riesgo de hemorragia post parto. La condición de nulípara se asocia a hemorragia postparto por trauma del canal por dar paso a un feto de tamaño considerable que implica mayor capacidad de estiramiento de los tejidos y maniobras para la extracción fetal. Por otra parte, la obesidad materna se asocia a hemorragia post parto por la pobre capacidad de retracción de la fibra muscular uterina que se caracteriza en la puérpera obesa.

Un estudio por Mendoza Y. sobre “Obesidad como factor de riesgo para hemorragia postparto en un Hospital Nacional durante el año 2022.” cuyo objetivo fue determinar si la obesidad es un factor de riesgo para hemorragia postparto en las embarazadas. Concluyó que la obesidad fue un factor de riesgo que desencadenó hemorragia postparto en las mujeres asistidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé en el año 2020. (17)

La paciente no tenía otros antecedentes relevantes, por lo que podríamos afirmar que una emergencia hemorrágica en el post parto, se puede presentar en cualquier mujer, aún sin tener factores de riesgo.

Al ingreso la paciente se valora en aparente buen estado general, con funciones vitales dentro de los rangos normales: PA 110/75 mmHg, FC 84x', FR 19x', saturación de oxígeno 93%, peso 80 kg y talla 1.57 m. Presentaba un útero grávido con un feto único vivo, AU 37 cm, y dinámica uterina 1 en 10 minutos, de 30" de duración e intensidad de ++. El tacto vaginal mostró un cérvix centralizado, reblandecido, dilatación de 0 cm, altura de presentación -4 y membranas íntegras. La pelvis era ginecoide. Los análisis de laboratorio iniciales mostraron niveles normales de hemoglobina (13.4 g/dl), hematocrito (37%), glucosa (75%), urea (0.64 mg/dl), creatinina (1.6mg/dl), y plaquetas (328plaquetas por microlitro de sangre). Las pruebas para VIH, sífilis y hepatitis B fueron no reactivas.

La paciente fue sometida a una cesárea de emergencia durante el trabajo de parto fase latente por macrosomía fetal y se obtuvo una recién nacida mujer, peso 3750 g, Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, el peso de la recién nacida no la clasifica como macrosómico. En las primeras 2 horas del post operatorio la paciente permanece con evolución favorable. Después de las 2 primeras horas la paciente en forma súbita presenta sangrado vaginal abundante y continuo, con útero hipotónico, por lo que progresivamente se fueron dando las indicaciones, doble vía venosa periférica, úteros tónicos, masaje uterino, sonda Foley. Se podría señalar que ante una hemorragia postparto, cualquiera sea la vía de culminación del parto, se debe activar de inmediato la Clave Roja, de tal manera que los procedimientos establecidos para su manejo, deben ser realizados en forma oportuna y eficaz para controlar la causa de la hemorragia y la adecuada reposición de volumen de acuerdo a la magnitud del sangrado y la respuesta hemodinámica de la paciente. Así mismo se omitió revisar las demás causas de la hemorragia post parto basada en la etiología de las "4 T. Se logra estabilizar y controlar la hemorragia, pero a las 14 horas del post operatorio se vuelve a presentar segundo episodio hemorrágico con coágulos, activando el manejo estandarizado por Clave Roja por hipotonía uterina, logrando estabilizar a la paciente y controlar la hemorragia, pero no se estimó la búsqueda de otras causas de hemorragia post parto. En el

primer día post operatorio se realiza examen con espéculo y se diagnosticó desgarro cervical sangrante, estos se asocian a maniobras traumáticas e inadecuadas sobre el cérvix, en los partos vaginales, tales como la dilatación manual forzada, la utilización de medios extractores sin alcanzar la dilatación completa, rotaciones complicadas con fórceps, etc, pero

ocasionalmente se producen de forma inesperada. Existen casos de maniobras para rechazar al feto encajado en la extracción por vía abdominal, pero esto no está descrito en el caso clínico. Se considera que ante la hemorragia post parto y por los hallazgos descritos, no debe dejar de explorarse la búsqueda de la etiología de la hemorragia basada en las "4T", el manejo definido de la causa de hemorragia se retrasará si hay retraso en el diagnóstico, por lo tanto el desgarro cervical que fue diagnosticado tardíamente y reparado a través de traquelorrafia, estabilizó definitivamente a la paciente, la que tuvo las complicaciones descritas en las hemorragias postparto como la anemia y que fue necesaria la politransfusión, a pesar de ello la paciente sale de alta en forma voluntaria con una hemoglobina muy baja de 6.6 g/dl.

CONCLUSIONES

1. Se concluye que los principales factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto fueron la primiparidad y obesidad.
2. Se identifican que las causas más prevalentes de la hemorragia postparto en el hospital fueron la hipotonía uterina y el desgarro del cuello uterino. Siendo objeto de especial atención para la implementación de medidas preventivas y de manejo inmediato.
3. EL retraso en el diagnóstico de las causas de la hemorragia post parto, postergó el manejo adecuado y oportuno, pasando inadvertido el desgarro de cuello uterino, causante de un nuevo episodio hemorrágico, arriesgando la vida de la madre, agravando la anemia y haciendo necesaria la politransfusión.
4. Se concluye que la identificación temprana de factores de riesgo y un manejo adecuado y oportuno de la hemorragia postparto son cruciales para reducir la mortalidad materna en el hospital, subrayando la importancia de implementar estas mejoras en la práctica clínica diaria.

RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de salud del servicio de Gineco obstetricia brindar atención del parto con enfoque humanizado de riesgo, identificando los factores de riesgo oportunamente asociados a la hemorragia post parto para adoptar las medidas de prevención.
2. Al director del hospital, mejorar los sistemas de referencias y asegurar que las unidades de salud estén adecuadamente equipadas y preparadas para manejar estas emergencias de manera oportuna y evitar muertes maternas.
3. Crear adherencia en el personal del Hospital Antonio Lorena al uso de la Clave Roja para el manejo inmediato de la hemorragia post parto de acuerdo a las guías de práctica clínica implementadas para el manejo de las emergencias obstétricas, a través de la capacitación continua y simulacros.
4. Al director del Hospital Antonio Lorena del Cusco, a través de la dirección ejecutiva del hospital, se realice las gestiones respectivas ante el gobierno nacional, regional y local; para capacitar constantemente al equipo multidisciplinario, donde se fortalezcan sus competencias sobre emergencias obstétricas asegurando la disponibilidad de recursos necesarios, como uterotónicos y sangre para transfusiones, insumos fundamentales para reducir la mortalidad materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Solari A, Wash A, Guerrero M, Enríquez O. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. REV. MED. CLIN. CONDES. 2014; VI(993-1003).
2. Muñoz CMO. Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato, en pacientes del servicio de labor y parto,. [Online].; 2016. Acceso 15 de Junio de 2024. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/cgi/export/7816>.
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. [Online]; 2014. Acceso 15 de Juniode 2024. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/es/.
4. Mendez DN. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. Medisan. [Online].; 2012. Acceso 15 de Junio de 2024. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-.
5. Andres Calle, Milton Barrera, Alexander Guerrero. Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Posparto. Rev Per Ginecol Obstet. 2008;(233-243).
6. Johana María Iglesias Castro, Daniela Del C. Urbina Delgadillo. Factores de riesgo asociados a hemorragia post- parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de GinecoObstetricia, del HECAM, Matagalpa en el período 2010-2013. [Online].; 2016. Acceso 15 de Junio de 2024. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/5192/1/6074.pdf>.
7. I Roberto Flores Ezequiel, Carlos Alfonso Perez Lue, Katia Guadalupe Cardona Duran. Universidad de el Salvador. [Online].; 2016. Acceso 15 de Junio de 2024. Disponible en:

<https://repositorio.ues.edu.sv/items/32301e3b-e38a-49f8-818a-8cf382d8dd9f>.

8. Sánchez Ortiz M.1, López Pérez M.1, Sánchez Muñoz A.2, Gil Raga F.1, Aguilar Galán V.2. Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz. *Apuntes de Ciencia*. 2019; II.
9. Poémape Lozano, Claudelina Monserrat. Factores de riesgo asociados con la presencia de atonía uterina post parto Hospital Tomás Lafora de Guadalupe – La Libertad, 2015-2016. [Online].; 2018. Acceso 15 de Junio de 2024. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/29186?show=full>.
- 10 Significado. [Online]. Disponible en: <https://significado.com/factor-de-riesgo/>.
- 11 Aparicio M, Fernandez V. Manejo de la Atonia Uterina. [Online].; 2016. Acceso 15 de Junio de 2024. Disponible en: <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wpcontent/uploads/2016/11/55.pdf>.
- 12 J. Y. Incidencia y factores de riesgo de la hemorragia posparto en primigrávidas. [Online].; 2019. Acceso 15 de Junio de 2024. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs36771/latest.pdf>.
- 13 Castillo Vásquez, Maritza Paulina. Prevalencia y factores de riesgo asociados a hemorragia postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, periodo marzo-agosto 2015. [Online]; 2016. Acceso 15 de Junio de 2024. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/16461>.
- 14 Juan José Calle Siguenza, Diana Estefania Espinoza Barrera. Prevalencia, causas y factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto (HPP) en las pacientes del Departamento de Gineco- Obstetricia

- del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo enero-diciembre2014. [Online]; 2015. Acceso 15 de Juniode 2024. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23071>.
- 15 Tercero JBP. Incidencia De La Hemorragia Postparto. [Online]; 2014. . Acceso 15 de Juniode 2024. Disponible en: http://www.repositorio.usac.edu.gt/1662/1/05_9384.pdf.
- 16 Evensen A, Anderson J.. Soporte vital avanzado en obstetricia: programa . del proveedor. [Online]; 2014. Acceso 15 de Juniode 2024. Disponible en: [file:///C:/Users/HP/Downloads/Cachay_Llontop_Henry_%C3%81ngel%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Cachay_Llontop_Henry_%C3%81ngel%20(2).pdf).
- 17 Y. M. Obesidad como factor de riesgo para hemorragia postparto en un . Hospital Nacional durante el año 2020.
- 18 Cusihuaman LMH. Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto . en pacientes atendidas en el Hospital Carlo Monge Medrano Juliaca 2018. [Online].; 2019. Acceso 15 de Junio de 2024. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UANT_f2b99da61967ec648593f8237dee1ab1.
- 19 Aragón ADPR. Factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto . en pacientes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales Comas en el período 2012- 2014. [Online]; 2016. Acceso 15 de Juniode 2024. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2413>.

ANEXOS
Anexo 1
Carnet de Control Prenatal

FN: 03-06-46 Cp: 32240335

CLINICA PERINATAL		ESTABLECIMIENTO		No HC		68 77 88	
APELLI: XXXXXXXXXX DNIE: 712345678 Dirección: <u>Sta Anita 1100</u> Ocupación: <u>CNC</u> Referente de: <u>Celular: 91066821</u>				EDAD: 25 en años mayor 15 menor 18		ESTADO CIVIL: <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado Estado de: <u>Nor. Palenque</u>	
ANTECEDENTES Perinatales: <input type="checkbox"/> Abortos, <input type="checkbox"/> TSC, <input type="checkbox"/> Cesárea, <input type="checkbox"/> Otros: Obstétricos: <input type="checkbox"/> Parto, <input type="checkbox"/> Aborto, <input type="checkbox"/> Cesárea, <input type="checkbox"/> Muerto, <input type="checkbox"/> No aplica, <input type="checkbox"/> No mayor año				Diagnósticos: <input type="checkbox"/> Diabetes, <input type="checkbox"/> Hipertensión, <input type="checkbox"/> Anemia, <input type="checkbox"/> Infección, <input type="checkbox"/> Otros: Síntomas: <input type="checkbox"/> Sangre en orina, <input type="checkbox"/> Sangre en heces, <input type="checkbox"/> Sangre en sputo, <input type="checkbox"/> Sangre en orina, <input type="checkbox"/> Sangre en heces, <input type="checkbox"/> Sangre en sputo			
EMBARAZO ACTUAL Gestación: <u>23 01 22</u> IMC: <u>19</u> Anormal: <input type="checkbox"/>		AMNIOCORIO: <input type="checkbox"/> No detectado, <input type="checkbox"/> Detectado Síntomas: <input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí		GRUPO: <u>0</u> No Capoteo por día: <u>00</u>		HEMOSTASIS (según): <input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> No	
Talla: <u>157</u> Peso: <u>60</u> IMC: <u>19</u>		Talla: <u>157</u> Peso: <u>60</u> IMC: <u>19</u>		Talla: <u>157</u> Peso: <u>60</u> IMC: <u>19</u>		Talla: <u>157</u> Peso: <u>60</u> IMC: <u>19</u>	
Fecha de Control: <u>11/04/22</u> Sem. Insemin: <u>9.5w</u> Peso (kg): <u>65.00</u> Tensión arterial: <u>100/60</u> Frec. Cardíaca: <u>73</u> Glucosa: <u>115</u> Hb: <u>13.0</u> Hct: <u>38</u> Haptoglobina: <u>1.1</u> Ferritina: <u>1.2</u>		Fecha de Control: <u>06/22</u> Sem. Insemin: <u>23.7w</u> Peso (kg): <u>70.00</u> Tensión arterial: <u>100/60</u> Frec. Cardíaca: <u>73</u> Glucosa: <u>115</u> Hb: <u>13.0</u> Hct: <u>38</u> Haptoglobina: <u>1.1</u> Ferritina: <u>1.2</u>		Fecha de Control: <u>06/22</u> Sem. Insemin: <u>23.7w</u> Peso (kg): <u>70.00</u> Tensión arterial: <u>100/60</u> Frec. Cardíaca: <u>73</u> Glucosa: <u>115</u> Hb: <u>13.0</u> Hct: <u>38</u> Haptoglobina: <u>1.1</u> Ferritina: <u>1.2</u>		Fecha de Control: <u>06/22</u> Sem. Insemin: <u>23.7w</u> Peso (kg): <u>70.00</u> Tensión arterial: <u>100/60</u> Frec. Cardíaca: <u>73</u> Glucosa: <u>115</u> Hb: <u>13.0</u> Hct: <u>38</u> Haptoglobina: <u>1.1</u> Ferritina: <u>1.2</u>	
ARTO Tipo: <u>NO</u> Posición: <u>NO</u> Presentación: <u>NO</u> Grado: <u>NO</u> Tipo de parto: <u>NO</u>		Tipo: <u>NO</u> Posición: <u>NO</u> Presentación: <u>NO</u> Grado: <u>NO</u> Tipo de parto: <u>NO</u>		Tipo: <u>NO</u> Posición: <u>NO</u> Presentación: <u>NO</u> Grado: <u>NO</u> Tipo de parto: <u>NO</u>		Tipo: <u>NO</u> Posición: <u>NO</u> Presentación: <u>NO</u> Grado: <u>NO</u> Tipo de parto: <u>NO</u>	
Fecha de nacimiento: <u>25/01/2022</u> Peso: <u>3.7</u> Talla: <u>48</u> Apgar 1: <u>8</u> Apgar 5: <u>10</u>		Fecha de nacimiento: <u>25/01/2022</u> Peso: <u>3.7</u> Talla: <u>48</u> Apgar 1: <u>8</u> Apgar 5: <u>10</u>		Fecha de nacimiento: <u>25/01/2022</u> Peso: <u>3.7</u> Talla: <u>48</u> Apgar 1: <u>8</u> Apgar 5: <u>10</u>		Fecha de nacimiento: <u>25/01/2022</u> Peso: <u>3.7</u> Talla: <u>48</u> Apgar 1: <u>8</u> Apgar 5: <u>10</u>	
Diagnóstico: <u>NO</u> Tratamiento: <u>NO</u> Seguimiento: <u>NO</u>		Diagnóstico: <u>NO</u> Tratamiento: <u>NO</u> Seguimiento: <u>NO</u>		Diagnóstico: <u>NO</u> Tratamiento: <u>NO</u> Seguimiento: <u>NO</u>		Diagnóstico: <u>NO</u> Tratamiento: <u>NO</u> Seguimiento: <u>NO</u>	
Fecha de nacimiento: <u>25/01/2022</u> Peso: <u>3.7</u> Talla: <u>48</u> Apgar 1: <u>8</u> Apgar 5: <u>10</u>		Fecha de nacimiento: <u>25/01/2022</u> Peso: <u>3.7</u> Talla: <u>48</u> Apgar 1: <u>8</u> Apgar 5: <u>10</u>		Fecha de nacimiento: <u>25/01/2022</u> Peso: <u>3.7</u> Talla: <u>48</u> Apgar 1: <u>8</u> Apgar 5: <u>10</u>		Fecha de nacimiento: <u>25/01/2022</u> Peso: <u>3.7</u> Talla: <u>48</u> Apgar 1: <u>8</u> Apgar 5: <u>10</u>	

Significa REQUERIMIENTO CONTINUO
Significa ALERTA

Vi-Svneral

Anexo 3 Interconsultas

UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL ANTONIO LORENA ADAPTO DE ACUERDO A N.T. N° 023 - MINSA/018/P - V02	
INTERCONSULTA	SERVICIO QUE SOLICITA:
A LA ESPECIALIDAD: <u>UCL</u>	
APELLIDOS Y NOMBRES: [Redacted] CIMA //	
SEXO: <u>F</u> EDAD: <u>26</u>	
ANAMNESIS: <u>Peto - Pausas Medias - Hemorragia postparto</u>	
EXAMEN CLINICO: <u>S/S cefalea sin uso de analg.</u>	
MOTIVO DE INTERCONSULTA:	
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:	HORA: <u>22:10</u>
FECHA: [Redacted]	FIRMA: [Redacted]
ABSP JESTA A INTERCONSULTA	
EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS: <u>UCL - Noche 31-10-22 23:04</u>	
RESULTADOS Y DESCRIPCION DE LOS HALLAZGOS: <u>♀ 26 años</u>	
<ul style="list-style-type: none"> 1. Pupeza media b. 2. Hemiya. fosaite 3. Auscultación sin ruidos 4. Abies Uterina 22 & muerda uter 	
HISTORICO: <u>② Anx. melanc.</u> PRONOSTICO: <u>② Posible sang. 15 ml. polid.</u> TRATAMIENTO: <u>Yable 4 g/ml de PC, analg.</u> RECOMENDACIONES: <u>Hemograma, Gu. rad.</u> <u>Medic. chis. d. pector. + ubi. plabla</u> <u>10 mm de d. bils</u> <u>Sigad. hemipal. ed. cas.</u> <u>Análisis q'fm 15</u>	
FECHA: <u>31/10/22</u>	HORA: <u>15</u>
FIRMA Y SELLO: <u>Sy car</u>	
<ul style="list-style-type: none"> 1. Trub. d. PC para Hb 7, 21 % 2. Trub. PFC 2 und. 5007 3. Ad. técnica 5g + Mac 1/2, 150cc. Pasa en 24h. 	

MINISTERIO DE SALUD UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL ANTONIO LORENA ADAPTO DE ACUERDO A N.T. N° 023 - MINSA/018/P - V02	
INTERCONSULTA	SERVICIO QUE SOLICITA: <u>Maternidad</u>
A LA ESPECIALIDAD: [Redacted]	
APELLIDOS Y NOMBRES: [Redacted] AT. CLINICAL: <u>0855063/CAMA 11</u>	
SEXO: <u>F</u> EDAD: <u>26</u>	
ANAMNESIS: <u>Paciente femenina de 26 años con los diagnósticos de:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> 1. Pupeza mediana 2. POU de cesárea de emergencia 3. POU de hemorragia de hemorragia postparto 4. Anemia severa Hb 6.9 	
EXAMEN CLINICO:	
MOTIVO DE INTERCONSULTA: <u>1/3 Evaluación y jug. de</u>	
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:	HORA: [Redacted]
FECHA: <u>03/11/22</u>	FIRMA Y SELLO: [Redacted]
RESPUESTA A INTERCONSULTA	
EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:	
<u>HEMATOLOGIA 03/11/22</u>	
<u>Hematología</u>	
RESULTADOS Y DESCRIPCION DE LOS HALLAZGOS: <u>Paciente de alta de sang. postparto obstructivo</u>	
<ul style="list-style-type: none"> 1. Sigue el tema obs. 	
HISTORICO: <u>1/3</u> PRONOSTICO: <u>1/3</u> TRATAMIENTO: <u>Hemo Serumet 200 mg en 200cc. Mac 1/2</u> <u>Par 2 An.</u> <u>Leg. Femeni 1st - 9 an. 1/2</u> <u>4 trid</u>	
FECHA: [Redacted]	HORA: [Redacted]
FIRMA Y SELLO: [Redacted]	

Anexo 3 Interconsultas

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LOBOS
DEPARTAMENTO GINECO OBSTETRICIA

30 31 01 02 03
1 2 3 4 5

Amura por Montecarlo Jela
L.U. Delgado Caceres

23-01-22
30-10-22
2-10-22
6-24

3750
57 cm
F
0.65
Buena

C = 40 semanas
PX = 34 cm
PT = 35 cm

ACTIVA
36 cm

SUTURA
FISIO
ENCERTA

ABDOMINAL + Traqueotomía

80 74 71 71 71

TAJAL
1.52 m

COMPONENTE BARRIDO ADMINISTRADO

01 Fegate y biliar 30-10-22 15:20
02 Fegate biliar 31-10-22 1:00
03 Fegate biliar 31/10/22 1:00

APellido PATERNO
[Redacted]

APellido MATERNO
[Redacted]

NOMBRES
[Redacted]

HISTORIA CLINICA
0953069

SERVICIO: Obstetricia
SEXO: FEMENINO
EDAD: 26 años

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: FOSPOLI
Alto

Anexo 4 Epicrisis

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
 HOSPITAL ANTONIO LORENA

EPICRISIS

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° HISTORIA CLINICA
[Redacted]			
SERVICIO	14	N° DE CAMA	EDAD
Obstetricia	11	26	30-10-22
FECHA DE INGRESO		HORA DE INGRESO	
30-10-22		01:20	

DIAGNOSTICO DE INGRESO

Primigesta a 40 años x fuz
Trabajo de Parto en prodrómos
Macrosomía fetal

RESUMEN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: Examen Físico, Exámenes Auxiliares, Evolución en el servicio

Paciente acude por emergencia con quejas de pérdida de líquido, a 01 de evolución, sangra en vía vaginal y parturiente fetal de 4074gr. Paciente termina Trabajo de Parto el 30/10/22 a las 07:30 horas.
Paciente posteriormente desarrolla Hemorragia postparto con presencia de sangre los 02 primeros días de puerperio. Actualmente sangrados han cesado.

PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS

1. Cesárea	CÓDIGO CIE 10 59514
2.	CÓDIGO CIE 10

DIAGNOSTICO DEFINITIVO Y DE PROCEDIMIENTOS

1. Puerperio mediato	CÓDIGO CIE 10 239.2
2. Parto por cesárea	CÓDIGO CIE 10 082.0
3. Hemorragia postparto	072.1


FECHA DE EGRESO	HORA DE EGRESO	ESTADIA TOTAL	PRONÓSTICO DE ALTA
03/11/22	14:00	04 días	Bueno
TIPO DE ALTA	CONDICIÓN DE ALTA		
Hospitalaria	Mejorado		

Diagnóstico de Egreso

[Redacted Signature]


MÉDICO TRATANTE	Sello, CMP y Firma
[Redacted]	
NOMBRES Y APELLIDOS	

Anexo 5 Informe de Alta



DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD CUSCO

HOSPITAL ANTONIO
LORENA



INFORME DE ALTA

NOMBRES Y APELLIDOS						
[Redacted Name]						
N° HISTORIA CLÍNICA		EDAD	SEXO	SERVICIO	HORA	N° DE CAMA
085306A		26	M	Obstetricia		11

DIAGNOSTICO DE INGRESO

Código CIE 10: Z32.1

Código CIE 10: O80.0

Código CIE 10: O36.6

Código CIE 10: _____

PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS	Código CIE 10
Cesárea	59514

DIAGNOSTICO DE ALTA	Código CIE 10
Parto mediano	Z39.02
Parto por cesárea	O82.00
Hemorragia post parto	O72.01

PROGNOSTICO

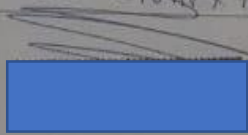
Bueno

RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTO

Alta voluntaria

Sulfato ferroso 300mg 1 tab VO c/8h x30d

Aspirina 500mg 1 tab VO c/6h x 7d

MEDICO TRATANTE Nombres y Apellidos	<div style="text-align: center;">  _____ Cargo, CMF y Firma </div>
--	--

Anexo 6
Récord operatorio 1


PERU Ministerio de Salud		MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL ANTONIO LORENA RECORD OPERATORIO	
CIRUJANO	D. Gutierrez	1ER AYUDANTE	MR - Ayala
2DO AYUD	[Redacted]	INSTRUMENTISTA	[Redacted]
CIRUJAN	[Redacted]	ANESTESISTA	[Redacted]
CUENTA G	[Redacted]	DIENES	[Redacted]
CLASE DE ANESTESIA	Raquiocela	CE 10	036.6
FECHA	30-10-22	COMIENZO DE OPERACION	6:35 A.M. 736
		TERMINO DE OPERACION	7:20 A.M. 736


<p>ORDEN</p> <p>1. DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO</p> <p>2. DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO</p> <p>3. OPERACIÓN</p> <p>4. PROCESAMIENTO</p> <p>5. HALLAZGOS</p> <p>6. FIRMA</p>	<p>① - Contorno de 38x4x2cm</p> <p>- Parasomio fetal</p> <p>- T.P.F.A.</p> <p>② - el mismo</p> <p>③ - Cesario</p> <p>④ - DA + ecc</p> <p>- inieccion de p.p. fetal</p> <p>- apertura de p.p. x plomo hach ultra</p> <p>- histiología secundario</p> <p>- extracción de cu en capilar vivo</p> <p>- extracción p.p. de plomo x embullage</p> <p>- histiología 2 plom</p> <p>- cierre de p.p. x plomo hach prof</p> <p>⑤ - PA de sero: fresco</p> <p>- peso: 4000</p> <p>- Sangre: 750</p> <p>- BpGAR: 9.9</p>
--	--

[Redacted]		HISTORIA CLÍNICA Nº	853069
CORSA	SERVICIO	MÉDICO	[Redacted]
11	Maternidad	[Redacted]	[Redacted]

RECORD OPERATORIO

Anexo 7
Récord operatorio 2


PERÚ Ministerio de Salud
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LORENA
RECORD OPERATORIO



CIRUJANO: Dr. Paredes 1ER AYUDANTE: Dr. Gutierrez
 2DO AYUDANTE: [Redacted] INSTRUMENTISTA: Dr. H. Castillo
 CIRCULANTE: [Redacted]
 CUENTA DE GASTOS: [Redacted]
 CLASE DE ANESTESIA: [Redacted]
 FECHA: 01-11-2022 COMIENZO DE OPERACIÓN: 11:20 A.M. P.M. TÉRMINO DE OPERACIÓN: 12:15 A.M. P.M.

- ① Preparar Hiala la.
Hemorragia post-parto
de tipo central. 7 HORAS 4:00
- ② El axrmo + DESCLARO CERVICOL
+ con sangante, cervix friable
sensible también a los 12 y 03
- ③ p.to en posición + lototomía,
Traqueotomía
Lu+ - puerperal.
Rovisa + cervix bajo Anestesia
- ④ Uterina, atonia, capos, se
coloca Espejo bivalvo, luego RPLUS
separador, se identifica zona +
lesion. Sangre, se colocan puntos
transfixantes con amido 1
se colocan hilo colgante, en
CERVIX utero.

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	HISTORIA CLINICA Nº
<u>Huamán</u>	<u>Maguierhua</u>	<u>Yaneth</u>	<u>853069</u>
CAMA	SERVICIO	MÉDICO	
<u>[Redacted]</u>	<u>[Redacted]</u>	<u>Dr. Paredes</u>	