

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

HEMORRAGIA POSTPARTO Y FACTORES INFLUYENTES,

UN CASO EN EL HOSPITAL NACIONAL

DOS DE MAYO

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic. Obst. Juan Jacinto Hachapuma Hernandez

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

TACNA – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

HEMORRAGIA POSTPARTO Y FACTORES INFLUYENTES,
UN CASO EN EL HOSPITAL NACIONAL
DOS DE MAYO

TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

Lic. Obst. Juan Jacinto Hachapuma Hernandez

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

Aprobado por **unanimidad** ante el siguiente jurado:



Mtra. Jackeline Rosemary Flores Flores
Presidenta



MSc. Marleni Mary Ayma Jiménez
Secretaria



Mtra. Guicela Maribel Palza Portugal
Vocal



Mtra. Guicela Maribel Palza Portugal
Asesora



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Unidad de Seguridad Especialidad Profesional de Obstetricia



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Mtra. Guicela Maribel Palza Portugal**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 058-2024-SEP/FACS-UNJBG del 14 de mayo de 2024, de la Trabajo Académico titulado: **HEMORRAGIA POSTPARTO Y FACTORES INFLUYENTES, UN CASO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO**, presentado por el Lic. Obst. Juan Jacinto Hachapuma Hernandez. 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 8 %. 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, 05 de setiembre de 2025.

FIRMA ASESORA

Nombres y Apellidos: Guicela Maribel Palza Portugal
DNI: 00448206



Huella dactilar

FIRMA AUTOR

Nombres y Apellidos: Juan Jacinto Hachapuma Hernandez



Huella dactilar

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiar mis pasos y preservar mi salud ante situaciones adversas, mi vida es reflejo de su bondad y misericordia.

A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann por permitirme la oportunidad de continuar con mi crecimiento profesional a través de esta segunda especialidad, cuyos aprendizajes se verán reflejados en la atención especializada que brinde a mis pacientes.

A mi familia y amigos por su comprensión ante mis ausencias y ser a la vez el estímulo constante y apoyo incondicional en mi desarrollo profesional.

DEDICATORIA

A mi querida familia padres, hermanos e hijos:

Con gratitud dedico este trabajo académico para alcanzar mi anhelada Segunda Especialidad, a ustedes que son mi razón y motivo para continuar en el camino de la superación profesional, su amor incondicional y su ejemplo de vida, son el impulso en los momentos de flaqueza.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------------------------------------|------|
| AGRADECIMIENTO | iv |
| DEDICATORIA..... | v |
| ÍNDICE..... | vi |
| ÍNDICE DE FIGURAS | viii |
| RESUMEN..... | ix |
| ABSTRACT | x |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 3 |
| 1.1. Descripción del problema | 3 |
| 1.2. Formulación del problema | 5 |
| 1.2.1. Problema general..... | 5 |
| 1.2.2. Problemas específicos..... | 5 |
| 1.3. Justificación..... | 5 |
| 1.4. Objetivos | 6 |
| 1.4.1. Objetivo General | 6 |
| 1.4.2. Objetivos Específicos..... | 6 |
| CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL | 7 |
| 2.1. Hemorragia postparto..... | 7 |
| 2.2. Definición..... | 7 |
| 2.3. Incidencia de hemorragia postparto | 7 |
| 2.4. Clasificación de la hemorragia postparto..... | 8 |
| 2.5. Etiología de la hemorragia post parto..... | 10 |
| 2.6. Factores de riesgo..... | 12 |
| 2.7. Fisiopatología de la Hemorragia post parto..... | 13 |
| 2.8. Diagnóstico..... | 14 |
| 2.9. Tratamiento o Manejo..... | 16 |
| 2.10. Complicaciones maternas por hemorragia postparto..... | 18 |
| CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO: CASO CLÍNICO | 21 |
| 3.1. Anamnesis..... | 21 |
| 3.1.1. Filiación..... | 21 |

| | |
|-------------------------------------------|----|
| 3.1.2. Enfermedad actual..... | 21 |
| 3.1.3. Antecedentes..... | 22 |
| 3.1.4. Examen Físico..... | 23 |
| 3.1.5. Impresión diagnóstica..... | 24 |
| 1.1.6. Tratamiento y evolución..... | 25 |
| 3.1.7. Exámenes auxiliares..... | 37 |
| 3.1.8. Epicrisis/Situación familiar..... | 38 |
| CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN..... | 40 |
| CONCLUSIONES..... | 43 |
| RECOMENDACIONES..... | 44 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 45 |
| ANEXOS..... | 50 |
| Anexo 1. Historia Clínica Obstétrica..... | 50 |
| Anexo 2. Nota de Ingreso..... | 53 |
| Anexo 3. Evaluación Pre Anestésica..... | 55 |
| Anexo 4. Informe Operatorio..... | 56 |
| Anexo 5. Epicrisis..... | 57 |
| Anexo 6. Hemogramas..... | 59 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--------------------------------------|----|
| Figura 1. Balón de Bakri..... | 17 |
|--------------------------------------|----|

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo que contribuyeron a la hemorragia posparto en un caso clínico del Hospital Nacional Dos de Mayo. **Métodos:** Estudio de caso clínico de una puérpera de 34 años con antecedentes de cesárea y parto domiciliario. Ingresó en shock hipovolémico debido a una hemorragia posparto y se le realizó histerotomía y transfusión masiva. **Resultados:** Los factores de riesgo identificados incluyeron parto domiciliario, cesárea previa, anemia gestacional y falta de control prenatal. Se documentó una pérdida sanguínea de 1500 ml, retención placentaria, atonía uterina y desgarro vaginal. Requirió manejo en UCI y fue dada de alta voluntariamente con pronóstico favorable. **Conclusiones:** La intervención médica oportuna evitó la muerte materna. Este caso resalta la importancia del parto institucional, la atención prenatal y la capacitación profesional para emergencias obstétricas.

Palabras clave: Hemorragia posparto, Puerperio, Muerte materna, Inercia uterina, Histerotomía.

ABSTRACT

Objective: To identify the risk factors that contributed to postpartum hemorrhage in a clinical case at the Hospital Nacional Dos de Mayo. **Methods:** Clinical case study of a 34-year-old puerperal woman with a history of cesarean section and home birth. She was admitted in hypovolemic shock due to postpartum hemorrhage and underwent hysterotomy and massive transfusion. **Results:** Identified risk factors included home birth, previous cesarean section, gestational anemia, and lack of prenatal care. A blood loss of 1500 mL, retained placenta, uterine atony, and vaginal tear were documented. She required ICU management and was discharged voluntarily with a favorable prognosis. **Conclusions:** Timely medical intervention prevented maternal death. This case highlights the importance of institutional delivery, prenatal care, and professional training for obstetric emergencies.

Key words: Postpartum Hemorrhage, Postpartum Period, Maternal Death, Uterine Inertia, Hysterotomy.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto (HPP) es un problema persistente en la salud materna a nivel mundial. Desde hace décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce como una de las principales causas de muerte materna, especialmente en países con sistemas de salud deficientes o acceso limitado a servicios obstétricos (1). En los países en desarrollo, la HPP representa aproximadamente el 25 % de las muertes maternas, y su impacto continúa siendo alto a pesar de los avances clínicos y quirúrgicos en el manejo obstétrico (1). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que entre el 8 % y el 10 % de las mujeres en América Latina sufren hemorragia postparto, lo cual representa una causa frecuente de ingreso a cuidados intensivos, transfusiones masivas y secuelas ginecológicas severas (2). En el contexto nacional, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) informó que en el año 2023 la hemorragia postparto fue la causa directa más frecuente de muerte materna, representando el 21.8 % del total de casos (3).

Clínicamente, se define como hemorragia postparto a la pérdida de más de 500 ml. de sangre tras un parto vaginal o más de 1000 ml. luego de una cesárea (4). Las causas más frecuentes son la atonía uterina, retención de restos placentarios, desgarros del canal del parto y coagulopatías, agrupadas en la clasificación conocida como las "4 T": tono, tejido, trauma y trombina (3,5). La identificación de factores de riesgo es clave para su prevención. Entre los más comunes destacan la cesárea previa, anemia en el embarazo, multiparidad, macrosomía fetal, parto domiciliario y la ausencia de controles prenatales adecuados, los cuales dificultan la identificación oportuna de complicaciones (6,7).

El problema se agrava en contextos sociales donde aún prevalece el parto domiciliario y donde no se garantiza el acceso equitativo a servicios de salud materna. Las muertes por hemorragia postparto continúan ocurriendo por causas evitables, como el retraso en la atención o la ausencia de profesionales capacitados en primeros niveles de atención (3,4). Esta realidad pone en evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, detección temprana y manejo oportuno de esta complicación, además del rol fundamental del personal de salud en la promoción del parto institucional (3).

Este estudio se justifica en tanto permite identificar, a partir de un caso clínico, los factores que influyen en la ocurrencia de una hemorragia postparto, en un contexto real y hospitalario, visibilizando las limitaciones de acceso, atención y seguimiento durante el puerperio patológico. Asimismo, aporta evidencia para reforzar la importancia del control prenatal reenfocado, la preparación obstétrica del personal de salud y la vigilancia de los factores de riesgo en cada gestante y/o puérpera.

El objetivo general de esta investigación es identificar los factores de riesgo que influyeron en la hemorragia postparto en el caso clínico del Hospital Nacional Dos de Mayo. El objetivo específico es determinar las características clínicas y sociales de dicha complicación obstétrica en la paciente atendida.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Entre los problemas graves de salud pública, la hemorragia postparto es considerada como una de las causas de la muerte de mujeres durante el alumbramiento y el post parto (1).

A nivel mundial, en referencia a esta problemática sanitaria, la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que es la principal causa de muerte materna (17 a 40 %), en los países denominados pobres o subdesarrollados, como se ha establecido que provoca un 25 % del total de muertes maternas alrededor del mundo y el 30 % de mortalidad de madres en algunos países de Las Américas, la hemorragia es considerada en américa latina como segunda causa de muerte materna (8).

La OMS menciona que una de cada cinco muertes maternas estuvo relacionadas a la hemorragia post parto (HPP), además cita las diferentes causas directas de mortalidad materna durante el embarazo, parto y puerperio, en donde se estima que a nivel mundial el 80 % de las defunciones maternas son por causas directas, de las cuales el 25 % de las muertes maternas sucedieron por causas de la hemorragia post parto (1).

A nivel de Latinoamérica, la Organización Panamericana de Salud (OPS) informa que cada día mueren 16 mujeres a causa del embarazo, parto y puerperio siendo la principal causa la hemorragia postparto, presentándose en el 8.2 % de las mujeres de América Latina (8).

La OMS establece, reducir la mortalidad materna, lo que está establecido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, donde se tiene programado para el año 2030 reducir la mortalidad materna en menos de 70 por cada 10 000 nacidos vivos a nivel mundial.

Tal es así que las mujeres en África tienen un riesgo de morir por causa del embarazo o parto en proporción de 1 de cada 37 (10). Por el contrario, las mujeres en Europa representan 1 de cada 6 500 el riesgo de morir por complicaciones obstétricas, como hipertensión arterial durante el embarazo e infecciones graves y hemorragias durante el parto o después del parto (10).

Cada año en todo el mundo mueren más de 500 000 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 49 años, como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, siendo la hemorragia postparto la primera causa de muerte. La hemorragia postparto es, por consiguiente, una de las causas más comunes de mortalidad materna en el mundo. El 99 % de ellas se presenta en países en vías de desarrollo (2).

A nivel mundial, el 75 % de las complicaciones post parto corresponde a la hemorragia post parto, además se estima que esta aparece en un 40 % de todos los partos vaginales, y en un 30 % de los partos por cesárea (2).

En el Perú, según el Ministerio de Salud en el año 2023 informaron a través del Boletín epidemiológico que, la mayor frecuencia de muertes maternas (MM) fue por causas directas (62.6 %) del embarazo, parto y puerperio, de las cuales el 21.8 % fueron por hemorragias post parto. Además, las MM se dieron principalmente en mujeres cuya edad es ≤ 30 años, resalta que la proporción de fallecidas con edades ≤ 19 años se incrementó en relación con los valores del año 2022 y que éstas procedían de las regiones La Libertad, Loreto y San Martín. Así mismo el 8.6 % de MM correspondían al grupo indígena amazónico (Awajun y Asháninka). Sobresalen en sus características, que suceden en domicilio o en trayecto y por causa directas principalmente hemorragias. Cabe resaltar que el 75 % de muertes maternas se producen en mujeres que recibieron atenciones prenatales (3).

Las hemorragias y los trastornos hipertensivos constituyen las principales causas de MM a nivel nacional. Las hemorragias son más frecuentes en MM extrainstitucionales; por otro lado, los trastornos hipertensivos son más

frecuentes en MM institucionales. Las enfermedades infecciosas y parasitarias representan la principal causa de MM indirecta (3).

Por tanto, observamos que la muerte materna en el Perú ocurre por hemorragias como una de las principales causas, constituyendo un 21.8 % del 62.6 % que son las MM extrainstitucionales; lo que significa un problema actual y de necesidad de mejora en el abordaje.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la presentación de hemorragia postparto en el caso clínico de hospital nacional dos de mayo?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características de la hemorragia post parto en el caso clínico de hospital nacional dos de mayo?

1.3. Justificación

La revisión del presente caso clínico se justifica en la imperiosa necesidad que como profesionales de la salud podamos reconocer la patología de mayor prevalencia e incidencia y con mayor asociación a tasas de morbimortalidad a nivel mundial. La hemorragia postparto es considerada como ya se ha indicado, la principal causa de muerte materna alrededor del mundo.

Es un problema en la salud materna por sus alcances mortales y su impacto en los indicadores. La hemorragia postparto se presenta inmediatamente después del parto y durante el puerperio inmediato en tal sentido es importante que el profesional obstetra vigile el sangrado genital, funciones

vitales y el tono uterino cada 15 minutos durante las primeras dos horas de puerpera.

El aporte práctico, el estudio es importante para que el profesional Obstetra realice actividades que permitan prevenir la hemorragia post parto, el manejo activo del tercer periodo del parto consiste en el uso de agentes uterotónicos, la tracción controlada del cordón, el masaje uterino, el control del sangrado durante el puerperio y el uso de protocolos de atención de tal manera que se pueda realizar la referencia a una institución de mayor complejidad.

De tal manera esta investigación, puede servir de base para investigaciones futuras.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Identificar los factores de riesgo que influyen en la hemorragia postparto en el caso clínico del Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.4.2. Objetivos Específicos

Determinar las características de la hemorragia postparto en el caso clínico del Hospital Nacional Dos de Mayo.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1. Hemorragia postparto

2.2. Definición

Según la OMS, la hemorragia postparto (HPP) se define como la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto (4); en América Latina, la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) menciona a la pérdida de sangre de 1000 ml en una cesárea y 500 ml en parto normal, como definiciones aceptadas dentro del mismo marco temporal (11). Aceptando además que se entiende por HPP a cualquier pérdida hemática que cause compromiso hemodinámico en el post parto, descenso del hematocrito mayor o igual al 10 % del valor basal previo al parto/cesárea con o sin sintomatología (12).

2.3. Incidencia de hemorragia postparto

La hemorragia postparto (HPP) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial. Según la OMS, cada año provoca alrededor de 70 000 muertes y afecta a millones de mujeres después del parto, siendo más frecuente en regiones con limitado acceso a servicios de salud, como África Subsahariana y Asia Meridional, donde se concentran más del 85 % de las muertes por esta causa (13). Rivera et al. señalan que la HPP afecta entre el 1 % y el 5 % de las mujeres, y entre el 0.5 % y el 1 % de los casos son severos, requiriendo intervenciones como transfusiones o cirugía (14).

Por su parte, Karlsson et al., indican que a pesar de los avances en obstetricia y el uso extendido de uterotónicos, la HPP continúa siendo una de las complicaciones más temidas del puerperio y figura entre las tres principales causas de muerte materna a nivel global. En países desarrollados, su incidencia rara vez supera el 5 %, aunque en contextos vulnerables es

considerablemente mayor, debido a deficiencias en la prevención activa del alumbramiento (15). Por otro lado, Wormer et al., reporta que la HPP afecta entre el 1 % y el 3 % de los partos en el mundo. En Estados Unidos, la mortalidad materna asociada a esta complicación aumentó de 8 a 40 por cada 10 000 partos, mientras que, en Europa, la incidencia se estima en 13 %. La causa más frecuente sigue siendo la atonía uterina, implicada en el 70 % al 80 % de los casos (16).

A nivel nacional, un estudio realizado por Ruiz-Reyes et al. evidenció que entre los años 2020 y 2023, las hemorragias obstétricas se mantuvieron entre las principales causas directas de muerte materna. En 2020 representaron el 47 % de los casos, en 2021 aumentaron al 53 %, en 2022 alcanzaron el 54 %, y en 2023 disminuyeron al 25.5 %, aunque siguieron siendo un factor crítico, especialmente durante el puerperio, donde se concentró la mayoría de los fallecimientos (17).

Del mismo modo, el MINSA refiere que la HPP ha sido la principal causa de muerte materna directa en el país, el cual representó el 25,7 % de las muertes en 2022, el 23 % en 2023 y el 21,8 % en el primer trimestre de 2024. Además, en 2023, el 47,3 % de estas muertes ocurrieron fuera de establecimientos de salud, lo que refleja un acceso deficiente a atención médica oportuna, especialmente en zonas rurales. Las regiones con más casos fueron La Libertad, Cajamarca, Loreto y Cusco, esto muestra que muchas mujeres no llegan a tiempo a un centro de salud o no tienen acceso a atención médica adecuada (18).

Finalmente, Carrión et al. realizaron un estudio entre 2021 y 2023 en un Hospital nivel III de Huancayo, en el que se atendieron 11 835 partos, registrándose 282 casos de HPP, es decir que aproximadamente 2 de cada 100 partos presentaron esta complicación (19).

2.4. Clasificación de la hemorragia postparto

Depende del tiempo de presentación de esta y se clasifica en dos:

a) Hemorragia Post parto primaria (HP)

Es la hemorragia que ocurre inmediatamente, dentro de las primeras 24 horas luego del parto. Pérdida sanguínea estimada mayor a 500 ml en el posparto vaginal y mayor a 1000 ml para parto por cesárea (20).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ha actualizado la definición de hemorragia postparto como una pérdida sanguínea igual o superior a 1000 mL, o cualquier cantidad de sangrado que se acompañe de signos y síntomas de hipovolemia, independientemente de si el parto fue vaginal o por cesárea (21). La atonía uterina constituye el 70 %. Por ello, el tiempo inmediatamente posterior al nacimiento y las primeras horas del posparto son fundamentales para detectar y tratar a tiempo el sangrado uterino. Este puede desarrollarse de forma gradual durante varias horas y pasar desapercibido hasta que la paciente presenta un cuadro de shock. A diferencia de otras complicaciones maternas, la hemorragia puede convertirse rápidamente en una condición potencialmente mortal, por lo que tanto el sangrado persistente y leve como el abrupto representan una verdadera emergencia obstétrica (20).

Las HP Primaria: 50 % (Primeras 24 horas) atonía uterina (50 a 60 %), entre las patologías relacionadas encontramos:

- Traumatismo cérvico-vaginal (20 a 30 %).
- Retención de restos ovulares (10 %).
- Trastornos adherenciales placentarios.
- Inversión uterina (22).

b) Hemorragia Post parto Secundaria

Sangrado uterino excesivo que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas posteriores al parto y frecuentemente se asocian a retención de producto de la concepción, sub-involución del lecho placentario o infección (22).

Las patologías relacionadas son:

- Presencia de restos ovulares retenidos.
- Involución inadecuada del sitio de inserción placentaria.
- Apertura o fallo en la cicatrización de la sutura uterina (histerorrafia).

- Trastornos de la coagulación de origen congénito o adquiridos.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Alteraciones de la coagulación relacionadas con transfusiones previas.
- Infección uterina grave (sepsis).
- Preeclampsia y síndrome HELLP.
- Muerte fetal intrauterina (22).

c) Hemorragia post parto severa

Presencia de uno de los siguientes criterios: pérdida sanguínea de 2000 ml, disminución periparto de la hemoglobina en 4 g/dl, transfusión de al menos 4 unidades de glóbulos rojos empacados, intervención hemostática (suturas de compresión, ligadura de arteria uterina o hipogástrica, histerectomía) o muerte (20).

2.5. Etiología de la hemorragia post parto

La causa más frecuente de hemorragia post parto inmediato es la atonía uterina (incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento) también llamada “inercia uterina”, representando el 70 - 90 % del total de casos registrados (5).

Ante un caso de hemorragia post parto debe considerarse las siguientes etiologías:

- **Inercia Uterina:** se refiere a la falta de contracción del útero después del alumbramiento. Esta condición impide una adecuada hemostasia en el sitio de implantación placentaria, lo que puede provocar una hemorragia postparto inmediata significativa, definida como una pérdida superior a 500 mL tras un parto vaginal o más de 1000 mL después de una cesárea, dentro de las primeras 24 horas (5).

Los factores de riesgo incluyen: Multiparidad, embarazo múltiple, trabajo de parto prolongado, corioamnionitis, macrosomía, entre otros; sin embargo, puede sobrevenir en cualquier mujer sin factores de riesgo identificables (23).

- **Lesiones del canal** (desgarro de la vagina o cuello uterino).
- **Rotura uterina**
- **Restos placentarios**
 - **Acretismo placentario:** Es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio (23).

Esta condición conlleva un elevado riesgo de morbilidad y mortalidad materna, a menos que se disponga de personal capacitado y recursos institucionales adecuados para intervenir oportunamente durante el alumbramiento. Se puede producir una hemorragia masiva, que puede inducir una coagulación intravascular diseminada, y la consiguiente necesidad de una histerectomía de emergencia que puede provocar lesiones quirúrgicas de los uréteres, vejiga y otras vísceras, síndrome de dificultad respiratoria, insuficiencia renal y muerte (22).

Los síndromes relacionados con el acretismo placentario se diferencian de acuerdo con el grado de penetración del trofoblasto en la pared uterina:

- **Placenta Acreta:** Cuando las vellosidades se adhieren al miometrio.
- **Placenta Increta:** Cuando las vellosidades penetran en el miometrio.
- **Placenta Percreta:** Cuando las vellosidades invaden hasta la serosa o más allá (20).

Los principales factores de riesgo incluyen haber tenido placenta previa y cesáreas en gestaciones previas.

La incidencia mundial actual de acretismo es de 3 casos por cada 1000 embarazos, consecuencia del incremento de la cesárea y asociación con la mortalidad materna (20).

- **Trastorno de la coagulación**

Una forma sencilla de recordar las causas de la hemorragia postparto es mediante la mnemotecnica conocida como las "4 T".

a) Tono (70 %): Hace referencia a la falta de contracción uterina, conocida

como atonía o inercia uterina.

- b) Trauma (19 %): Engloba lesiones como desgarros del cuello uterino, la vagina o el canal del parto, así como rotura o inversión del útero.
- c) Tejidos (10 %): Se refiere a la presencia de restos placentarios, coágulos retenidos o alteraciones en la inserción de la placenta.
- d) Trombina (1 %): Comprende trastornos de la coagulación, ya sean de origen congénito o adquiridos durante la gestación (5).

2.6. Factores de riesgo

Como factor de riesgo se entiende cualquier situación, condición o exposición que aumente la posibilidad de una persona desarrolle una hemorragia postparto (24).

Los factores de riesgo asociados a la aparición de hemorragia post parto son:

a) Factores ante parto:

- Edad materna igual o mayor a 35 años.
- Pertenencia a grupos étnicos asiáticos.
- Edad gestacional avanzada.
- Mujeres que no han tenido partos previos (nulíparas).
- Multiparidad extrema (más de cinco partos).
- Embarazo múltiple.
- Antecedente de cesárea.
- Presencia de anemia durante la gestación (hemoglobina menor de 10 g/dL).
- Diagnóstico de enfermedad de Von Willebrand.
- Hemofilia u otros trastornos hemorrágicos hereditarios.
- Antecedente personal de hemorragia postparto.
- Diagnóstico de placenta previa.
- Exceso de líquido amniótico (polihidramnios).
- Uso de terapia anticoagulante durante el embarazo (24).

b) Factores intrapartos:

- Inducción del trabajo de parto.
- Uso de instrumentos obstétricos durante el parto (como fórceps o ventosa).
- Cesárea, ya sea programada o de emergencia.
- Prolongación anormal de las fases de dilatación o expulsivo.
- Infección intraamniótica (corioamnionitis).
- Presencia de preeclampsia o síndrome HELLP.
- Aplicación de anestesia general durante el parto.
- Trabajo de parto muy rápido (parto precipitado).
- Laceraciones del periné.
- Realización de episiotomía (25).

c) Factores postparto:

- Duración del alumbramiento igual o superior a 30 minutos.
- Retención placentaria.
- Extracción manual de la placenta.
- Peso del recién nacido.
- Falta del manejo activo en la fase del alumbramiento (25).

La identificación de factores de riesgo permite anticipar solo alrededor del 40 % de los casos de hemorragia postparto. Por lo tanto, más de 2/3 de las HPP se producen en mujeres sin factores de riesgo conocidos (26). A pesar de ello, es fundamental mantener una vigilancia constante durante la atención del parto, reevaluando de forma continua el riesgo de hemorragia conforme progresa el trabajo de parto (26).

2.7. Fisiopatología de la Hemorragia post parto

Después del alumbramiento, el útero detiene el sangrado a través de dos mecanismos hemostáticos esenciales:

- El primero consiste en la contracción del miometrio, que comprime los vasos espirales y logra una hemostasia de tipo mecánico.
- El segundo involucra la acción de componentes hemostáticos liberados por la decidua, como el factor tisular, el inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1 y diversos factores de la coagulación presentes en la circulación sistémica.

El proceso fisiopatológico más comúnmente asociado a hemorragia en el post parto primario se da por perturbación de uno o ambos mecanismos; no obstante, el resto de los casos se asocian a pérdida de vasculatura intacta, como en el trauma intraparto (27).

Como parte de los cambios fisiológicos del embarazo, hacia el final del tercer trimestre el flujo sanguíneo de las arterias uterinas se incrementa significativamente, alcanzando entre 500 y 700 mL por minuto, lo que representa aproximadamente el 15 % del gasto cardíaco total. Es por ello que, en ausencia de un proceso hemostático adecuado, la hemorragia no controlada se torna en un evento potencialmente letal. Además, dado el aumento en el volumen sanguíneo circulante, los signos y síntomas tempranos de hipovolemia pueden no presentarse hasta que la hemorragia sea sustancial, generalmente tras superar el 25 % del volumen sanguíneo (\geq 1500 ml en el embarazo) (27).

2.8. Diagnóstico

Los niveles de hemoglobina y hematocrito no son marcadores confiables de pérdida sanguínea aguda, ya que pueden permanecer normales en las primeras fases. En cambio, una disminución en los niveles de fibrinógeno por debajo de 200 mg/dL se asocia con mayor probabilidad de hemorragia postparto severa. Por ello, la cuantificación precisa del sangrado es esencial para su seguimiento y tratamiento. Aunque la estimación visual sigue utilizándose, diversos expertos recomiendan el uso de dispositivos recolectores para mejorar la exactitud. Tras realizar una evaluación pélvica

completa e identificar el origen anatómico del sangrado, es necesario establecer la causa para orientar el manejo adecuado. Para ello, se sugiere aplicar la nemotecnia de las “4 T”, que ordena las causas más frecuentes de forma descendente (5).

a) Tono uterino anormal

La atonía uterina representa la causa más común de hemorragia postparto, responsable del 70 % de los casos y aproximadamente del 4 % de las muertes maternas. Se sospecha cuando, luego del alumbramiento y del manejo activo de la tercera etapa del parto, se encuentra un útero blando, sin buena contracción o completamente flácido. Esta pérdida del tono impide las contracciones necesarias para la involución uterina y la hemostasia adecuada (5).

b) Trauma obstétrico

Las causas traumáticas incluyen desgarros, hematomas, así como ruptura o inversión uterina, y son responsables del 20 % de los casos de HPP. Su origen puede ser múltiple, aunque la debilidad en el soporte del suelo pélvico se asocia con mayor predisposición a estas complicaciones. Las laceraciones en cuello uterino o vagina pueden producirse espontáneamente o como consecuencia de maniobras médicas. El uso rutinario de la episiotomía no se recomienda, ya que se ha asociado con un aumento en la pérdida de sangre y lesiones en el esfínter anal (28).

c) Tejido retenido

Cuando se conserva tejido placentario o existe una anomalía en la inserción de la placenta, se genera cerca del 9 % de los casos de hemorragia postparto. Su diagnóstico puede realizarse mediante revisión manual de la cavidad uterina o a través de ecografía, especialmente si no se produce la expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posteriores al nacimiento. Esta causa suele manifestarse luego del alumbramiento, por lo que la extracción manual debe realizarse con cuidado (28).

d) Trombina – Trastornos de la coagulación sanguínea

El término “trombina” recuerda la necesidad de evaluar posibles coagulopatías, ya sean adquiridas o hereditarias, como origen del sangrado. Estas alteraciones representan cerca del 1 % de los casos de HPP. Pueden desarrollarse como consecuencia de pérdidas sanguíneas masivas o por dilución de factores de coagulación circulantes (28).

2.9. Tratamiento o Manejo

Una vez que la paciente ha sido estabilizada, se inicia el tratamiento de la hemorragia postparto. El abordaje debe seguir un esquema escalonado, ya que cualquier retraso en la progresión terapéutica puede empeorar la pérdida sanguínea y comprometer el estado hemodinámico de la paciente.

Las medidas iniciales incluyen:

- Manejo activo del alumbramiento.
- Remoción inmediata de placenta o restos placentarios si hay sangrado persistente.
- Evaluación uterina manual acompañada de profilaxis antibiótica.
- Exploración visual del tracto genital inferior.
- Masaje uterino.
- Administración de oxitocina (28).

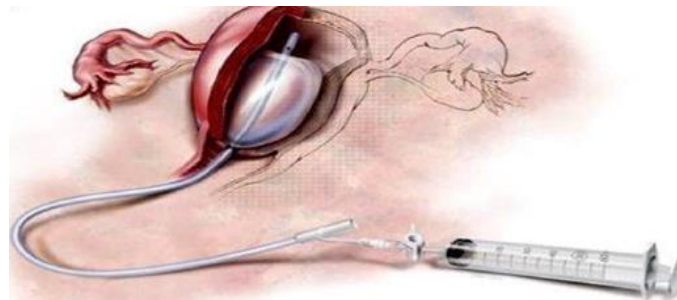
Dado que la atonía uterina es la causa más común de HPP, el uso de uterotónicos constituye la primera línea terapéutica, al favorecer las contracciones uterinas y disminuir el sangrado. La oxitocina es el medicamento de elección, siendo más efectiva y con menos efectos adversos que otros agentes. Puede administrarse al momento del parto o tras la expulsión placentaria. La dosis inicial recomendada es de 5 a 10 UI por vía intramuscular o intravenosa. Debido a su corta vida media, debe mantenerse una infusión continua de hasta 10 UI/hora, la cual puede suspenderse dos horas después si el útero se mantiene bien contraído (28).

Si no hay respuesta en los primeros 30 minutos y persiste la atonía uterina,

se deben usar medicamentos de segunda línea. En algunos países como España y Austria, se prefiere la metilergometrina; en otros lugares, se recurre al misoprostol o al carboprost, ambos derivados de prostaglandinas. La metilergometrina incrementa la fuerza y frecuencia de las contracciones uterinas, pero está contraindicada en pacientes con preeclampsia o eclampsia por su acción vasoconstrictora. Se puede administrar por vía intravenosa, intramuscular o directamente en el miometrio. Si este medicamento no es eficaz o está contraindicado, se utiliza el carboprost, en dosis de 250 microgramos por vía intramuscular, repetibles cada 15 a 30 minutos hasta un máximo de 2 gramos (5).

En caso de que el sangrado persista tras la administración de uterotónicos, se puede recurrir al uso de un balón de taponamiento uterino. Esta técnica de segunda línea permite aplicar presión desde el interior del útero para comprimir el lecho placentario, inducir contracción uterina y reducir el flujo sanguíneo, evitando así intervenciones quirúrgicas más agresivas (5).

Figura 1. Balón de Bakri



Fuente: Carvajal y Ralph (2019) (5).

Aunque el tratamiento farmacológico y la administración de hemoderivados constituyen pilares fundamentales en el manejo de la hemorragia postparto, existen escenarios clínicos en los que es necesario recurrir a intervenciones quirúrgicas para controlar el sangrado. La efectividad de dichas maniobras aumentará cuanto más precozmente sean aplicadas y menor haya sido la pérdida de sangre (5).

Entre las técnicas invasivas disponibles para detener una hemorragia postparto, se encuentran: Ligadura de vasos, las suturas uterinas compresivas, la embolización arterial y la histerectomía total o parcial (5).

Esta última se aplicará sólo en casos en los que la hemorragia no haya podido controlarse por ninguna de las otras técnicas o cuando la estabilidad hemodinámica no permita la realización de éstas secuencia de Tratamiento de la Hemorragia Postparto causada por una Atonía Uterina (5).

2.10. Complicaciones maternas por hemorragia postparto

Karlsson et al., mencionan como complicaciones de la hemorragia postparto el shock hipovolémico por pérdida masiva de sangre, que puede llevar a insuficiencia renal, falla multiorgánica o incluso la muerte materna. También puede provocar síndrome de Sheehan, una necrosis de la hipófisis por falta de oxígeno, que compromete la función hormonal de por vida. Además, la coagulopatía intravascular diseminada (CID) es una complicación frecuente en hemorragias severas, donde la sangre pierde su capacidad de coagular adecuadamente, lo que agrava el cuadro (15).

En situaciones críticas donde la hemorragia posparto no puede ser controlada mediante tratamientos médicos o procedimientos quirúrgicos conservadores, puede ser necesario recurrir a una histerectomía (extirpación total del útero) o, en casos seleccionados, a una histerotomía, que consiste en una incisión uterina sin extirpación, utilizada para realizar una ablación endometrial. Esta última intervención puede conllevar complicaciones como el síndrome de Asherman, caracterizado por la formación de sinequias intrauterinas y una reducción significativa de la fertilidad. Esto se debe a la destrucción parcial o total del endometrio funcional, indispensable para la implantación embrionaria. Tales complicaciones se agravan por el compromiso hemodinámico inducido por la pérdida masiva de sangre, que conlleva hipoperfusión y disminución del

aporte de oxígeno a los órganos vitales, deteriorando el estado clínico de la puérpera (15).

Coincidentemente, Wormer et al. mencionan como principales complicaciones del HPP el shock hipovolémico, como consecuencia de una pérdida sanguínea masiva no controlada, que compromete la perfusión tisular y puede conducir a fallo multiorgánico, afectando órganos vitales como el cerebro, el miocardio, el hígado y los riñones. Una complicación endocrina grave asociada es el síndrome de Sheehan, que consiste en una necrosis isquémica de la hipófisis anterior secundaria a hipoperfusión severa, lo que desencadena insuficiencia hormonal múltiple (16). Además, el manejo de la HPP puede requerir transfusión masiva de hemoderivados, lo que incrementa el riesgo de eventos adversos como lesión pulmonar aguda relacionada con transfusión (TRALI), edema pulmonar, reacciones hemolíticas, sobrecarga circulatoria e infecciones (16).

En casos refractarios al tratamiento médico, es necesario recurrir a intervenciones quirúrgicas como taponamiento intrauterino, suturas compresivas uterinas (como las suturas de B-Lynch), embolización de arterias uterinas o, en última instancia, una histerectomía obstétrica, la cual resuelve el sangrado, pero implica la pérdida definitiva de la fertilidad y un mayor riesgo de lesiones de vías urinarias (16).

Asimismo, algunas técnicas conservadoras pueden generar sinequias intrauterinas (sinequias de Asherman), comprometiendo la cavidad endometrial y afectando la fertilidad. La morbilidad secundaria a estas complicaciones puede incluir infertilidad, embarazo ectópico, parto pretérmino e incluso restricción del crecimiento intrauterino en gestaciones futuras (16).

Por último, tras una HPP, y en especial por atonía uterina, al impedir una contracción efectiva del miometrio, favorece la acumulación intrauterina de

coágulos, restos placentarios y membranas ovulares, estos tejidos retenidos actúan como focos necróticos que propician la colonización por bacterias aerobias y anaerobias del canal vaginal, como *Escherichia coli*, *Streptococcus* del grupo A, *Bacteroides* y *Clostridium spp.*, originando una endometritis posparto que puede progresar rápidamente a infección sistémica si no se trata de forma precoz (29).

Simultáneamente, la pérdida masiva de sangre compromete la perfusión tisular uterina y sistémica, generando hipoxia celular, esta hipoxia disminuye la migración de leucocitos y su capacidad fagocítica, causando una inmunosupresión transitoria que reduce la capacidad del organismo para contener infecciones localizadas. Por tal motivo, las bacterias por vía ascendente ingresan al torrente sanguíneo, provocando una respuesta inflamatoria desregulada conocida como síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS). Esta se manifiesta clínicamente por taquicardia, taquipnea, fiebre o hipotermia, y leucocitosis o leucopenia, reflejando una activación generalizada de citoquinas inflamatorias como TNF- α , IL-1 β e IL-6 (29).

El SIRS puede evolucionar hacia una sepsis ginecológica si la infección uterina progresa sin control, comprometiendo el peritoneo pélvico o la cavidad abdominal. Este cuadro clínico se potencia si existen factores iatrogénicos, como múltiples tactos vaginales, ruptura prolongada de membranas y parto en condiciones no estériles como el parto domiciliario. Estos factores lesionan la mucosa vaginal y endometrial, facilitando la diseminación bacteriana. Si no se implementa una vigilancia clínica estrecha ni tratamiento antibiótico oportuno, la infección puede evolucionar rápidamente hacia un shock séptico obstétrico, con disfunción orgánica múltiple e incluso muerte materna (29).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO: CASO CLÍNICO

3.1. Anamnesis

3.1.1. Filiación

- **Nombres y Apellidos:** M. G. A. C.
- **Edad:** 34 años
- **DNI:** 44773409
- **Estado Civil:** Casada
- **Grado de Instrucción:** Superior.
- **Ocupación:** Fisioterapeuta.
- **Teléfono:** 991990305
- **Procedencia:** Lima
- **Dirección:** Zorritos N°1134 – Cercado de Lima
- **Familiar responsable:** F.A. (espos)
- **Nº de Historia Clínica:** 2689906

3.1.2. Enfermedad actual

- **Tiempo de enfermedad:** 1 día y medio.
- **Forma de inicio:** Brusco y progresivo.
- **Síntomas principales:** Sangrado vaginal.
- **Relato cronológico:**

Paciente con gestación a término atendida en parto domiciliario con posterior sangrado vaginal y retención de placenta, agregado sensación de desvanecimiento, motivo por el cual acude por emergencia del hospital nacional dos de mayo; ingresando con presión arterial: 73/40 milímetros de mercurio; frecuencia respiratoria: 24 respiraciones por minuto; palidez marcada tres cruces sobre tres cruces (+++/+++) pasando a traumashock. Ingresa a sala de operaciones (SOP), donde se le realiza una laparotomía más histerotomía segmentaria transversa, más hemostasia con sangrado de 1500 mililitros, hemoglobina (Hb) de 7.1 g/dL. Pasa a unidad de cuidados

intensivos (UCI) para monitoreo. Posteriormente pasa a hospitalización de Ginecología y obstetricia para cumplimiento de terapia antibiótica.

3.1.3. Antecedentes

a) Antecedentes personales no patológicos

- Inmunizaciones: Dos dosis Covid – No vacuna para hepatitis (VHB) - No antitetánica.

b) Antecedentes personales patológicos

- Tuberculosis (TBC): Negativo
- Hipertensión arterial (HTA): Negativo
- Diabetes mellitus (DM): Negativo.
- Virus de inmunodeficiencia adquirida (HIV): Negativo
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS): Negativo
- Otros: Anemia en el embarazo.
- Alergias: Niega
- Transfusiones: 04 paquetes globulares en ...
- Cirugías previas: Cesárea anterior.

c) Antecedentes gineco obstétricos

- Menarquia: No recuerda
- Régimen catamenial: 5/28 – 30 días.
- Papanicolaou (PAP): 2022 – normal.
- Inicio de relaciones sexuales (IRS): 22 años
- Gestaciones: 2
- Partos: 2
- Fecha de ultima regla (FUR): 26.12.2021
- Fecha último parto (FUP): 02.10.2022
- G1: 2016 – Cesárea por macrosomía fetal – 3840 gr – Clínica Lima.
- G2: 2022 – Parto domiciliario vaginal (02.10.2022)

d) Embarazo actual: No Aplica.

e) Antecedentes Familiares

- Diabetes: No

- Enfermedades congénitas: No
- Gemelares: No
- Hipertensión arterial (HTA): Si (abuelo y tías paternas)
- Neoplasias: Si (Abuela - Cáncer de útero y Mamá - cáncer de mama)
- Tuberculosis (TBC): No.

f) Socioeconómicos: Paciente trabaja de manera independiente en labores de su profesión (fisioterapeuta). Ingreso promedio mensual es de 1500 soles. Vive en casa de padres, donde emplean 2 habitaciones.

g) Alimentación: alimentos a base de carbohidratos y proteínas.

h) Hábitos nocivos: No refiere.

3.1.4. Examen Físico

a) General

La paciente presenta un estado general regular, lúcida, orientada en persona, tiempo y espacio, con actitud tranquila y respuesta adecuada a los estímulos. Se observa palidez moderada de piel y mucosas. No se evidencian edemas ni signos de deshidratación severa. Estado nutricional y de hidratación conservados, aunque regulares. Peso corporal de 63 kilogramos y talla de 1.61 metros.

b) Funciones vitales: Presión arterial 110/70 mmHg, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, temperatura 37°C. Frecuencia cardiaca no referida en este momento. Signos vitales dentro de parámetros aceptables.

c) Piel y faneras: Piel pálida (palidez 2/3), sin ictericia, cianosis ni lesiones visibles. Tejido celular subcutáneo sin alteraciones. Faneras conservadas.

d) Cabeza: Cráneo normocéfalo, sin lesiones ni deformidades. Sin signos de traumatismo.

e) Cuello: No se observan adenopatías palpables, masa ni rigidez. Tráquea central, sin ingurgitación yugular.

f) Tórax: Simétrico, sin deformidades. Expansión torácica conservada. Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.

- g) Mamas:** mamas blandas, sin nódulos ni dolor a la presión, con secreción láctea fisiológica. No se evidencian signos de congestión ni mastitis.
- h) Sistema cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, sin soplos. Pulsos periféricos presentes y simétricos. No hay signos de insuficiencia venosa ni ingurgitación yugular.
- i) Abdomen:** Blando, depresible, dolor leve a la palpación en hipogastrio. No se evidencian masas ni visceromegalias. Ruidos hidroaéreos presentes.
- j) Genitourinario:** Genitales externos sin alteraciones. A la evaluación por tacto vaginal se encuentra una vagina amplia, elástica y profunda. Cérvix con orificio externo cerrado. Útero de tamaño adecuado, contraído, sin signos de atonía. Anexos sin alteraciones al tacto. Se mantiene tapón vaginal en posición. Sonda vesical colocada con diuresis conservada.
- k) Columna vertebral y extremidades:** Columna sin alteraciones aparentes. Extremidades sin edemas, deformidades ni limitación de movilidad. Buena respuesta motora.
- l) Sistema linfático:** No se palpan adenopatías cervicales, axilares ni inguinales.
- m) Neurológico:** Paciente consciente, orientada, con buen tono muscular y respuesta adecuada. No se evidencian signos de déficit neurológico focal.
- n) Extremidades inferiores:** Sin edemas, cianosis ni signos de trombosis. Movilidad conservada.
- o) Reflejos osteotendinosos:** Conservados y simétricos en las extremidades evaluadas.

3.1.5. Impresión diagnóstica

a) Diagnóstico de sospecha

- Sepsis ginecológica
- Anemia
- Politransfundida
- Histerotomía
- Desgarro vaginal

b) Diagnóstico diferencial

- **Shock Hipovolémico tipo IV:** Esto porque la paciente ingresó con PA 73/46 mmHg, taquicardia, palidez (+++), sangrado vaginal activo y retención placentaria, el cual fue confirmado en el diagnóstico preoperatorio y manejado con transfusión masiva y cirugía urgente.
- **Hemorragia postparto por retención placentaria:** Se evidenció útero ocupado con restos placentarios en sala de operaciones y sangrado de 1500 ml.
- **D/C Acretismo placentario:** La paciente tenía cesárea previa y retención placentaria, lo cual genera sospecha clínica de acretismo
- **Anemia severa:** Ingresó con sangrado activo y Hb 7.1 g/dL, requirió múltiples transfusiones.
- **Sepsis postparto hematológica vs. Ginecológica:** Tuvo leucocitosis de 23,890, abastones, fiebre y desgarro vaginal.

c) Diagnóstico final

- Sepsis postparto ginecológica en resolución.
- Síndrome inflamatorio de respuesta sistémica (SIRS)
- Anemia moderada.
- Post operada de laparotomía de emergencia: Histerotomía + Técnica de Posadas + Sutura de hemostasia de periné + Reparación de desgarro vaginal.
- Shock hipovolémico resuelto.
- Puérpera mediata de parto vaginal domiciliario.

1.1.6. Tratamiento y evolución

a) Tratamiento

Tratamiento inicial: Meropenem 1 gramo vía endovenosa cada 8 horas, por 5 días.

Tratamiento Postoperatorio inmediato

1. Nada por vía oral (NPO).
2. Dextrosa 5 unidades 1000 cc + Cloruro de sodio 20% - 2 ampollas: 30

gotas (I -II).

3. Clindamicina 600 mg. Vía endovenosa cada 8 horas.
4. Gentamicina 160 mg. Vía endovenosa cada 24 horas.
5. Tramadol 100 mg. + Metoclopramida 10 mg. + Cloruro de sodio 9‰ - 100 cc: Vía endovenosa cada 8 horas.
6. Ranitidina 50 mg. Vía endovenosa cada 8 horas.
7. Sonda Foley permeable.
8. Tapón vaginal.
9. Control de funciones vitales + Balance hidroelectrolítico (BHE).
10. Interconsulta a UCI para transferencia.
11. Se solicita: Hemoglobina, Hematocrito 6 horas post SOP – Hemograma, Perfil de coagulación.
12. Ácido Tranexámico 1 gr. Vía endovenosa cada 4 horas.
13. Misoprostol 600 mg. Vía rectal STAT (se coloca intra SOP).
14. Ergometrina 0.2 mg. Vía intramuscular cada 8 horas.
Observación: En sala de operaciones (SOP) se transfunde 05 paquetes globulares, sin prueba cruzada

b) Evolución cronológica

Fecha: 02.10.2022

Hora: 21:00 horas.

P.A: 83/60 mm.hg F.C.: 131 por minuto F.R: 24 por minuto

Médico acude por llamado de jefe de guardia, quien indica que paciente se encuentra en Trauma shock con diagnóstico:

- Shock Hipovolémico tipo 4.
- Puérpera de parto vaginal complicado por cesárea anterior una vez.
- Descartar (D/C) Anemia Severa.
- Retención placentaria.

Al examen físico:

Aparente mal estado general, aparente mal estado de nutrición, aparente

mal estado de hidratación, orientada en lugar, tiempo espacio y persona.

Palidez tres cruces (+++).

- Abdomen: Blando, depresible, leve dolor a la palpación en hipogastrio, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical.
- Genito-urinario: Se evidencia cordón clampado con sangre.
- Tacto vaginal: No se palpa placenta y coágulos de sangre en canal vaginal escasos.

Plan: Laparotomía exploratoria de emergencia.

- Paciente con alto riesgo de mortalidad materna.
- Se conversa con familiares y jefe de guardia da situación de paciente, riesgo y complicaciones.

Fecha: 02.10.2022

Hora: 21:40 horas.

Evaluación Preanestésica – Emergencia.

Diagnóstico:

- Retención placentaria
- Puérpera de parto vaginal inmediata complicada por cesárea anterior
- Parto extrainstitucional.

Cirugía propuesta: Cirugía Laparoscópica Exploratoria.

Síntomas principales: Paciente traída por personal de salud, por parto domiciliario, presenta sangrado vaginal activo, palidez, taquicardia e hipotensión.

Antecedentes: Niega por historia clínica HTA, DM, TBC, asma, alergias, hepatitis, transfusiones: No se sabe.

Cirugías previas: Cesárea anterior (no se sabe fecha exacta).

Examen Clínico:

- P.A: 83/60 mmhg
- Pulso: 131 por minuto
- F.R: 24 por minuto
- Peso: +/- 60 kilos

- Estado general: MEG, Palidez +++/+++
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares
- Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares. Sistema Digestivo: RHA (+), blando depresible, dolor a la palpación de hipogastrio
- Sistema Neurológico: Despierta al estímulo doloroso, no focaliza
- Escala de Glasgow: 14/15
- Sistema Locomotor y vertebral: No evaluables
- Análisis Prequirúrgicos: Pacientes terminales o moribundos con expectativas de supervivencia no superior a 24 horas con o sin tratamiento quirúrgico (ASA 5 – emergencia).

Indicaciones:

- Consentimiento informado: firmado por familiares.
- Tramitar receta de anestesia.
- Comunicar al cumplir lo solicitado.
- Se solicita 04 paquetes globulares (PG), 04 unidades de plasma fresco congelado (PFC), 05 unidades de plaquetas (PLQ) para sala de operaciones (SOP)
- Se ingresa a paciente de emergencia a SOP sin ningún resultado de laboratorio.

Informe Operatorio

Diagnóstico Preoperatorio:

- Shock Hipovolémico tipo IV.
- Hemorragia postparto: Retención de placenta.
- D/C Acretismo placentario.
- Puérpera inmediata de parto domiciliario.
- Anemia severa.
- Cesárea anterior.

Diagnóstico Postoperatorio:

- Confirmados todo menos acretismo placentario + desgarro vaginal II

grado + Hipotonía uterina.

Operación realizada:

- Laparotomía de emergencia: Histerotomía + Técnica de Posadas + Sutura hemostática de periné + reparación de desgarro vaginal.
- Inicio de operación: 21:50 horas.
- Fin de operación: 23:30 horas.
- Tiempo operatorio: 1 hora y 40 minutos.

Hallazgos:

- Útero ocupado por restos placentarios.
- Solución de continuidad en pared vaginal radio 6 de +/- 5x2 centímetros con sangrado activo.
- Sangrado 1500 centímetros cúbicos.

Procedimiento Quirúrgico (Primer Tiempo):

1. Asepsia, antisepsia (AA) + colocación de campos estériles (CCE)
2. Incisión transversa suprapúbica. Disección de pared por planos hasta cavidad.
3. Histerotomía segmentaria transversa.
4. Escobillonaje de cavidad.
5. Histerorrafia en segundo plano con catgut crómico 1.
6. Ligadura de arterias uterinas según técnica de Posada.
7. Ligadura de arterias tubáricas bilateral en trompas uterinas.
8. Control de hemostasia.
9. Cierre de pared por planos: Aponeurosis Vicryl 1, Tejido celular subcutáneo catgut crómico 2/0, Piel Nylon 2/0.

Procedimiento Quirúrgico (Segundo Tiempo):

1. Suturas múltiples en zonas de vasos sangrantes.
2. Hemostasia con hemocolágeno.
3. Paciente tolera procedimiento y pasa a recuperación con funciones vitales estables.

Complicaciones:

- Paciente ingresa a SOP inestable hemodinámicamente.
- Se le transfunde intra-sala de operaciones 05 paquetes globulares + 04 plaquetas + 2 plasma.
- Se envía muestra a patología: Placenta.
- Paciente pasa a unidad de cuidados intensivos (UCI)

Observaciones:

- Paciente es traída sin coordinación de referencia, acompañada del Obstetra A.S.C. COP 11917.
- Se informa a familiares.

Fecha: 03.10.2022

Hora: 09:00 horas.

Interconsulta a UCI.

Motivo de interconsulta: Paciente de 34 años de edad, conocida por su servicio. Posoperatorio (PO) 01 por Histerotomía + sutura de herida por reparación de desgarro vaginal. Al examen paciente despierta LOTEPE, escala de Glasgow (EG): 15/15. Con leve pérdida de sangre, Hemodinamia: PA 128/86 mmHg. FC:78 por min. FR: 9 por min. SAT.O2: 100%. Con mejora de O2 a 8 litros por min. A indicación la diuresis renal en ayuno: 70cc – 10 horas. Se solicita su evaluación, diagnóstico, tratamiento y resultados en base a estos síntomas:

- PO1, Histerotomía + sutura de herida + reparación de desgarro de periné
- Shock hipovolémico resolutivo
- Síndrome Post transfusión
- Anemia moderada
- Parto domiciliario

Fecha: 03.10.2022

Hora: 10:30 horas.

Respuesta de Interconsulta a UCI.

Paciente mujer de 34 años con los diagnósticos (Dx):

- Shock Hipovolémico Resuelto (Hemorragia postparto por retención placentaria)
- PO1 PE Histerotomía + Técnica de Posada + Reparación de desgarro vaginal + sutura y hemostasia de periné
- Púérpera inmediata de parto domiciliario

PA:126/86 mmHg; FC: 80 lpm; Sat.O2: 99%; Fro. 21%: FR: 15 rpm.

Paciente con EG: 14/15; pupilas isocóricas fotoreactivas, hemodinámicamente estable. Ventila espontáneamente. Buena mecánica ventilatoria.

Paciente requiere manejo UCI para monitorización prioridad II. Al momento no disponibilidad de cama.

Fecha: 04.10.2022

Hora: 20:05 horas

Nota de Ingreso Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Motivo de Ingreso: Monitoreo Hemodinámico

Procedencia: URPA – EMG

Antecedente:

- Cesárea anterior hace 6 años por feto grande.
- Niega DM, HTA, Asma u otras patologías.
- Anemia en el embarazo.

Enfermedad actual:

Paciente con gestación a término, atendida en parto domiciliario, con posterior sangrado vaginal profuso y retención de placenta; sensación de desvanecimiento por lo que acuden a emergencia (EMG) el 02.10.22, ingresando con PA: 73/46 mmHg, taquicardia, taquipnea, palidez marcada; pasando a trauma shock. Ingresa a SOP realizándole Laparotomía + histerotomía segmentaria transversa + hemostasia; con sangrado aproximado 1500 ml y hemoglobina 7.1, por lo que transfunden 05 paquetes globulares (PG), 04 plaquetas y 2 PFC.

Pasa a URPA – EMG, siendo extubada y posteriormente pasa a UCI para monitoreo.

Evaluación Clínica por Sistemas:

PA: 135/86 mmHg. FC: 96 lpm. FR: 17 rpm. T°: 37.7°C. SatO2:97%.

- Neurológicos: Despierta, lúcida y orientada en las 3 esferas, no déficit motor, obedece órdenes. Pupilas isocóricas, fotoreactivas.
- Hemodinámico: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, sin vasoactivos. PAM: 103; llenado capilar 3 segundos.
- Ventilatorio: Ventila espontáneamente, adecuado patrón ventilatorio, MV pasa bien ambos campos pulmonares, Sat. 98%, RO2 ambiental.
- Renal: Con sonda urinaria. Diuresis conservada. Urea: 17.8, Creatinina: 0.46.
- G.U: Útero contraído por debajo de cicatriz umbilical.
- Digestivo: En NPO. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda. Herida operatoria (HO) transversa con apósito seco.
- Hematológico: Hemoglobina (Hb): 8.3 g/dL; Hematocrito (Hto): 23.9 %; Leucocitos: 23,890; Plaquetas: 120,000 mm³; Abastionados (Ab): 1672; Segmentados (Segm): 19,972.
- Medio Interno: PH: 7.39; PCO2: 32.5; PO2: 209; HCO3: 20.1; Na: 135; K: 3.5; Cl: 107.6; Ca: 6.6.

Sistemas Pronóstico (a las 24 horas):

Evaluación fisiológica de la salud aguda y crónica (APACHE II): 4; 5% mortalidad.

Problemas:

- 1) Post operada 1 día por hemorragia post parto: Histerotomía + Retiro placenta + Hemostasia + Reparación de desgarro.
- 2) Anemia aguda – severa en corrección.
- 3) Puérpera mediata de parto domiciliario.

Plan de Trabajo:

- 1) Fluido terapia
- 2) Probar tolerancia oral
- 3) Analgesia
- 4) Antibióticos (ATB)
- 5) Monitoreo hemodinámico
- 6) Control Hb-Hto
- 7) Monitoreo SIRS

Fecha: 05.10.2022**Hora: 08:00 horas.****Interconsulta a Ginecología y Obstetricia.**

Motivo de Interconsulta: Paciente de 34 años conocida por su servicio, quien presenta leucocitosis, se decide cambio de ATB, para ampliar cobertura, sospecha de foco ginecológico, cuenta con tomografía espinal multicortes (TEM) abdomino-pélvico con contraste. Se solicita evaluación y sugerencias por su servicio.

Impresión diagnóstica: Sepsis post parto ginecológico probable.**Fecha: 06.10.2022****Hora: 10:13 horas.****Respuesta de Interconsulta.**

Se acude a servicio de UCI para evaluación de la paciente.

Paciente con palidez ++/+++; refiere sentirse mejor cada día, refiere ya haber probado alimentación, niega sensación de alza térmica, refiere dolor en zona de herida operatoria que puede tolerar.

Al examen físico preferencial:

Palidez marcada de piel y mucosas.

- **Abdomen:** Plano, blando, depresible, herida operatoria afrontada, no signos de flogosis, no empastamiento.
- **Genitales externos:** Loquios hemáticos escasos, sutura afrontada zona de desgarró vaginal sin signos de flogosis.
- **Tacto vaginal:** Loquios hemáticos escasos, no coágulos, no mal olor, no hematomas de sutura.

Paciente con diagnóstico de:

- Post operada en 4to día (PO4) de laparoscopia de emergencia: Histerotomía + técnica de Posadas + sutura hemostática de periné + reparación de desgarró vaginal.
- Anemia severa.
- Shock hipovolémico resuelto.
- Sepsis post parto ginecológico en resolución.
- Puérpera mediata de parto vaginal domiciliario.

A la evaluación de exámenes de laboratorio:

Se evidencia disminución de leucocitos y hoy no presenta abastónados, herida operatoria con buena evolución. Paciente continúa con menoperem y marcadores de infección en negativo, se observa TEM abdomino-pélvica donde no se encuentra alteraciones en útero.

Plan:

- Se sugiere transfusión de 1 paquete globular por anemia en HB: 6.9 gr/dL.
- Seguir con indicaciones de piso.
- Curación de herida operatoria e higiene vulvoperineal cada 24 horas.
- Ante cualquier eventualidad, comunicar al equipo de guardia de

Gineco-obstetricia.

Fecha: 07.10.2022

Hora: 08:40 horas.

Interconsulta a Ginecología.

- Motivo de interconsulta: Paciente mujer de 34 años, conocida por su servicio, en su PO4 con disminución de resultados de fase aguda, afebril, en condiciones favorables.
- Se solicita evaluación y pase a su servicio.
- **Impresión Diagnóstica:** Post operatorio por retención placentaria.

Fecha: 07.10.2022

Hora: 10:30 horas.

Respuesta a Interconsulta.

Paciente conocida por el servicio, puérpera de 5 días con los diagnósticos:

1. Sepsis post parto hematológica vs. Ginecológica en tratamiento.
2. Puérpera parto vaginal domiciliario.
3. Post Operada 5to día, laparotomía de emergencia: Histerotomía + técnica de Posada + Sutura de hemostasia + Reparación de desgarro.
4. Anemia Moderada (Hb: 8 G/dL).
5. THE: Descartar Hipertensión arterial transitoria.

PA: 130/98 mmHg FC: 104 por minuto FR: 12 por minuto SatO2: 97%

Paciente al momento niega molestias, orientada en tiempo, espacio y persona.

Cuenta con analítica de sangre de fecha: 07.10.2022

Hemograma: Leucocitos: 9,340; Abastionados: 0%; Hb = 8 g/dL; electrolitos séricos en parámetros normales.

Al examen físico:

- Abdomen: Blando, depresible, herida operatoria sin signos de flogosis, sutura continua de +/- 18 centímetros.
- Genitales externos: Loquios hemáticos, escasos, no mal olor.
- Paciente hemodinámicamente estable, con cobertura antibacterial amplio

espectro, actualmente con Alta del servicio de UCI.

Plan:

- Pase a Hospitalización, se coordina con el servicio de hospitalización para pase (Cama #28).
- Continuar con cobertura de antibióticos y antihipertensivos condicional.

R.P:

- Dieta completa + líquidos a voluntad.
- Vía salinizada.
- Meropenem 1 gr. Endovenoso cada 8 horas.
- Nifedipino 10 mg. Condicional a PA mayor o igual a 160/110 mm Hg.
- Control de funciones vitales.

Fecha: 10.10.2022

Hora: 09:00 horas.

Interconsulta a UCI.

- a) Motivo de Interconsulta: Paciente mujer de 34 años, post operada de Histerotomía, reparación de desgarro vaginal, portadora de catéter venoso central (CVC), con tratamiento antibiótico cumplido.
- b) Se solicita evaluación por su servicio para retiro de CVC.

Impresión Diagnóstica:

- Post operada 5to día de Histerotomía.
- Desgarro de vagina.

Fecha: 10.10.2022

Hora: 16:40 horas.

Respuesta de Interconsulta: Paciente de 34 años con diagnóstico:

- Post operada Histerotomía.
- Desgarro vaginal.

Se acude al llamado para retiro de CVC.

Fecha: 11.10.2022 ALTA VOLUNTARIA

3.1.7. Exámenes auxiliares

04.10.2022

Evaluación en UCI:

- Hemoglobina (Hb): 8.3 g/dL.
- Hematocrito (Hto): 23.9 %.
- Leucocitos: 23,890 mm³.
- Plaquetas: 120,000 mm³.
- Abastionados: 1,672.
- Segmentados: 19,972.

Medio interno – Gases y electrolitos:

- pH: 7.39.
- PCO₂: 32.5 mmHg.
- PO₂: 209 mmHg.
- HCO₃: 20.1 mmol/L.
- Sodio (Na): 135 mmol/L.
- Potasio (K): 3.5 mmol/L.
- Cloro (Cl): 107.6 mmol/L.
- Calcio (Ca): 6.6 mg/dL.

06.10.2022

Evaluación en interconsulta Gineco-Obstetricia:

- Hemoglobina (Hb): 6.9 g/dL.
- Disminución de leucocitos reportada (sin valor exacto ese día).
- No se reportan abastionados ese día.
- TEM abdomino-pélvica con contraste: sin hallazgos patológicos en útero.

07.10.2022

Hemograma:

- Leucocitos: 9,340 mm³.
- Abastionados: 0 %.
- Hemoglobina (Hb): 8.0 g/dL.

- Electrolitos séricos: dentro de parámetros normales.

3.1.8. Epicrisis/Situación familiar

a) Epicrisis

Anamnesis:

Paciente quien tuvo parto domiciliario y presenta hemorragia profusa, acude a EMG en shock hipovolémico. Refiere no haber expulsado placenta, acompañado de sangrado vaginal, palidez, taquicardia e hipotensión.

Examen clínico:

- SNC: despierta, impactada, obediente a órdenes. Piel: pálida, “+++ / +++”.
- Tópico: HV conservados y regulares. CU: ruidos hidroaéreos (+), no soplos.
- ABD: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda.
- GU: Se evidencia cordón umbilical y placenta.

Exámenes auxiliares:

- Hb: 7.90 g/dL / Hto: 28.50%.
- Leu: 22,690 / Plaquetas: 120,000 mm³.
- Abastionados: 8%
- Urea: 17.9
- PCO₂: 15.4 / INE: 1.13 / TTPA: 36.0.
- Na: 136.5 / K: 3.2 / Glucosa: 132 / Creatinina: 0.51.
- Hb post transfusión: 8.0 g/dL.
- Hto: 23.9%.

Interconsultas:

Ginecología, UCI

Evolución:

Favorable

Terapéutica:

Transfusión 5 PG, 2 PFC, 4 Plaquetas

Diagnóstico final:

Histerotomía + Técnica de Posadas + Sutura hemostática de periné +
Reparación de desgarro vaginal.

Pronóstico:

Favorable.

Indicaciones dadas al paciente:

Alta voluntaria tras evolución estable, sin soporte, sin signos de sepsis activa.

b) Situación familiar**Situación sociofamiliar y sociodemográfica**

Puérpera mediata de 34 años, procedente de zona urbana, con previa atención de parto en domicilio sin asistencia profesional de salud calificado. Se desconoce atención de controles prenatales, no se documentan factores protectores sociales ni apoyo sanitario oportuno. Fue trasladada a emergencia por complicaciones severas en el puerperio inmediato.

Comportamientos y estilos de vida

La decisión de un parto domiciliario sin atención del profesional Obstetra sugiere carencia de acceso a servicios de salud, decisión autónoma no informada o factores culturales. No se evidencian antecedentes patológicos ni conductas de riesgo personales. La paciente se encontraba en mal estado general previo y niega antecedentes de enfermedades crónicas o transfusiones previas. Su evolución fue favorable tras recibir atención hospitalaria, interconsultas con ginecología, UCI y transfusiones múltiples.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Este caso clínico evidenció una hemorragia postparto (HPP) primaria severa en una puérpera mediata de 34 años, con antecedente de cesárea, periodo intergenésico largo y parto domiciliario. La paciente desarrolló un shock hipovolémico secundario a retención placentaria, atonía uterina y desgarro vaginal, causas que, como sostienen Carvajal y Ralph, forman parte de las "4 T": tono, trauma, tejido y trombina (5). La pérdida estimada de 1500 ml de sangre equivale aproximadamente al 25 % de la volemia total, criterio clínico de hemorragia según los mismos autores (5). Esta situación ameritó una histerotomía mediante técnica de Posadas, transfusión de 5 unidades de concentrado globular, 4 unidades de plaquetas, 2 de plasma fresco congelado, y manejo intensivo en unidad de cuidados intensivos (UCI).

La OMS y la OPS identifican a la HPP como la principal causa de muerte materna en países en vías de desarrollo, especialmente asociada a partos domiciliarios, donde el retraso en el diagnóstico y tratamiento es frecuente (1,8). En Perú, el MINSA ha reportado que el 21.8 % de las muertes maternas se relacionan con hemorragias obstétricas, predominando en contextos extrahospitalarios como el domicilio o durante el trayecto al hospital (3). Este porcentaje coincide con el caso presentado, en el cual la paciente fue referida desde su hogar tras experimentar signos de descompensación hemodinámica, incluyendo presión arterial de 73/40 mmHg, taquicardia marcada y palidez generalizada, síntomas compatibles con shock hipovolémico, como lo describe Castiblanco et al. en su revisión sobre fisiopatología de la HPP (27).

El cuadro clínico presentado reúne tres de las causas principales de HPP primaria: retención placentaria, atonía uterina y desgarro vaginal que, según Carvajal y Ralph, son responsables del 70 %, 10 % y 20 % de los casos,

respectivamente (5). Esta distribución etiológica se reflejó claramente en la evolución clínica de la paciente. Asimismo, los antecedentes maternos como periodo intergenésico largo, cesárea previa, anemia gestacional y parto domiciliario coinciden con los factores de riesgo descritos por Bajaña et al., Álvarez et al., y Ende et al. (23,24,26) antecedentes que del mismo modo presentaba la puérpera del caso clínico.

El tratamiento implementado en este caso presentado siguió un enfoque terapéutico escalonado que incluyó la administración de uterotónicos (misoprostol y ergometrina), intervención quirúrgica inmediata mediante histerotomía, control hemostático y uso de antibióticos de amplio espectro. Este tipo de manejo se encuentra en concordancia con lo descrito por Carvajal et al., quienes refieren la importancia de actuar rápidamente con medidas farmacológicas y quirúrgicas ante hemorragias obstétricas severas que no responden a manejo médico inicial (5). Similar a lo reportado por Asturizaga et al., el abordaje quirúrgico oportuno fue clave para evitar complicaciones como el choque hipovolémico prolongado o la coagulación intravascular diseminada (22).

Asimismo, la administración de meropenem por sospecha de sepsis ginecológica resultó efectiva, logrando una evolución clínica favorable con disminución de leucocitos, estabilidad hemodinámica y adecuada recuperación postoperatoria. Este resultado es consistente con lo observado por Rivera et al., quienes reportaron una respuesta clínica positiva ante la instauración temprana de terapia antibiótica en pacientes con signos de sepsis ginecológica posparto (28). De igual forma, el MINSA recomienda este enfoque integral como medida esencial para reducir la morbilidad y mortalidad materna asociada a la hemorragia posparto (3).

El caso clínico no puede generalizarse por ser único. La paciente no contó con controles prenatales registrados y el lugar de parto fue domiciliario, sin

atención de personal de salud capacitado, impidiendo identificar riesgos como acretismo placentario o anemia previa. Además, al tratarse de una emergencia obstétrica, no se realizaron exámenes preoperatorios ni estudio histopatológico inmediato. Sin embargo, pese a estas limitaciones, el equipo multidisciplinario actuó oportunamente, logrando estabilizar a la paciente y evitar una muerte materna, con alta voluntaria con pronóstico favorable.

El manejo oportuno de la paciente permitió evitar complicaciones graves como la coagulación intravascular diseminada (CID) y la falla multiorgánica, eventos que, según lo reportado por Asturizaga et al., son frecuentes cuando no se actúa de manera inmediata ante una hemorragia obstétrica (22). Asimismo, la paciente fue monitorizada adecuadamente en la unidad de cuidados intensivos (UCI), recibiendo atención integral basada en cuidados críticos, que incluyeron seguimiento de biomarcadores infecciosos, administración de fluidoterapia y transfusiones sanguíneas. Este abordaje coincide con lo recomendado en protocolos obstétricos actuales, tal como lo señalan Carvajal y Ralph., Asturizaga et al. y Solari et al., quienes destacan la importancia de una intervención multidisciplinaria temprana para prevenir complicaciones potencialmente letales en el contexto de una HPP severa (5,20,22).

CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo que influyeron en la hemorragia postparto del caso clínico fueron atención de parto domiciliario, antecedente de cesárea, periodo intergenésico largo, anemia gestacional y falta de control prenatal, los cuales aumentaron el riesgo de complicaciones obstétricas graves como shock hipovolémico grado IV, sepsis puerperal.
2. La hemorragia postparto presentada fue de tipo primaria y severa, causada por retención placentaria, hipotonía uterina y desgarro vaginal, con una pérdida sanguínea estimada de 1500 ml, que requirió intervención quirúrgica urgente, transfusión masiva y soporte en UCI, logrando evolución favorable y la alta voluntaria.

RECOMENDACIONES

1. Al director de la Dirección regional de salud Lima Centro, se recomienda garantizar el abastecimiento de equipos, así como insumos médicos esenciales y acceso oportuno al banco de sangre, para una respuesta rápida y efectiva ante complicaciones post parto.
2. Al director del Hospital Dos de mayo, garantizar que el establecimiento y sus servicios, cuenten con personal de salud, principalmente Obstetras capacitados en el manejo de las claves obstétricas.
3. Al personal de salud, especialmente obstetra del Hospital Dos de mayo, se recomienda promover activamente el parto institucional y la atención prenatal reenfocada, asumiendo el compromiso de seguimiento oportuno, ya que como Obstetras somos el primer contacto con nuestras gestantes y clave en la prevención de complicaciones obstétricas como la hemorragia postparto y la muerte materna.
4. A los profesionales obstetras del Hospital Dos de mayo, realizar el análisis y revisión frecuente de casos clínicos que favorezcan el aprendizaje continuo y la mejora de la práctica clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2023 [cited 2025 May 2]. Mortalidad materna. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. OPS/OMS - Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2023 [cited 2025 May 2]. Salud materna. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
3. MINSA. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú a la SE 52 - 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 May 2]. Available from: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202452_02_172028_0.pdf
4. OMS. OMS. 2014 [cited 2025 May 9]. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf;jsessionid=EE4CBB182D3B7E912BBF48987BBBA5FD?sequence=1
5. Carvajal C JA, Ralph T C. Manual de Obstetricia y Ginecología [Internet]. Novena edición. Coulon Ch G, Calderón H M, Andrade L R, Rivera V C, editors. Vol. 9. 2019 [cited 2025 May 2]. 1–638 p. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
6. Calderón Cisneros JT, Lavayen Toro BJ, Culque Nuñez LE. Factores de riesgo que influyen en la presentación de hemorragia post parto. Repositorio de la Universidad Estatal de Milagro [Internet]. 2019 [cited 2025 May 2]; Available from: <https://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/4704>
7. Neira Carrión CF. Causas y complicaciones obstétricas relacionadas a la hemorragia post parto [Internet]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2022 [cited 2025 May 2]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/6160>

8. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2015 [cited 2025 May 2]. Cero Muertes Maternas por Hemorragia. Available from: <https://www.paho.org/es/cero-muertes-maternas-por-hemorragia>
9. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2023 [cited 2025 May 2]. Objetivos de Desarrollo Sostenible . Available from: <https://www.paho.org/es/temas/objetivos-desarrollo-sostenible>
10. UNICEF [Internet]. 2019 [cited 2025 May 2]. Surviving birth: Every 11 seconds, a pregnant woman or newborn dies somewhere around the world. Available from: <https://www.unicef.org/press-releases/surviving-birth-every-11-seconds-pregnant-woman-or-newborn-dies-somewhere-around>
11. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. FASGO. 2019 [cited 2025 May 2]. p. 1–40 Actualización de Consenso de Obstetricia FASGO 2019 “Hemorragia Postparto.” Available from: https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Hemorragia_Post_Partto.pdf
12. Ministerio de Salud de Nicaragua, Agencia de Cooperación Internacional del Japón. Texto de capacitación materno infantil Hemorragia Postparto Proyecto SAMANI [Internet]. Nicaragua; 2019 [cited 2025 May 9]. p. 10. Available from: <https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/12093043.pdf>
13. OMS. La OMS publica un plan mundial para luchar contra la principal causa de muerte en los partos [Internet]. 2023 [cited 2025 May 28]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/11-10-2023-who-issues-global-plan-to-tackle-leading-cause-of-death-in-childbirth>
14. Rivera Fumero S, Chacón González C, González Chavarría A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Revista Medica Sinergia [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2025 May 28];5(6):e512. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/512/873?inline=1>
15. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2009 [cited 2025 May 2];32:159–67. Available from:


- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Wormer KC, Jamil RT, Bryant SB. Postpartum Hemorrhage. StatPearls [Internet]. 2024 Jul 19 [cited 2025 May 28]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499988/>
 17. Ruiz-Reyes E, Quispe-Quispe F, Argota-Pérez G. Defunción materna por hemorragia obstétrica y trastornos hipertensivos en Perú. RevMedElectrón [Internet]. 2024 Aug 31 [cited 2025 May 28];46(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242024000100103&lng=en&nrm=i
 18. MINSA. Situación de la Mortalidad Materna 2024 (SE 13) [Internet]. 2024 [cited 2025 May 28]. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2024/SE142024/03.pdf>
 19. Carrion S, Vilcahuaman A, Zarate P. Incidencia, etiología, factores de riesgo y complicaciones de hemorragia posparto en puérperas de un hospital nivel III-E en Huancayo, 2021-2023 [Internet]. [Huancayo]: Universidad Continental; 2025 [cited 2025 May 28]. Available from: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16877/4/IV_FC_S_502_Carrion_Diaz_Zarate_2025.pdf
 20. Solari A, Solari G. Caterina, Wash F. Alex, Guerrero G. Marcos, Enríquez G. Omar. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014 Oct 20 [cited 2025 May 2];25(6):993–1003. Available from: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/21-solari.pdf
 21. ACOG. Obstetric Data Definitions ACOG. 2014 [cited 2025 May 9]. Obstetric Data Definitions (Version 1.0). Available from: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/pdfs/publications/revitalize-ob.pdf?rev=ac0b2e01163e4506b3abf07817a7f73c&hash=DBE7454055DD99AB0021E98FDDEBF1DD>

22. Asturizaga P, Toledo Jaldin L. Hemorragia Obstétrica. Revista Médica La Paz [Internet]. 2014 [cited 2025 May 2];20(2):57–68. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Bajaña-Peña ND, Orellana-Suarez KD. Factores de riesgo asociado a la hemorragia post parto. Revista Científica FIPCAEC (Fomento de la investigación y publicación científico-técnica multidisciplinaria) ISSN : 2588-090X Polo de Capacitación, Investigación y Publicación (POCAIP) [Internet]. 2022 Nov 25 [cited 2025 May 2];7(4):1644–55. Available from: <https://www.fipcaec.com/index.php/fipcaec/article/view/701/1250>
24. Álvarez-Silvares E, García-Lavandeira S, Rubio-Cid P. Factores de riesgo de la evolución de la hemorragia posparto a hemorragia posparto severa: estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2015 [cited 2025 May 2];83:437–46. Available from: www.ginecologiayobstetriciademexico.com
25. Román-Soto JM, Oyola-García AE, Quispe-Illanzo MP, Román-Soto JM, Oyola-García AE, Quispe-Illanzo MP. Factores de riesgo de hemorragia primaria posparto. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2019 [cited 2025 May 2];35(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Ende HB, Lozada MJ, Chestnut DH, Osmundson SS, Walden RL, Shotwell MS, et al. Risk Factors for Atonic Postpartum Hemorrhage: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstetrics and gynecology [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2025 May 2];137(2):323. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8336570/>
27. Castiblanco R, Coronado C, Morales L, Polo T, Saavedra A. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Revista Cuidarte [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 30];13. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732022000100009

28. Rivera S, Chacón C, Gonzáles A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2020 Jun [cited 2025 Apr 30];5(6). Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512/860>
29. Bakhtawar S, Sheikh S, Qureshi R, Hoodbhoy Z, Payne B, Azam I, et al. Risk factors for postpartum sepsis: a nested case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 May 14 [cited 2025 May 28];20(1):297. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7227107/>

ANEXOS

Anexo 1. Historia Clínica Obstétrica

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------------------|
|  <p style="text-align: center;">DPTO. DE GINEC OBSTETRICIA SERV. DE OBSTETRICIA SALA DE HOSPITALIZACIÓN</p> | <p>Nº HISTORIA CLÍNICA: [REDACTED]</p> <p>Nº DE CAMA: <u>28</u></p> <p>FECHA: <u>10/10/22</u> HORA: <u>11:00</u></p> | | | |
| HISTORIA CLÍNICA OBSTÉTRICA | | | | |
| I. FILIACIÓN: | | | | |
| Nombre: [REDACTED] Edad: <u>34</u> años Estado Civil: <u>Cajista</u> Grado de Instrucción: <u>Superior</u> Ocupación: <u>fisioterapeuta</u> Procedencia: <u>Lima</u> Telf.: <u>991990805</u> Dirección: <u>Zorritos 1134 - Cercado de Lima</u> Familia Responsable: <u>Fernando Mercon</u> | | | | |
| II. ENFERMEDAD ACTUAL: | | | | |
| 1.- Tiempo de Enfermedad: <u>1 día y 1/2</u> 2.- Forma de inicio y curso: <u>lento, progresivo</u> | Signo y síntomas principales 1. <u>Sangrado vaginal</u> 2. _____ 3. _____ | | | |
| 3.- Relato cronológico <u>Paciente con gestación a término atendida en parto domiciliario con</u> <u>postura sangrado vaginal y referencias de placenta, agregada sensación</u> <u>de desvanecimiento, motivo por el cual acude por emergencia del HNOI</u> <u>al ingresando con PA 43/40 FC: 24, palidez marcada +++/+++</u> <u>pasando al trauma shock. Ingresa a SIP donde se realiza</u> <u>laparotomía más histerotomía segmentaria transversa + puerperio</u> <u>contaminado de 1500ml y Hb: 7,1 para avel para manutención. Postor-</u> <u>mente pasa a H3 Ginecología, obstetrica para cumplimiento de</u> <u>trapa antibiótica.</u> | | | | |
| III. ANTECEDENTES: | | | | |
| 1.- Antecedentes ginecoobstétricos: Menarquia: <u>10 años de</u> años RC: <u>5/28-30</u> PAP: <u>2022-normal</u> MAC: _____ IRS: <u>22</u> años G: <u>2</u> P: <u>2002</u> FUR: <u>01-12-22</u> FPP: _____ FUP: <u>2022</u> G1: <u>2016 → Cesarea por macrosomía fetal 3840 clinica lima</u> G2: <u>2022 → parto domiciliario vaginal (02-10-2022)</u> | | | | |
| 2.- Antecedentes personales no patológicos. Inmunizaciones: Completas: <input type="checkbox"/> Incompletas: <input type="checkbox"/> <u>COVID - NO VHB - NO anti clausura</u> Tipo de sangre: _____ | | | | |
| 3.- Antecedentes personales patológicos: TBC: <input checked="" type="checkbox"/> HTA: <input checked="" type="checkbox"/> DM: <input checked="" type="checkbox"/> HIV: <input checked="" type="checkbox"/> ETS: <input checked="" type="checkbox"/> Otros: <u>Anemia en embarazo</u> | | | | |
| Alergias: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <u>niega</u> Transfusiones: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>04 paquetes globales en USPA</u> Cirugías previas: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>Cesarea anterior</u> | | | | |
| Antecedentes familiares: Si No Si No Diabetes Mellitus: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> _____ Enf. congénitas: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> _____ Neoplasia: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>abuela cáncer de mama</u> Gemelares: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> _____ TBC: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> _____ HTA: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>abuelo</u> Otros: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <u>las parmas</u> | | | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | CAMA Nº | HISTORIA CLÍNICA Nº |
| [REDACTED] | | | | |

IV. EXAMEN CLÍNICO:

1.- EXAMEN FÍSICO GENERALES:

Peso: 63 Talla: 1.61 IMC: _____ Apetito: Conservado Sed: Conservado
 Deposición: Conservado Orina: Conservado Sueño: Conservado PA: 110/70 PC: _____ FR: 10 T: 37°C

| | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------|
| Estado General y Sensorio: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abdomen | <u>REH, REN, RES.</u> | ROT: <u>+2</u> |
| Piel y TSC: | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>palidez ++/+++ T/H/E</u> | Edemas: <u>-</u> |
| Aparato Cardiovascular: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>RCR buena intensidad no soplos</u> | |
| Aparato Respiratorio: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Mu para en SHH</u> | |
| Aparato Urinario: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Normal</u> | |
| Abdomen: | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>doloroso a palpacio profunda.</u> | |
| Extremidades: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>moviles</u> | |
| Observaciones: | <u>Herida de bordes afrontados no signos de flogosis.</u> | | | |

2.- EXAMEN GINECOLÓGICO:

Mamas: Hamdas secretoras
 GE. Y BUS: sin alteraciones
 TV: Vagina: vatep
 Cervix: oce cerrado
 Utero: contraido
 Anexos-FSD: sin contornos
 Observaciones: _____

3.- EXAMEN OBSTÉTRICO:

AU: _____ cm. SPP: _____ LCF: _____ Dinámica uterina: _____ PF: _____ g
 TV: D: _____ cm. Incorp: _____ % AP: _____ Membranas: Integras Rotas Hora de RPM: _____
 LA: _____ Meconio: SI NO Variedad de Posición: _____
 Pelvimetro: CD: _____ PP: _____ Tipo de Pelvis: _____
 SC: _____ <)SP: _____
 EC: _____ DBI: _____
 LSC: _____

V. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- 1.- Sepsis probable ginecológica
- 2.- Anemia
- 3.- palitras fúndide
- 4.- Histero tonus
- 5.- Desgarro vaginal

VI. PLAN DE TRABAJO:

- 1.- ICRAN
- 2.- Meropenem 1g ev q/8h
Tramadol 50mg ev. prn dolor enter
antidopras 10mg vo p/150/100

VII. TRATAMIENTO:

Meropenem 1g ev q/8h 10 dias

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL "DR. FERNANDO LIBERATO FELLE"
 Jefe del Servicio de Obstetricia
 C.M. 10072 D.M.E.

Residente o Interno Resp.

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES CAMA N° HISTORIA CLÍNICA N°



63

1.61

Conservado

Conservado

Conservado

Conservado

Conservado

110/70

18 37°C

RET, REN, RES.

ROT: +2

palidez ++/+++ T/H/E

Edemas: -

RCR buena intensidad no soplos

Mu para en AHT

Normal

doloroso a palpacio profunda.

moviles

Herida de bordes afrontados no signos de flejosos.

Herida sectora

sin atraccion

Vatep

OCE cerrado

contraido

sin contraco

SC: _____

<)SP: _____

Tipo de Pelvis: _____

EC: _____

DBI: _____

LSC: _____

V. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- 1.- Sepsis probable microbiologia
- 2.- Herida
- 3.- palitrosfudide
- 4.- Hidrotonia
- 5.- Desgarro vaginal

VI. PLAN DE TRABAJO:

- 1.- SCRU
- 2.- Meropem 1g ev q/8h
- 3.- Pramaxol 50mg EV. PRN dolor enter
- 4.- antidopma 10mg vo 12/10/100
- 5.- _____

VII. TRATAMIENTO:

Meropenem 1g ev q/8h 10 dias

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DES PUNO
Dr. FERNANDO LIBERATO OFELLE
Jefe del Servicio de Obstetricia
C.M. 10079 0101

Residente o Interno Resp.

| | | | | |
|------------------|------------------|---------|---------|---------------------|
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | CAMA N° | HISTORIA CLÍNICA N° |
|------------------|------------------|---------|---------|---------------------|



Anexo 2. Nota de Ingreso



DPTO. de EMERGENCIA
SERV. CRITICOS

NOTA DE INGRESO

Nº de CAMA : ...07...

I. DATOS GENERALES :

NOMBRE Y APELLIDOS

EDAD : 34 años SEXO : F. ESTADO CIVIL :

Fecha de Ingreso al Hospital : 02/10/2022 Hora : 20:57

Fecha de Ingreso a uci : 04/10/2022 Hora : 00:05

Domicilio :

Motivo de Ingreso : Monitoreo hemodinámico.

Procedencia : URPA EMG.

Persona Responsable : Amelia Salinas Rosas Teléfono : 99199 0305

II. ANTECEDENTE :

- Cesárea anterior hace 06 años por feto grande.
- Niega DM, HTA, Asma y otras patologías.
- Anemia del embarazo.

III. ENFERMEDAD ACTUAL

TE: 1 1/2 día FI: Borusco C: Progresivo.
Pare con gestación a término, atendida en parto domiciliario, con posterior sangrado vaginal profuso y retención de placenta; y sensación de desvanecimiento por lo que acuden a Emer el 02/10 ingresando en PA 93/46, taquicárdica, taquipneica y con palidez marcada, pasando a Trauma Shock. Ingresó a SJP realizando Laparotomía + Histerectomía segmentaria transversa + Hemostasia. En sangrado aprox 1500ml. y Hb 7.1 por lo que transfundieron 05 PG, 04 plap. y 02 PFC. Para a URPA Emg. donde estuvo día y posteriormente ingresó a UCI para monitoreo.

IV. EVALUACIÓN CLÍNICA POR SISTEMAS

PA: 135/86 (103) PC: 96 FR: 17 Tº: 37.7 Sat: 97%

NEUROLÓGICOS :

Despierta, lúcida y orientada en las 3 esferas. No déficit motor. Obedece órdenes. Pupilas isocóricas, fotomiotivas.

EQUIPHNDM

Hemodinámico:

Reuidos cardiacos ritmicos, regulares; sin vasoañines
PAM: 103 ; llenado cap 3".

Ventilatorio:

Ventila espontaneamente; adecuado patrin ventila-
torio; MV pasa bien AMT. Sat: 98%. PO₂ ambiental.

Renal:

Con sonda urinaria. Diuresis conservada. U: 17,8 Creat: 0,46
G.U.: útero contraído por debajo cicatriz umbilical.

Digestivo:

En NPO. Abdomen, blando, depresible, doleros a la
palpación profunda. H2O transversa con apalito seco.

Hematológico:

Hb: 8,3 Hto: 23,9 Leuco 23890 Plap: 120 000
Ab: 1672 Sepm: 19972

Medio Interno:

pH: 7,39 pCO₂: 32,5 pO₂: 209?? HCO₃: 20,1
Na: 135 K: 3,5 Cl: 107,6 Ca: 6,6 ↓

V.- SISTEMAS PRONÓSTICOS: (a las 24 horas)

APACHE II 4; S1. 70% TISS _____ SOFÁ _____

VI.- PROBLEMAS:

- 1.- PO₂ LE x Hemorragia posparto: Histerotomía + Retiro placenta + Hemo.
- 2.- tasis. + Reparación desgarro vaginal
- 3.- Anemia aguda severa en corrección
- 4.- Puerpera mediata de parto domiciliario.
- 5.- _____
- 6.- _____

VII.- PLAN DE TRABAJO:

- 1) Fluidoterapia 2) Probar tolerancia oral 3) Analgesia 4) Atb
- 5) Monitoreo hemodinámico 6) Control Hb-Hto 7) Monitoreo SIRS.

Realizado por:


 YANESSA V. TUPPIA VÁSQUEZ
 MÉDICO INTENSIVISTA
 CMI 56398 - RNE 44142

FIRMA Y SELLO

EQ.IMP.HNDM.

Anexo 3. Evaluación Pre Anestésica



EVALUACIÓN PRE ANESTESICA
EMERGENCIA

FECHA: 02/10/2022

HORA: 21:40

NOMBRE DEL PACIENTE: [Redacted] Edad: 34 Sexo: Femenino
 DIAGNOSTICO: 2) Rotura placentaria, 3) parto de parto vaginal
 CIRUGÍA PROPUESTA: 3) parto extra hospitalario
 ENFERMEDAD ACTUAL: Tiempo de Enf.: No se conoce Procedencia: shock traumático
 Síntomas Principales: Posible trauma por fricción de salud por parto domiciliario
 Presente en grado vaginal activo, dolor abdominal e hipotensión
 ANTECEDENTES: HTA: Niega HCl DM: Niega x HCl TBC: Niega x HCl ASMA: Niega x HCl
 ALERGIAS: Niega x HCl ASMA: Niega x HCl IMA / ISQ: Niega x HCl
 HEPATITIS: Niega x HCl TRANSFUSIONES: Niega x HCl FUR: No se sabe
 CIRUGÍAS PREVIAS: Cesarea anterior Medicación Habitual: Ninguna
 No se sabe fecha exacta # Parto "domiciliario" hoy

EXAMEN CLÍNICO: P.A. 93/60 mmHg. Pulso: 131 x F.R. 24 x Peso: 60 Kgr.
 Estado Gral.: REG, Polidiz ++++ Con: Sonda Nesog.: NO Foley: Mallampatti: NE (Paciente inconsciente)
 Ap. Cardiovascular: RC taquicárdicas regulares
 Ap. Respiratorio: MV audible ACP, no RSA
 Sistema Digestivo: RHA (+), blando, depresible, dolor a la palpación hipogástrica
 Sistema Neurológico: depresión al estímulo doloroso, no focaliza Escala de Glasgow: H1S
 Sistema Locomotor: no evaluable
 Columna Vertebral: no evaluable

ANÁLISIS PRE QUIRÚRGICOS:
 Hb: () g% Hc: () % Gpo: () Rh: () Glucosa: () mg% Urea: () Creat: ()
 Plaqueta: () T Sangría: () T de Coag.: () TP: () TTP: () INR: ()
 R.Q.C.V.: () R.Q. Neumología: () Otros: ASA III

INDICACIONES: N.P.O.: Retirar Prótesis Dental:
 Firmar Consentimiento Informado: Firmado por familia
 Solicitar Interconsulta a:
 Deposito de Sangre: Pbas. Cruzadas:
 Tramitar Receta de Anestesia: Gral.: Regional:
 Comunicar al cumplir lo solicitado:
 1) 3/5 O4 PC para OPS, O4 PFC OS P2Q para SOP
 2) Se ingresa a paciente de emergencia a SOP sin ningun resultado de laboratorio
 Firma y sello del Anestesiólogo Firma de Residente

EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICAS

6 E

Anexo 4. Informe Operatorio



INFORME OPERATORIO

PACIENTE: [REDACTED]
Historia: [REDACTED]
Fecha: 02-10-2022

Programación: Emergencia

Dx pre operatorio: 1. SHOCK HIPOVOLEMICO TIPO IV 2. HEMORRAGIA POSTPARTO: RETENCION DE PLACENTA 3. D/C ACRETISMO PLACENTARIO 4. PUERPERA INMEDIATA DE PARTO DOMICILIARIO 5. ANEMIA SEVERA 6. CESAREA ANTERIOR

Dx post operatorio: CONFIRMADOS TODOS MENOS 3 + DESGARRO VAGINAL II GRADO + HIPOTONIA UTERINA

Operación realizada: LPE: HISTEROTOMIA + TECNICA DE POSADAS + SUTURA HEMOSTATICA DE PERINE + REPARACION DE DESGARRO VAGINAL

Cirujano: DRA. DEL AGUILA/DR. RICARDO VARGAS
Ayudante: R2 IQUIAPAZA
Inicio de la operación: 21:50 hrs
Tiempo operatorio: 01 HORA 40 MINUTOS

Anestesiólogo: DR. GODOY
Fin operación: 23:30 hrs

Hallazgos: 1. Útero ocupado restos placentarios 2. Solución de continuidad en pared vaginal radio 6 de + 5X2 cm con sangrado activo 3. Placenta en canal vaginal 4. Sangrado 1500 cc.

PROCEDIMIENTO QX:

PRIMER TIEMPO 1. AA+ CCE 2. Incisión transversa suprapúbica 2. Disección de pared por planos hasta cavidad 3. Histerotomía segmentaria transversa 4. Escobillonaje de cavidad 5. Histerorrafia en 2 plano con Catgut cromico 1 6. Ligadura de arterias uterinas según técnica de Posada. 7. Ligadura de arterias tubaricas bilateral en trompas uterinas 8. Control de hemostasia 9. Cierre de pared por planos: Aponeurosis Vycril 1, TCSC Catgut simple 2/0, piel Nylon 2/0

SEGUNDO TIEMPO: 1. Suturas multiples en zonas de vasos sangrantes 2. Hemostasia con hemocolágeno 3. Paciente tolera procedimiento y pasa a recuperación con funciones vitales estables.

COMPLICACIONES: PACIENTE INGRESA A SOP INESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SE LE TRANSUNDE INTRASOP 05 PAQUETES GLOBULARES + 04 PLAQUETAS + 02 PLASMA.

SE ENVIA MUESTRA A PATOLOGIA: PLACENTA

PACIENTE PASA A UCI

OBSERVACION: PACIENTE ES TRAJIDA SIN COORDINACION DE REFERENCIA, ACOMPAÑADA DE OBSTETRIZ "AMELIA SALIRROSA CORAS COP: 11917"

SE INFORMA A FAMILIARES

DR. RICARDO VARGAS LUJAN
Médico Gineco-Obstetra
C.M.P. 41542 R.N.E. 40662

Dr. Ricardo Del Aguila Salgado
GINECO - OBSTETRA
RNE 32952

Anexo 5. Epicrisis

EPICRISIS

1

Fecha de Ingreso : 03/10/22

Fecha de Alta : 07/10/22

Servicio : UC2 - A

4 Días total de Internamiento

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------|---------|------|
| [Redacted] | | | | 7 |
| Apellidos Paternos | Apellidos Maternos | Nombres | H.C. N° | Cama |
| EDAD : 34 AÑOS : SEXO : M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> EST. CIVIL <input type="checkbox"/> Sol. <input type="checkbox"/> Cas. <input type="checkbox"/> Vda. <input type="checkbox"/> Div. <input type="checkbox"/> Conv. <input type="checkbox"/> ocupación : | | | | |
| 1- ANAMNESIS | | | | |
| Paciente quien tiene parto domiciliario y presenta hemorragia profusa zude zerte en stock espontáneo. Ingreso a SOP le refieren hipertensión es transfundida SPS+4 plaq+2 PFC. es extubado en UPA para UC2 para monitoreo | | | | |
| 2- EXAMEN FÍSICO (PREFERENCIAL) | | | | |
| SUC: Despierta. Pupilas isocóricas, fotoreactivas. ECs: 19/5. No focalización. No g. Melancólicas. | | | | |
| Abd: DHA (+), Blando depresible dolor ligero z (e) presencia de ruidos en vesigastral - hiperactivo. No signos peritoneales | | | | |
| 3- EXAMENES AUXILIARES : | | | | |
| 07/10: Na+: 134. K+: 3.83. a-102.8. Gluc: 83.4. Urea: 12.6. creat: 0.39. leuc: 9340. | | | | |
| hemat: 0.7. hb: 8. hto: 23.7. | | | | |
| 06/10/22: Particulatos: 3.72. IPB: 0.93. TTPa: 29.5. D+L: 265.7. K+: 3.75. Cl-: 103.5. Calcio 7.27. Creatinina 50.8. Gluco: 103. Urea: 14.8, Hema: 86.9 | | | | |
| 4- DIAGNOSTICO : | | | | |
| a) Clínico Definitivo: Sepsis pp. Circulatorio probable / Renalógico probable en ffo | | | | |
| b) Anatomía Patológica: Hiperplasia x retención placentaria / DM celóxico proteica | | | | |
| c) Epidemiológico: Hemaz suppurada local no complicada | | | | |
| 5- OPERACIÓN QUIRÚRGICA : Drenaje y/o Biopsia (Fecha) : | | | | |
| 7 | | | | |
| 6 - TERAPÉUTICA MÉDICA : | | | | |
| Tramadol 50mg EV q8h. Meropenem 1g EV q8h. Clonazepam 40mg EV q24h. Metoclopramida 10mg EV q4h. Vitamina K10mg VO PRN PA > 160. Paracetamol 1000mg VO PRN T238C | | | | |
| 7- EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES: | | | | |
| Paciente con evolución lenta favorable quien presenta SIRS zafío con recuentes de base zafío elevados. Politransfundida por pérdidas zafío. Pasó a UC2 - c sin requerimiento de soporte oxigenatorio ni dilución hemodinámica o con necesidad de vasopresor. Poco no delirado en apso de resultados de cultivos. | | | | |
| 8- PRONOSTICO: | | | | |
| Reservado | | | | |

EQ.JMPHNDM.

MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS
Cristian Quiñones Rimac
Medicina Intensiva
CMP 67143

9. FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE.

EPICRISIS

ALTA VOLUNTARIA

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Ingreso: 02/10/2022 | Diagnostico Principal: PO LPE: Histerotomía + técnica posada de sutura hemostática de perina + reparación de desgarro vaginal CPT: 31515 |
| Traslado al Serv. de el Día | Otros Diagnósticos: Anemia Moderada (099.0) Politransfusión (Q20.3) |
| Traslado al Serv. de el Día | |
| Fecha de Egreso: 11-10-22 | Operaciones: LPE & Histerotomía + técnica de Posadas + Sutura Hemostática de Perina + Reparación de Desgarro Vaginal |
| Condición de Egreso: No mejorado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Retirado <input checked="" type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> Post-parto Normal <input type="checkbox"/> No tratado <input type="checkbox"/> Autopsia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| EMBARAZO: Normal <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> PARTO: Normal <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> PUERPERIO: Normal <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> R. N. Normal <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> | |
| RESUMEN. 1.- Anamnesis 2.- Examen Clínico 3.- Examen Auxiliares 4.- Inter consultas 5.- Evolución 6.- Terapéutica 7.- Diagnostico final 8.- Pronostico 9.- Indicaciones dadas al paciente 10.- Firma del Medico tratante 11.- Fecha. | |
| ① Paciente quien tuvo Parto de mialento y ppeauto hemorragia profusa accede a GMB en shock hipovolemico, refiere no haber expulsado producto a lo m parto de sangrado vaginal, palidez, Taquicardia e hipotonia ② SNC: Despierto, Mpractuo, obedece ordenes. Piel: Palidez (4x21) TPR: HV conservado, no rales, CV: Ruidos tacto normales, no soplos Abd: PFA+7, Blondo, Depresible, Doloroso a la palpación profunda CV: Se evidencia cordón umbilical y producto ③ Hb: 9.70 Hto: 28.50 Leu: 22690 PlaQ: 120.000 Abast 8% - urea: 19 PCa: 15.4 TP: 15.4 INB: 1.13 TTPA: 36.0 Na: 136.5 K: 3.2 Glu: 132 Cr: 0.51 Hb pos transfusión 8.0 Hto 23.70 ④ - ⑤ favorable ⑥ Transfusión 4PG + 2 PFC + 4 Plaquetas. ⑦ PO+ LPE Histerotomía ⑧ favorable | |
| MEDICO ASISTENTE-RESIDENTE-INTERNO | Fecha: 11/10/22 |
| Apellido Paterno: <u>JRANGUEN</u> Materno: <u>Coello</u> Nombre: <u>Fernie</u> | JEFE DE SERVICIO Nº de Historia Clínica: <u>2689906</u> Nº de Cama: |

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
Dr. FERNANDO LIBERATO FELLES
Médico Gineco - Obstetra
C M P 26672 - R. N. E 13209

(EN DUPLICADO PARA ARCHIVO)

Anexo 6. Hemogramas

| FECHA | 02/10 | 03/10 | 04/10 | 05/10 |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| HEMATOLOGIA | | | | M |
| Hto/Hb | 22.6/12.1 | 28.5/14.7 | 21.3/12.9 | 20.6/12.2 |
| Léucocitos | 32450 | 22690 | 20770 | 22210 |
| Eosinófilos | 32 | 23 | 0 | 0 |
| Basófilos | 65 | 68 | 42 | 0 |
| Abastionados | 1623 | 1815 | 1246 | 1333 |
| Segmentados | 27583 | 18152 | 1721 | 18656 |
| Linfocitos | 1687 | 1135 | 1101 | 1333 |
| Monocitos | 1460 | 1498 | 1163 | 888 |
| Plaquetas | 185 K | 120 K | 133 K | 166 K |
| TP/INR | 16.5/1.22 | 15.4/1.13 | 14.2/1.08 | |
| TTP _a | 33.6 | 36 | 30.4 | |
| Fibrinógeno | 326 | 297 | 547 | |

Edad : 34a 1m 1d
 Previsión : SIS
 Médico : *MEDICO TRATANTE


Sexo : Femenino Folio : 74066
 Sala : TRAUMASHOCK Fecha de Ingreso : 02/10/2022 21:27:58
 Cama : 03 Fecha de TM : 02/10/2022 21:27:58
 Procedencia : EMERGENCIA Recepción Muestra : 02/10/2022 21:27:58

HEMOGRAMA COMPLETO

| Examen | Resultado | Unidad | Valor de referencia | Fecha de Validación |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|---------------------|
| RECUESTO CELULAR (CITOMETRIA DE FLUJO, IMPEDANCIA) | | | | |
| LEUCOCITOS | ▲ 32450 | (mm ³) | 3980 - 10040 | 02/10/2022 21:56 |
| HEMATIES | ▼ 2,92 | (10 ⁶ /mm ³) | 3,93 - 5,22 | 02/10/2022 21:56 |
| PLAQUETAS | 185000 | (mm ³) | 182000 - 369000 | 02/10/2022 21:56 |
| Técnica: FLUORESCENCIA | | | | |
| HEMOGLOBINA / HEMATOCRITO | | | | |
| HEMOGLOBINA | ▼ 7,10 | (g/dL) | 11,20 - 15,70 | 02/10/2022 21:56 |
| Técnica: LAURIL SULFATO DE SODIO | | | | |
| HEMATOCRITO | ▼ 22,60 | (%) | 34,10 - 44,90 | 02/10/2022 21:56 |
| Técnica: IMPEDANCIA | | | | |
| CONSTANTES CORPUSCULARES | | | | |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) | ▼ 77,4 | (fL) | 79,4 - 94,8 | 02/10/2022 21:56 |
| HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) | ▼ 24,3 | (pg) | 25,6 - 32,2 | 02/10/2022 21:56 |
| CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC) | ▼ 31,4 | (g/dL) | 32,2 - 35,5 | 02/10/2022 21:56 |
| AMPLITUD DE DIST. ERITROCITARIA (RDW) | ▲ 23,30 | (%) | 11,70 - 14,40 | 02/10/2022 21:56 |
| Técnica: IMPEDANCIA | | | | |
| VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) | --- | (fL) | 9,4 - 12,3 | 02/10/2022 21:56 |
| FORMULA DIFERENCIAL RELATIVA | | | | |
| ABASTONADOS% | 5 | (%) | 0 - 5 | 02/10/2022 21:56 |
| SEGMENTADOS% | ▲ 85,0 | (%) | 34,0 - 71,1 | 02/10/2022 21:56 |
| LINFOCITOS% | ▼ 5,2 | (%) | 19,3 - 51,7 | 02/10/2022 21:56 |
| MONOCITOS% | ▼ 4,5 | (%) | 4,7 - 12,5 | 02/10/2022 21:56 |
| EOSINOFILOS% | ▼ 0,1 | (%) | 0,7 - 5,8 | 02/10/2022 21:56 |
| BASOFILOS% | 0,2 | (%) | 0,1 - 1,2 | 02/10/2022 21:56 |
| FORMULA DIFERENCIAL ABSOLUTA | | | | |
| ABASTONADOS | ▲ 1623 | (cel/mm ³) | 0 - 500 | 02/10/2022 21:56 |
| SEGMENTADOS | ▲ 27583 | (cel/mm ³) | 1560 - 6130 | 02/10/2022 21:56 |
| LINFOCITOS | 1687 | (cel/mm ³) | 1180 - 3740 | 02/10/2022 21:56 |
| MONOCITOS | ▲ 1460 | (cel/mm ³) | 240 - 360 | 02/10/2022 21:56 |
| EOSINOFILOS | ▼ 32 | (cel/mm ³) | 40 - 360 | 02/10/2022 21:56 |
| BASOFILOS | 65 | (cel/mm ³) | 10 - 80 | 02/10/2022 21:56 |
| COMENTARIO HEMOGRAMA | Microcitosis ++, Anisocitosis +, Hipocromia ++, Granulaciones Toxicas + | | | |

Metodología : Citometría de flujo, Impedancia.
 Tipo de Muestra : SANGRE TOTAL 1 E.D.T.A.
 Examen procesado en autoanalizador SYSMEX XN1000.

[VC] = Resultado Crítico.
 El resultado de este examen no constituye diagnóstico. Debe ser interpretado por su médico.



DRA. LETICIA A. URQUIZA B.
 MEDICO PATOLOGO CLINICO
 C.M.P. 77352 M6-CIRB

Sexo : Femenino Folio : 74788
 Sala : RECUPERACION DE EMERGENCIA
 Previsión : SIS
 Médico : *MEDICO TRATANTE

Fecha de Ingreso : 03/10/2022 11:37:50
 Fecha de TM : 03/10/2022 11:37:50
 Recepción Muestra : 03/10/2022 11:37:50
 Procedencia : EMERGENCIA

HEMOGRAMA COMPLETO

| Examen | Resultado | Unidad | Valor de referencia | Fecha de Validación |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|---------------------|
| RECUESTO CELULAR (CITOMETRIA DE FLUJO, IMPEDANCIA) | | | | |
| LEUCOCITOS | ▲ 23890 | (mm ³) | 3980 - 10040 | 03/10/2022 12:35 |
| HEMATIES | ▼ 3,27 | (10 ⁶ /mm ³) | 3,93 - 5,22 | 03/10/2022 12:35 |
| PLAQUETAS | ▼ 120000 | (mm ³) | 182000 - 369000 | 03/10/2022 12:35 |
| Técnica: FLUORESCENCIA | | | | |
| HEMOGLOBINA / HEMATOCRITO | | | | |
| HEMOGLOBINA | ▼ 9,20 | (g/dL) | 11,20 - 15,70 | 03/10/2022 12:35 |
| Técnica: LAURIL SULFATO DE SODIO | | | | |
| HEMATOCRITO | ▼ 26,20 | (%) | 34,10 - 44,90 | 03/10/2022 12:35 |
| Técnica: IMPEDANCIA | | | | |
| CONSTANTES CORPUSCULARES | | | | |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) | 80,1 | (fL) | 79,4 - 94,8 | 03/10/2022 12:35 |
| HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) | 28,1 | (pg) | 25,6 - 32,2 | 03/10/2022 12:35 |
| CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC) | 35,1 | (g/dL) | 32,2 - 35,5 | 03/10/2022 12:35 |
| AMPLITUD DE DIST. ERITROCITARIA (RDW) | ▲ 16,00 | (%) | 11,70 - 14,40 | 03/10/2022 12:35 |
| Técnica: IMPEDANCIA | | | | |
| VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) | 10,5 | (fL) | 9,4 - 12,3 | 03/10/2022 12:35 |
| FORMULA DIFERENCIAL RELATIVA | | | | |
| ABASTONADOS% | ▲ 7 | (%) | 0 - 5 | 03/10/2022 12:35 |
| SEGMENTADOS% | ▲ 83,6 | (%) | 34,0 - 71,1 | 03/10/2022 12:35 |
| LINFOCITOS% | ▼ 3,1 | (%) | 19,3 - 51,7 | 03/10/2022 12:35 |
| MONOCITOS% | 5,9 | (%) | 4,7 - 12,5 | 03/10/2022 12:35 |
| EOSINOFILOS% | ▼ 0,1 | (%) | 0,7 - 5,8 | 03/10/2022 12:35 |
| BASOFILOS% | 0,3 | (%) | 0,1 - 1,2 | 03/10/2022 12:35 |
| FORMULA DIFERENCIAL ABSOLUTA | | | | |
| ABASTONADOS | ▲ 1672 | (cel/mm ³) | 0 - 500 | 03/10/2022 12:35 |
| SEGMENTADOS | ▲ 19972 | (cel/mm ³) | 1560 - 6130 | 03/10/2022 12:35 |
| LINFOCITOS | ▼ 741 | (cel/mm ³) | 1180 - 3740 | 03/10/2022 12:35 |
| MONOCITOS | ▲ 1410 | (cel/mm ³) | 240 - 360 | 03/10/2022 12:35 |
| EOSINOFILOS | ▼ 24 | (cel/mm ³) | 40 - 360 | 03/10/2022 12:35 |
| BASOFILOS | 72 | (cel/mm ³) | 10 - 80 | 03/10/2022 12:35 |
| COMENTARIO HEMOGRAMA | Hipocromía +, Anisocitosis +, Granulaciones Tóxicas +, Plaquetas verificadas | | | |

Metodología : Citometría de flujo, Impedancia.
 Tipo de Muestra : SANGRE TOTAL + E.D.T.A.
 Examen procesado en autoanalizador SYSMEX XN1000.

[V] = Resultado Crítico.
 El resultado de este examen no constituye diagnóstico. Debe ser interpretado por su médico.





Hospital Nacional Dos de Mayo

Av. Miguel Grau 13, Cercado de Lima 15003, Perú

mesadepartesvirtual@hdosdemayo.gob.pe

(+51) 940-282-448

D
N
Edad : 34a 10m 6d
Previsión : SIS
Médico : *MEDICO TRATANTE

Sexo : Femenino Folio : 74270

Sala : RECUPERACION DE EMERGENCIA

Cama : 06 5AM

Procedencia : EMERGENCIA

Fecha de Ingreso : 03/10/2022 4:59:51

Fecha de TM : 03/10/2022 4:59:51

Recepción Muestra : 03/10/2022 4:59:51

HEMOGRAMA COMPLETO

| Examen | Resultado | Unidad | Valor de referencia | Fecha de Validación |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------|---------------------|
| RECUESTO CELULAR (CITOMETRIA DE FLUJO, IMPEDANCIA) | | | | |
| LEUCOCITOS | ▲ 22690 | (mm ³) | 3980 - 10040 | 03/10/2022 06:12 |
| HEMATIES | ▼ 3,51 | (10 ⁶ /mm ³) | 3,93 - 5,22 | 03/10/2022 06:12 |
| PLAQUETAS | ▼ 120000 | (mm ³) | 182000 - 369000 | 03/10/2022 06:12 |
| Técnica: FLUORESCENCIA | | | | |
| HEMOGLOBINA / HEMATOCRITO | | | | |
| HEMOGLOBINA | ▼ 9,70 | (g/dL) | 11,20 - 15,70 | 03/10/2022 06:12 |
| Técnica: LAURIL SULFATO DE SODIO | | | | |
| HEMATOCRITO | ▼ 28,50 | (%) | 34,10 - 44,90 | 03/10/2022 06:12 |
| Técnica: IMPEDANCIA | | | | |
| CONSTANTES CORPUSCULARES | | | | |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) | 81,2 | (fL) | 79,4 - 94,8 | 03/10/2022 06:12 |
| HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) | 27,6 | (pg) | 25,6 - 32,2 | 03/10/2022 06:12 |
| CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC) | 34,0 | (g/dL) | 32,2 - 35,5 | 03/10/2022 06:12 |
| AMPLITUD DE DIST. ERITROCITARIA (RDW) | ▲ 16,00 | (%) | 11,70 - 14,40 | 03/10/2022 06:12 |
| Técnica: IMPEDANCIA | | | | |
| VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) | 10,4 | (fL) | 9,4 - 12,3 | 03/10/2022 06:12 |
| FORMULA DIFERENCIAL RELATIVA | | | | |
| ABASTONADOS% | ▲ 8 | (%) | 0 - 5 | 03/10/2022 06:12 |
| SEGMENTADOS% | ▲ 80,0 | (%) | 34,0 - 71,1 | 03/10/2022 06:12 |
| LINFOCITOS% | ▼ 5,0 | (%) | 19,3 - 51,7 | 03/10/2022 06:12 |
| MONOCITOS% | 6,6 | (%) | 4,7 - 12,5 | 03/10/2022 06:12 |
| EOSINOFILOS% | ▼ 0,1 | (%) | 0,7 - 5,8 | 03/10/2022 06:12 |
| BASOFILOS% | 0,3 | (%) | 0,1 - 1,2 | 03/10/2022 06:12 |
| FORMULA DIFERENCIAL ABSOLUTA | | | | |
| ABASTONADOS | ▲ 1815 | (cel/mm ³) | 0 - 500 | 03/10/2022 06:12 |
| SEGMENTADOS | ▲ 18152 | (cel/mm ³) | 1560 - 6130 | 03/10/2022 06:12 |
| LINFOCITOS | ▼ 1135 | (cel/mm ³) | 1180 - 3740 | 03/10/2022 06:12 |
| MONOCITOS | ▲ 1498 | (cel/mm ³) | 240 - 360 | 03/10/2022 06:12 |
| EOSINOFILOS | ▼ 23 | (cel/mm ³) | 40 - 360 | 03/10/2022 06:12 |
| BASOFILOS | 68 | (cel/mm ³) | 10 - 80 | 03/10/2022 06:12 |
| COMENTARIO HEMOGRAMA | Granulaciones Toxicas ++ | | | |

Metodología : Citometría de flujo, Impedancia.
Tipo de Muestra : SANGRE TOTAL + E.D.T.A.
Examen procesado en autoanalizador SYSMEX XN1000.

[VC] = Resultado Crítico.
El resultado de este examen no constituye diagnóstico. Debe ser interpretado por su médico.

DRA. LETICIA A. URQUIZA B.
MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO
CMP. 77392 RNE: 42881

www.hdosdemayo.gob.pe

Hospital Nacional Dos de Mayo

Av. Miguel Grau 13, Cercado de Lima 15003, Perú
mesadepartesvirtual@hdosdemayo.gob.pe
(+51) 940-282-448



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Dos de Mayo