



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“FACTORES DE RIESGO MATERNO DE LA
HEMORRAGIA POSPARTO, EN GESTANTE DE 38
SEMANAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL III, LIMA,
2017”**

PRESENTADO POR:

ROSA NELLY PUEMAPE SECLÉN

ASESOR

MGR. PIERINA CÁCERES CAVALLO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA, CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS
MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2019

ÍNDICE GENERAL

Portada	
Índice general	i
Índice de tablas	ii
Índice de figuras	ii
Resumen	iii
Summary	iv

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	1
1.2. Justificación	3
1.3. Marco teórico	4

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. Objetivos	15
2.2. Sucesos relevantes de la Historia clínica	15
2.3. Discusión	25
2.4. Conclusiones	26
2.5. Recomendaciones	27
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	27

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Atonía uterina	10
Tabla 2 Retención de Tejidos	10
Tabla 3 Lesión del canal de parto	10
Tabla 4 Alteraciones de la coagulación	11
Tabla 5 Factores de riesgo materno.	12

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Número de muertes maternas, Perú 2000-2018	2
--	---

RESUMEN

La Hemorragia Obstétrica es una de las causas obstétricas que directamente ocasionaron la muerte materna durante el año 2017, según estadísticas del Centro de Epidemiología, prevención y control de enfermedades del Ministerio de Salud, con una incidencia del 23.4%, ^(1,2). Esta investigación se realiza para determinar los factores de riesgo materno de la hemorragia postparto, en gestante de 38 semanas en un hospital de nivel III, Lima, 2017. El cual culminó con una muerte materna de gestante de 40 años, diagnosticada con Shock hipovolémico, anemia severa, hemoperitoneo subaponeurótico, atonía uterina, paro cardiaco refractario. Este estudio fue retrospectivo porque se revisó y analizó la historia clínica de la paciente. La población estuvo conformada por el total de gestantes atendidas en el hospital, pero la muestra es una paciente con 38 semanas de gestación, que acudió a la emergencia en busca de atención. La Organización de las Naciones Unidas (2018), refiere que el descenso de muertes maternas es parte de las políticas públicas del desarrollo y disminución de la pobreza, por tal motivo se tiene la meta de reducir a 70 fallecimientos, x 100000 nacidos vivos para el año 2030. ⁽³⁾

El shock Hipovolémico, es la complicación la hemorragia posparto, producida por atonía Uterina, retención de tejidos, lesión del canal del parto, y alteración de la coagulación. ⁽⁴⁾

Palabras Clave: Atonía uterina, hemorragia posparto, shock hipovolémico.

SUMMARY

Obstetric hemorrhage is one of the obstetric causes that directly caused maternal death during 2017, according to statistics from the Center for Epidemiology, prevention and control of diseases of the Ministry of Health, with an incidence of 23.4%, (1, 2). This research is carried out to determine the maternal risk factors of postpartum hemorrhage, in a 38-week pregnant woman in a level III hospital, Lima, 2017. Which culminated in a 40-year-old maternal death of a pregnant woman, diagnosed with hypovolemic shock, severe anemia, subaponeurotic hemoperitoneum, uterine atony, refractory cardiac arrest. This study was retrospective because the patient's medical history was reviewed and analyzed. The population was made up of the total number of pregnant women treated in the hospital, but the sample is a patient with 38 weeks of gestation, who went to the emergency for attention. The United Nations Organization (2018), refers that the decrease in maternal deaths is part of the public policies of development and poverty reduction, for this reason it has the goal of reducing to 70 deaths, x 100,000 live births for the 2030. (3)

Hypovolemic shock is the complication of postpartum hemorrhage, caused by uterine atony, tissue retention, birth canal injury, and blood clotting disorder. (4)

Keywords: Uterine atony, postpartum hemorrhage, hypovolemic shock.

CAPÍTULO I

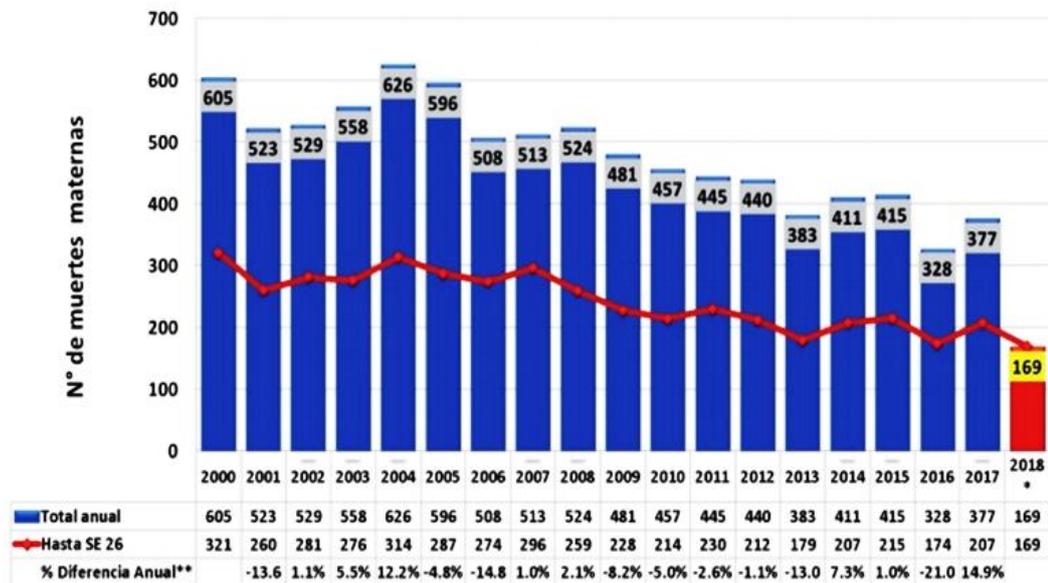
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

Las mujeres que no sobreviven al parto en regiones en vías de desarrollo es aún 14 veces más que en las regiones desarrolladas. Solo se atiende la mitad de sus necesidades médicas. En base a esto se acordó en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), a nivel internacional, terminar con la pobreza, brindar protección al planeta, garantizando que todas las personas puedan vivir en paz y prosperidad. El Perú es partícipe de este pacto, realiza como políticas públicas la implementación del Objetivo 3, siendo de vital importancia como especialista el cumplimiento de disminuir la incidencia mundial de mortalidad de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, para el 2030. ⁽⁵⁾

Las muertes maternas siguen siendo un gran problema de la Salud Pública en el ámbito nacional peruano, en la última d se ha logrado tener un gran avance, como lo muestra la figura 1, de la estadística emitida por el Centro de Epidemiología, prevención y control de enfermedades. ⁽¹⁾

Esta investigación realizó, un análisis del diagnóstico oportuno en esta patología, el manejo adecuado mediante una revisión bibliográfica.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, prevención y Control de Enfermedades. * Hasta SE 26 del año 2018 .
 ** Diferencia porcentual con respecto al año anterior Se consideraron los casos notificados como muerte materna directa e indirecta

Figura 1. Número de muertes maternas, Perú 2000-2018.

Como estrategia se ha planteado la disminución de las posibilidades de gestación, con el fin de disminuir los embarazos no planificados con el objetivo de garantizar una maternidad voluntaria; y de disminuir los posibles inconvenientes el tiempo que dure el embarazo, parto y puerperio. Con esto se busca identificar los signos y señales de alarma y las consiguientes de formas de prevenir las dificultades en la madre y el feto; de tal manera que se concrete que los partos sean institucionales, lo cual implica contar con un adecuado manejo del parto a fin de reducir la hemorragia postparto y la sepsis puerperal; minimizando las emergencias de muerte entre mujeres que presenten complicaciones. ⁽¹⁾

Esta investigación realizó, un análisis del diagnóstico oportuno en esta patología, y el manejo adecuado mediante una revisión bibliográfica. Realizar un diagnóstico

temprano de los signos de alarma, permite implementar las atenciones prenatales reenfocadas, la administración de hierro suplementario y ácido fólico, el parto institucionalizado con adecuación intercultural, el mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencias, además de implementar las estrategias en la institución hospitalaria en la cual se realizó la investigación, para que sean parte de la solución de esta problemática.

1.2. Justificación

La hemorragia obstétrica sigue siendo un reto importante en el manejo, a pesar de los avances quirúrgicos que se han suscitado, sin embargo, sigue siendo la primera causal de morbilidad materna. Siendo el primer causante de muerte materna en el mundo y explica la mitad de fallecimientos en países en vías de desarrollo, ésta puede ser oculta o visible y depende de las diferentes causas que la provocan, puede aparecer durante el puerperio inmediato o mediato. La OMS ha calculado que mundialmente cada año 529,000 mujeres fallecen durante el embarazo, parto o puerperio. En Latinoamérica se presentan 35,000 muertes anuales, siendo el 31% 166,000 causantes de hemorragia Obstétrica, representando el 25% del total de los decesos maternos. El 50% principalmente se presentan en las cuatro primeras del postparto ⁽²⁾. Estas situaciones han determinado que la mortalidad materna sea catalogada como un problema de salud pública por el impacto social que origina. Por lo antes mencionado, es de suma importancia conocer los mecanismos fisiopatológicos que lo propician e identificar los factores de riesgo, para realizar el diagnóstico precoz, manejo oportuno y derivar a otra institución hospitalaria de mayor complejidad, Así se podrá contribuir a reducir las complicaciones ya que permitirá establecer estrategias de prevención en establecimientos de salud de

primer nivel de atención y fortalecer los de mayor complejidad que manejan pacientes en estado crítico. Los resultados maternos negativos y la necesidad de protocolos al decidir el manejo del shock hipovolémico de manera eficaz y oportuna, han motivado el abordaje del tema, a través de la revisión bibliográfica.

1.3. Marco teórico

1.3.1. Antecedentes.

1.3.1.1. Antecedentes Internacionales

LÓPEZ y col. México (2018). En su trabajo “Choque Hipovolémico”, realizan una serie de revisiones sobre el caso, sobre todo porque a través del tiempo ha habido variaciones sobre cómo definirlo, clasificarlo y como aplicar el tratamiento por las controversias que origina. El punto inicial es identificar a estas mujeres en una sala de emergencias, antes que se produzcan complicaciones irreversibles. El choque es un escenario de hipo perfusión tisular, caracterizada por el bajo aporte de oxígeno tisular, resultando impropio para satisfacer las demandas metabólicas. Esta revisión busca definir el cuadro, así como determinar los métodos diagnósticos correctos y clasificar el choque hipovolémico con el fin de comprender los cambios y controversias acerca del tratamiento del choque. Actualmente, estos estudios se concentran en la búsqueda de sistemas para detectar a tiempo esta condición; de igual manera los parámetros de laboratorio que consientan realizar una clasificación objetiva y puedan conducir una correcta reanimación del mismo, aunque al ser un síndrome, no tiene parámetros que sirva como estándar de otro. El monitoreo hemodinámico resulta de utilidad para conducir la terapia hídrica del paciente; actualmente es conocido que los métodos dinámicos como la compresibilidad de la

vena cava inferior son los más útiles. Resulta relevante que se pueda identificar, monitorizar y aplicar el tratamiento adecuado para evitar complicaciones irreversibles a nivel celular y que esto pueda evitar repercusiones sistémicas importantes que conlleve a una muerte materna. ⁽⁶⁾

VERDESOTO, Guayaquil (2016). En su investigación "Hemorragia Postparto: Factores de Riesgo y Complicaciones en Adolescentes de 12- 19 años de edad Realizado en el Hospital Provincial Martín Icaza entre enero del 2014 y enero del 2015", realizó un estudio con enfoque cualitativo no experimental, de corte transversal, observacional y retrospectivo, con los consiguientes resultados: La incidencia de hemorragia postparto en adolescentes fue del 8%. Encontrándose que la edad pre gestacional entre los 11 y 15 años de edad fue un factor de riesgo acentuado en el 75% de los casos que se estudiaron; incluyendo la nuliparidad, la Hb gestacional menor a 10,5 g/dl, episiotomía intraparto y escasos controles prenatales. Con respecto a las complicaciones se encontró que el 100% de los casos necesitaron transfusiones sanguíneas por la marcada anemia que presentaron los casos estudiados; la sepsis puerperal y el shock hipovolémico estuvieron presentes con el 12,5% de los casos estudiados. Conclusión: el reconocimiento de los factores de riesgo, un diagnóstico temprano y manejo de hemorragia postparto es la clave para evitar complicaciones y muerte materna. ⁽⁷⁾

HERNÁNDEZ y col. México (2014), en su investigación "Hemorragia obstétrica posparto: reanimación guiada por metas", realizaron una revisión de artículos científicos, considerando que las variables a estudiar estuvieran relacionadas con el caso clínico presentado, para explicar la conducta diagnóstica apropiada en el caso

clínico realizado. Resultados: la atonía uterina es la más usual, seguida por residuos placentarios retenidos, coagulopatía, hemorragia debido a episiotomías y desgarro cervical, perineal y/o vaginal, por lo tanto, deberá realizar un diagnóstico diferencial. Las hemorragias puerperales resultan de cuidado, por eso el manejo debe ser el apropiado para evitar resultados negativos en el perinato. Al momento que se estabiliza el cuadro hemorrágico, debe identificar el fenómeno causante para aplicar la terapia adecuada. La clave del tratamiento se basa en detectar inmediatamente los signos que manifiesten una descompensación hemodinámica e hipo perfusión tisular, para luego iniciar la administración de fluidos para evitar el desencadenamiento del choque hipovolémico y sus complicaciones como la morbimortalidad materna. ⁽⁸⁾

CHÁVEZ y col. México (2014). En su estudio “Causas Obstétricas de Choque Hemorrágico en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital General de Tlalnepantla” realizado en la ciudad de Toluca-México 2013. Método: estudio retrospectivo longitudinal en comprendido entre enero del 2008 a diciembre del 2012, para casos de gestantes que acudieron para atenderse en los consultorios de ginecoobstetricia, diagnosticadas con choque hemorrágico obstétrico, que fueron ingresadas de urgencia a la unidad de cuidados intensivos, contabilizándose 71 pacientes. Resultado: se obtuvo que la edad materna se hallaba en un promedio de 25 años de edad, siendo la atonía uterina la principal causa de hemorragias, mientras que el grado de choque de mayor frecuencia en casos fue el grado IV. ⁽⁹⁾

1.3.1.2 Antecedentes nacionales

FLORES D. Lima (2018). En su tesis “Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, hospital PNP “Luis N. Sáenz”, Julio 2016 - JULIO 2017”. Material y método: estudio retrospectivo, analítico de caso-control. Población: conformada por 716 puérperas. Casos: 20 pacientes con cuadro de hemorragia del puerperio inmediato. Control: 40 puérperas las cuales no presentaban el cuadro. Muestreo: fue aleatorio y probabilístico hasta lograr el tamaño de la muestra establecida. En total fueron 60 gestantes ingresadas para llevar a cabo la investigación. Se consideraron las historias con los datos completos al igual que los reportes operatorios. Recolección de datos: se realizó con softwares de hojas de cálculo y su respectiva interpretación se realizó con software estadístico informático SPSS 6 versión 24. Resultados: se encontró la edad materna con más de 35 años (95%), la multiparidad (95%), los antecedentes obstétricos (95%), cesárea (95%) y el antecedente obstétrico más frecuente fue la multiparidad con un 60%. Los casos que incluían cesárea como antecedente en su historial clínico, tuvo implicancia como factor de riesgo de valor estadístico altamente significativo. Conclusiones: Los factores de riesgo para esta investigación fueron la edad de 35 años a más, multiparidad, antecedentes obstétricos y parto por cesárea. ⁽¹⁰⁾

GIL M. Lima (2016). En su tesis “Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero - septiembre del 2015”. Este estudio aplicó la metodología analítica, retrospectiva, transversal, de casos y controles. Por su parte se consideraron dentro de Población a la totalidad de pacientes gestantes que

presentaban hemorragia post parto, originado principalmente por atonía uterina, lo que dispuso un sangrado inmediato. Se estudiaron un total de 80 casos registrados y cada uno de ellos con su respectivo control, con partos posteriores al caso. Resultado: se encontró como factor de riesgo significativo a la edad de la madre > a 30 años (OR=3,64), multigestación (OR 2,15), multiparidad (OR =2,17), parto abdominal (OR = 6,64), historial de cesárea anterior (OR = 2,95) y referencias de antecedentes obstétricos que fueron vinculados con atonía uterina (OR =3,24). Dentro de los antecedentes obstétricos, el que se presentó con frecuencia fue el embarazo múltiple con un 65,4%. Conclusiones: Los principales factores de riesgo como posibles causantes de hemorragia post parto debido a atonía uterina fue la de la madre > a 30 años de edad, multigestas, multiparidad, parto por cesárea, antecedente de cesárea previa e historial clínico relacionado con atonía uterina. ⁽¹¹⁾

TACURI M. Lima (2018). En su tesis “Factores asociados a hemorragia postparto primaria, en las dos primeras horas; Hospital III de Emergencia Grau de Lima, 2018”, menciona que la hemorragia posparto, mundialmente, es la principal causa de muerte materna. Método: Observacional, Correlacional, retrospectivo de razón de prevalencia. Resultados: la prevalencia fue del 7.8%, siendo el causal principal la atonía uterina con 63.75%; la edad materna se mantuvo en un rango $29,1 \pm 8,1$ años aproximadamente. Como factores de riesgo se determinó el aborto, el antecedente de hemorragia postparto con el 62.5%, cesárea anterior con el 23.62 %, que durante la gestación haya tenido una ganancia de peso mayor a 16 kilogramos, polihidramnios, severa, anemia, Maniobra de kristeller), episiotomía medio-lateral, parto instrumentado y multiparidad. Los principales factores protectores fueron: el número de controles prenatales mayor a 5, alumbramiento dirigido. Conclusiones:

los antecedentes de hemorragia postparto, polihidramnios, ganancia de peso mayor de 16 Kg, IMC, se encontraron como principales factores de riesgo. Los principales factores protectores fueron el número de controles prenatales mayor a 5, el alumbramiento dirigido, el pinzamiento tardío del cordón. ⁽¹²⁾

1.3.2. Bases teóricas

1.3.2.1. Definición

Shock: se define como un síndrome de insuficiencia circulatoria sistémica con disminución del flujo sanguíneo, acompañado de hipo perfusión e hipoxia tisular, seguida de trastornos funcionales y morfológicos de los órganos vitales. ⁽¹³⁾

Shock hemorrágico obstétrico: Es la pérdida masiva de sangre, la que conduce a un estado de choque. El corazón no bombea sangre debido a que disminuye el volumen sanguíneo, originando que el corazón deje de bombear siendo incapaz de bombear la sangre necesaria al cuerpo, ocasionando que muchos órganos no funcionen apropiadamente, considerándose esta patología como una emergencia médica. ⁽¹³⁾

1.3.2.2 Etiología

Karlsson, & Pérez (2009), explican la etiología mediante una regla nemotécnica, para poder entenderla mejor y a la vez sea factible recordarla más fácilmente. ⁽¹³⁾

La regla nemotécnica consiste en señalarlas como las “4 T”:

- **Tono**, referido a la atonía uterina,
- **Tejido**, implica la retención de productos, restos y residuos de la concepción, tales como la placenta

- **Trauma**, relacionado a las lesiones ocurridas en el canal genital,
- **Trombina**, como resultado de alteraciones de la función coagulante

Se detalla continuación:

Tabla 1: Atonía uterina

N	Causas	Factores de riesgo
1	sobredistensión uterina	Gestación múltiple
		Hidramnios
		Feto macrosómico
2	Corioamnionitis	RPM prolongado
		Fiebre
3	Agotamiento muscular	Parto prolongado
		y/o rápido
		Multiparidad

Fuente Elaboración Propia, basado en el trabajo Hemorragia posparto. ⁽¹³⁾

Tabla 2 Retención de Tejidos

N	Causas	Factores de riesgo
1	Placenta	Acretismo placentario
2	Coágulos	Hemorragia

Fuente Elaboración Propia, basado en el trabajo Hemorragia posparto. ⁽¹³⁾

Tabla 3 Lesión del canal de parto

N	Causas	Factores de riesgo
1	Desgarros del canal	Parto instrumental
		Expulsivo precipitado

N	Causas	Factores de riesgo
2	Rotura/Dehiscencia uterina	Cirugía uterina previa (cesárea)
		Parto instrumentado
		Distocia
		Hiperdinámia
		Versión cefálica
		Externa
3	Inversión uterina	alumbramiento manual
		Acretismo placentario
		Maniobra de Crede

Fuente Elaboración Propia, basado en el trabajo Hemorragia posparto. ⁽¹³⁾

Tabla 4 Alteraciones de la coagulación

N	Causas	Factores de riesgo
	Adquiridas	Preeclampsia
		Síndrome HELLP
		CID
		Embolia de Líquido amniótico
		Sepsis
		Abruptio Placentae
	Congénitas	Enf. De Von Willebrand
		Hemofilia tipo A

Fuente Elaboración Propia, basado en el trabajo Hemorragia posparto. ⁽¹³⁾

1.3.2.3. Factores de Riesgo Asociados

Según las guías disponibles, que están relacionadas a las prácticas clínicas aplicables en la atención de emergencias obstétricas de acuerdo con el nivel de capacidad resolutive indica los siguientes factores, como indica la siguiente tabla:

Tabla 5 Factores de riesgo materno.

Factores	Atonia Uterina	Retención De placenta	Retención de restos ovulares	Lesión del canal del parto	Inversión uterina
Antecedentes	Multiparidad > de cuatro Gestante años a mayor de 35 años	Cicatriz uterina previa Legrados uterinos múltiples	Cicatriz uterina previa Legrados uterinos múltiples	Primigesta	Inversión Uterina previa
Características	Macrosomía Polihidramnios Embarazo Múltiple DPP Parto prolongado Parto precipitado Corioamnionitis Fibromatosis uterina obesidad	Fibromatosis Uterina Adherencia anormal de la placenta Anomalías uterinas Corioamnionitis Prematuridad	Adherencia anormal de la placenta Cotiledón aberrante Antecedente de abortos	Feto Macrosómico Parto precipitado Expulsivo Prolongado Parto instrumentado Extracción Podálica Periné Corto, fibroso Varices vulvar Y vaginal	Placenta adherida
Intervenciones	Mal uso de Oxitócicos Anestésicos Generales Sulfato de magnesio Relajantes uterinos	Mala conducción del parto Mal manejo del alumbramiento	Mala conducción del parto Mal manejo del Alumbramiento	Mala técnica de la atención del expulsivo	Mala técnica de atención del Alumbramiento Mala técnica de la extracción manual de la placenta

Fuente: MINSA, D. D. (2007). *Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive*. Lima.

1.3.2.4. Fisiología

El shock hemorrágico ocurre secundariamente al sangrado agudo, que implica pérdidas en el volumen sanguíneo circulante, acompañado de problemas cardio-respiratoria y la baja del recurso de oxígeno necesario cubrir la demanda a nivel

tisular, originando deterioro en parénquimas por quedar incapacitado de conservar las funciones celulares. ⁽¹³⁾

Esta definición se refiere a la carencia de oxígeno y nutrientes a nivel celular, la cual suele ser generalmente indicador de asociación con hipotensión arterial, no obstante, desde el punto de vista clínico, no se asocia precisamente con un diagnóstico de shock. ⁽⁶⁾

1.3.2.5. Incidencia

Se estima que el 1,86% de nacimientos son afectados, complicándose con severas hemorragias, asignándosele la responsabilidad sobre el 13 % de muertes maternas en países desarrollados. ⁽¹⁵⁾

En el Perú las hemorragias obstétricas graves, se consolidan como la primera causante de muertes maternas, es actualmente de 103/100 mil nacidos vivos, siendo mayor la ocurrencia las primeras 24 horas post parto. ⁽¹³⁾

1.3.2.6 Diagnóstico

Karlsson, & Pérez (2009), refieren que el diagnóstico efectuado es puramente clínico, cuando se evidencia una pérdida de sangre en forma excesiva previo al alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después (HPP verdadera). Es importante valorar las consecuencias de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente.

Se debe tomar en consideración, los siguientes referentes:

– Signos: Presión arterial sistólica. Indica afección hemodinámica leve/moderada/ grave, según las lecturas de la presión sean 100-80/ 80-70/ 70-50 en forma respectiva.

– Síntomas: indican hemorragia.

- ✓ Hemorragia Leve: presenta sudor, sensación de debilidad, ataques de taquicardia.
- ✓ Hemorragia Moderada: oliguria y la palidez general.
- ✓ Hemorragia Grave: se manifiesta un fallo renal con anuria, shock, Síndrome de Seehan en el puerperio inmediato y disnea.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

Identificar los factores de riesgo materno de la hemorragia postparto, en gestante de 38 semanas, en un hospital de nivel III, Lima, 2017.

2.1.2. Objetivos específicos

- Identificar la edad materna como factor de riesgo de la hemorragia postparto, en gestante de 38 semanas, en un hospital de nivel III, Lima, 2017.
- Evaluar si el manejo fue el adecuado en la hemorragia postparto, en gestante de 38 semanas, en un hospital de nivel III, Lima, 2017.

2.2. Sucesos relevantes de la Historia clínica

El caso es de gestante de 40 años con 9 atenciones prenatales que es atendida en la emergencia, pasando inmediatamente a Trauma Shock con el siguiente diagnóstico de ingreso:

1. Postcesareada de 12 horas
2. Hemorragia digestiva Alta.
3. Anemia aguada Moderada.
4. Shock hipovolémico.

Realizando exámenes de laboratorio, interconsulta de Ginecología y Cirugía, y Balance Hídrico; se realizó transfusión de 2 paquete Globulares, realizándose Ecografía por vía abdominal y transvaginal no se observa signos de hemoperitoneo. Paciente en estado crítico hemodinámicamente inestable, con apoyo de oxígeno, taquicardia sostenida e hipotensión sin respuesta positiva a tratamiento. El 01.09.17 se realizó una Junta médica, por estado crítico de la paciente, se toma la decisión de ingresar a la paciente a sala de operaciones a fin de descartar hemoperitoneo o sangrado en pared abdominal. Pasando a SOP dándose el deceso a las 7:10 hrs. Siendo sus Diagnostico de Egreso:

1. Shock hipovolémico.
2. Anemia severa.
3. Hemoperitoneo subaponeurótico.
4. Atonía uterina.
5. Paro cardiaco refractario

La revisión del siguiente caso clínico es importante para poder evaluar la conducta diagnóstica asumida, además de los criterios tomados para la referencia de la paciente, y poder hacer una correlación con la normativa establecida y con la bibliografía actualizada. Detallo lo siguiente:

A. Anamnesis: Hora: 23:18 pm.

1. Fecha de Ingreso : 31 de agosto del 2017
2. Apellidos y nombres : ---
3. Edad : 40 años
4. Fecha de nacimiento : 28/09/1980
5. Lugar de Nacimiento : ----
6. Ocupación : Ama de casa
7. Procedencia : EsSalud
8. Estado civil : Conviviente
9. Grado de Instrucción : Superior completo.
10. Religión : católica
11. Idioma : castellano

B. Antecedentes Personales: Información obtenida por información de familia.

C. Antecedentes Obstétricos.

- Menarquia : 12 años
- Inicio de Actividad Sexual : 18 años
- Vacuna contra Tétanos : 1 dosis
- FUR : Desconoce
- FPP : No Refiere
- Gesta : 01
- Régimen Catamenial : 3-4 días, cada 28 días
- Paridad : 0

- EG : 37 semanas
- Atenciones Prenatales : 9

D. Enfermedad Actual:

Ginecólogo de guardia transfiere a paciente inmediatamente a la unidad de trauma shock por condición de ingreso. Paciente referida de Es Salud, ingresa con palidez marcada, diaforética, al examen con taquicardia e hipotensión es trasladada inmediatamente a trauma shock para su manejo. Tiempo de la Enfermedad: 12 horas

E. Examen Físico General. (Clínico):

La paciente se halla lúcida con buena orientación a nivel de tiempo, espacio y con respecto a su persona (LOTEP), Su estado general de salud es regular (REG), con respecto a su estado de nutrición también es regular (REN):

- Temperatura 36°C
- Presión arterial 70/40 MmHg
- Respiración; 24/min.
- Pulso 130/min.
- Peso y talla no se pudo realizar por gravedad de la paciente
- Fascias y conjuntivas palidez marcada +++/+++
- Mamas turgentes, pezones preparados para la lactancia
- Abdomen útero contraído por encima de la cicatriz umbilical
- Herida operatoria afrontada sin signos de flogosis
- Genitales externos no se evidencia sangrado externo

- Miembros inferiores no edema, no varices.

Examen Obstétrico: Abdomen: Blando depreciable, no se evidencia signos de hemoperitoneo, se evidencia cicatriz operatoria afrontada, sin signos de dehiscencia, no flogótica. Con Útero: contraído por encima de región supra púlica. Genitales externos: Vagina: no se visualiza sangrado; Cérvix: tactos vaginales restringidos.

Impresión Diagnóstica de ingreso.

- a. Postcesareada de 12 horas
- b. Hemorragia digestiva Alta.
- c. Anemia aguada Moderada.
- d. Shock hipovolémico.

Plan de trabajo: Exámenes de laboratorio: Hemograma completo, hematocrito, hemoglobina, recuento plaquetario, grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, urea y creatinina.

- Interconsulta ginecología y cirugía
- Monitoreo de funciones vitales y control de sangrado vaginal
- Balance hídrico estricto

Tratamiento:

1. NPO
2. cloruro de sodio AL 0,9% por 1000 cc

3. cloruro de sodio AL 0,9% por 1000 cc + Oxitocina 30 UI a 30 gotas por minuto
4. Haemacel 1 frasco
5. Omeprazol 40 mg en 100 cc de cloruro de sodio al 0,9%
6. Tramadol 1 ampolla PRN a dolor
7. Metoclopramida 1 amp EV c/ 8 h
8. Transfundir 02 paquetes globulares
9. Monitoreo estricto de funciones vitales y sangrado vaginal
10. Interconsulta a Ginecología
11. Interconsulta a cirugía
12. Ecografía abdominal

Evolución

23:35 pm: ginecólogo de turno realiza interconsulta, quien sugiere seguir manejo en servicio de Trauma shock, Plan; manejo con oxitócico, antibioterapia (Cefazolina 1 gr c/ 6 horas, analgésicos Tramadol 100mg, Metamizol 1 gr c/ 8 horas). 01 / 09 / 2017 – 00:00 horas: Se realiza exámenes de laboratorio:

Hemograma Completo

- Hemoglobina : 6.9 g/dl
- Hematíes : 2130000 por min
- Hematocrito : 20%
- Leucocitos : 2310000 por min
- Neutrófilo : 00
- Abastionados : 14

- Segmentados : 72
- Eosinofilos : 00
- Basófilos : 00
- Monocitos : 06
- Linfocitos : 08
- Tiempo de coagulación : 6.9 por min (Met lee White) 5-15 min
- Tiempo de sangría : 1 min 20 seg (Met De Luque) 1-3 min
- Rcto de plaquetas : 212,000 plaq/mm3 150 – 400,000 pl / Min
- Grupo y factor sanguíneo : O Rh Positivo
- RPR : No Reactivo
- VIH : No Reactivo
- Glucosa : 78

03:30 am: Paciente con apoyo de oxígeno, con taquicardia sostenida e hipotensión sin respuesta positiva a tratamiento.

04: 36 am Interconsulta con Cirugía; Acude al llamado de trauma shock paciente ya recibió 2 paquetes globulares. Al examen. PA: 86/53 MmHg FC: 152 x min, FR: 26x min, Saturación de oxígeno 99% (Con cánula binasal). Paciente LOTEF Glasgow (15 pts.). Palidez marcada +++/+++. No edema de Miembros inferiores; Orina por sonda Foley escasa colúrica. Al examen ginecológico: Útero contraído más o menos 15cms al nivel de cicatriz umbilical. Cicatriz operatoria afrontada, no signos de dehiscencia, no equimótica, no flogótica. Loquios hemáticos con presencia de coágulos pequeños, no mal olor. Barrido ecográfico por vía abdominal y transvaginal no se observa signos de hemoperitoneo.

Diagnóstico:

1. Post cesárea 12 horas
2. Shock Hipovolémico de EAD
3. Hemorragia digestiva
4. Anemia severa
5. Transfusión sanguínea de 2 paquetes globulares.

Plan de Trabajo: Al momento no se evidencia causa probable de shock de origen ginecológico, se sugiere coordinar con servicio de shock trauma para reevaluación posterior a pedido de servicio.

05:03 am: Se insiste en llamado a ginecólogo ya que paciente cursa con shock hipovolémico, se realiza lavado gástrico, se coordina junta médica para realizar laparotomía exploratoria. Se ordena transfundir paquete de plasma congelado y paquete globular

Se prepara para SOP

05:42 am: Se solicita evaluación por UCI para evaluar por mal pronóstico, la misma que no mejoraba con el soporte de cristaloides, sugiere junta médica para que realicen laparotomía exploratoria en busca de hemoperitoneo.

06:50 am: Médico emergencista de guardia realiza junta médica por que paciente empeora condición, hemodinámicamente inestable que no recupera con cristaloides, transfusiones sanguíneas. Por antecedentes de cesárea previa, se decide ingresar a sala de operaciones para descartar hemoperitoneo o sangrado en pared abdominal.

07:10 horas: Paciente pasa a SOP para laparotomía exploratoria con diagnóstico:
Postcesareada de 20 horas; Shock hipovolémico, Anemia severa

Epicrisis

- Edad: 40 años.
- Fecha y hora de ingreso: 31 de agosto del 2017 a las 23:18 horas.
- Fecha y hora de egreso: 01 de setiembre del 2017 a las 07:50 horas.

Resumen de enfermedad actual: Paciente Postcesareada de más o menos 12 horas, quien ingresa al tópico de emergencia referida de hospital de EsSalud con diagnóstico de Postcesareada de 18 horas, shock hipovolémico, anemia severa, D/C Hemoperitoneo, paciente hemodinámicamente inestable. Se registra hipotensión, hipotermia, taquicardia, SatO2 96%, paciente diaforética, palidez marcada +++/+++, orina escasa colúrica, se coloca sonda nasogástrica N°25 obteniendo contenido borrajeo, paciente es manejada en trauma shock. Al diagnóstico clínico no se evidenciaba sangrado visible por genitales, útero contraído (Infra umbilical), herida operatoria afrontada no signos de dehiscencia, no equimótica, según barrido ecográfico no se evidencia hemoperitoneo en zona de cicatriz operatoria o zona ginecológica (útero y anexo) abdomen no distendido, no se evidencia causa probable de shock de origen ginecológico evaluada por emergencista, ginecología y cirugía.

- **Tratamiento:** con principal diagnóstico anemia severa, por lo que se decide con la reposición de paquete globular y cristaloides.
- **Procedimientos:** Se realiza junta médica y se concluye ingresar a sala de operaciones para descartar hemoperitoneo o sangrado de pared abdominal, ya

que condición hemodinámica se deterioraba al pasar el tiempo a pesar del manejo, en la que se evidencia hemoperitoneo, se realiza histerectomía abdominal total, drenaje de hemoperitoneo subaponeurótico sangrado activo de vasos musculares ubicado en Angulo de sutura aponeurótica derechas, sangrado activo.

- **Evolución:** Desfavorable paciente en el proceso presenta paro cardiaco 40 minutos después de iniciada la cirugía, a pesar de haber realizado RCP avanzado paciente fallece.
- **Diagnóstico de egreso:**
 1. Postcesareada de 20 horas.
 2. Shock hipovolémico.
 3. Anemia severa.
 4. Hemoperitoneo subaponeurótico.
 5. Atonía uterina.
 6. Paro cardiaco refractario
 7. Condición del alta: fallecida.

A continuación, se presenta el informe operatorio: Paciente pasa a SOP para laparotomía exploratoria, con diagnóstico: a) Postcesareada de 20 horas; b) Shock hipovolémico; c) Anemia severa.

Informe Operatorio:

- Cuenta de gasas : completa
- Drenes: -----
- Apósitos: -----

- Tipo de Anestesia : Endovenoso
- Fecha : 01/09/2017
- Comienzo de Operación : 06:12 hrs
- Término de Operación : 07: 00 hrs

Informe dictado por el médico cirujano: Hallazgos Operatorios: Coágulos en región subaponeurótica derecho de 300cc de aspectos organizados, por sangrado activo de vaso muscular ubicado en ángulo de sutura aponeurótica derecha. Útero hipotónico con histerorrafia afrontada, no dehiscencia, contenido coágulos 50 cc con sangrado activo en NAPA. Previa a la incisión en piel post anestesia y antisepsia, paciente con anestesia presenta paro cardíaco 40 minutos después de empezada la cirugía, paciente no muestra funciones vitales activas. Paciente se reporta fallecida a la 06: 50am, luego paciente es trasladada a morgue

2.3. Discusión

En el caso Clínico se evidencia demora en la toma de Decisión de derivar o referir al paciente a una IPRESS de mayor capacidad Resolutiva, debido que ingresa a la institución posterior a las 18 horas, Postcesareada, presentando diagnósticos de shock hipovolémico, anemia severa, D/C Hemoperitoneo. Al ingreso al tópico de emergencia, paciente presenta Hipotensión, hipotermia, taquicardia, se encuentra hemodinámicamente inestable, se realiza exámenes de laboratorio y toma de Ecografía. Se realiza la ecografía por vía abdominal y transvaginal no se observa signos de hemoperitoneo. Estas conclusiones indican que no se encontró Hemoperitoneo, generando el diagnóstico de Post cesárea 12 horas, Shock Hipovolémico de EAD, Hemorragia digestiva, Anemia severa. Además, en el

Examen clínico se evidencia la altura uterina por encima de la cicatriz umbilical, pero no se evidencia sangrado vaginal, este hallazgo, junto a la ecografía, no permiten la identificación de la hemorragia de origen ginecológico. La paciente ingresa el 31.08.17, a las 23:18 horas. Ingresa a la Sala de Operaciones el 1.09.17 a las 07:00 horas, 20 horas posterior a su cesárea, y estando en la institución 8 horas, se evidencia demora en la toma de decisión de volver a intervenir, a esto se une la no identificación ni clínica ni ecográfica del Hemoperitoneo, se da el deceso de la paciente a las 07:50 horas.

2.4. Conclusiones

- En este caso clínico, se identificó la edad materna como factor de riesgo de la hemorragia postparto, en gestante de 38 semanas, en un hospital de nivel III, Lima, 2017.
- Se evidenció un mal manejo en el caso de la hemorragia postparto, sin considerar las guías de atención de las emergencias obstétricas, las cuales hacen referencia a los tres pilares fundamentales: Medidas generales Control del sangrado: Tratamiento no quirúrgico (Medicamentos, intervencionista y radiológico. Tratamiento quirúrgico (cirugía conservadora o cirugía radical).
- Desconocimiento de la NT N°139 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (MINSA, 2018) el cual menciona específicamente que, las anotaciones que se realicen en la historia clínica, deben ser claras, objetivas y ser escrita con letra legible, sin ningún tipo de enmendaduras. Aspecto que no se ha cuidado en la historia clínica del caso en mención.

2.5. Recomendaciones

- El realizar capacitación de socialización de la Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas (14) según nivel de capacidad resolutive. (MINSA, 2007) y NT N°139 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (MINSA, 2018), para su aplicación y cumplimiento.
- La Atención Prenatal, debe ser reenfocada, como Obstetra Especialista se recomienda realizar acompañamiento, orientación y consejería, durante su práctica diaria ya que la paciente cuenta con 9 controles prenatales, en los cuales se debió reforzar con el reconocimiento de los signos de Alarma, además que se encuentre debidamente registrado en la historia clínica.
- La toma de decisión por parte del personal médico de las IPRESS, debe ser oportuno, así evitar las demoras para intervenir a la paciente en ambas Instituciones.
- Socializar la información obtenida del análisis del caso clínico, esto ayudara a planificar estrategias dirigidas a identificar tempranamente las hemorragias en base al enfoque de riesgo de cada localidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de. (2009). Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Lima: ARTPRINT. Obtenido de http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Peru/peru_mnh_plan_estrategico_nacional_2009-2015.pdf
2. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (24 al 30 de junio de 2018). BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÚ VOLUMEN 27 - SE 26. Obtenido de Semana Epidemiológica: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/26.pdf>
3. Organización de las Naciones Unidas. (2018). Bienvenido a las Naciones Unidas. Son su mundo. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
4. Calle, Andrés; Barrera, Milton; Guerrero, Alexander; (2015). Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto. Revista peruana de ginecología y obstetricia. Recuperado el 15 de marzo de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/3234/323428190003/>
5. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Objetivos del Desarrollo Sostenible. (2018 de setiembre de 29). Obtenido de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>.
6. López CF y cols. Choque hipovolémico. An Med (Mex) (Internet). 2018; 63 (1): 48-54. Consultado el 24 enero 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc181h.pdf>

7. Verdesoto Echeverría, Ángel Andrés (2016). "Hemorragia Postparto: Factores de Riesgo y Complicaciones en Adolescentes de 12- 19 años de edad Realizado en el Hospital Provincial Martín Icaza entre enero del 2014 y enero del 2015". Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Recuperado el 10 de marzo de 2018, de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/19104>
8. Hernández-López, G. D., Graciano Gaytán, L., Buensuseso Alfaro, J. A., Mendoza Escorza, J., & Zamora Gómez, E. (2014). Hemorragia obstétrica posparto: reanimación guiada por metas. *Revista del Hospital Juárez de México*, 80(3), 183-191. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju133f.pdf>
9. Chávez Hernández, Sandra Susana (2014). "Causas Obstétricas de Choque Hemorrágico en la Unidad De Cuidados Intensivos En El Hospital General de Tlalnepantla". Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México. Recuperado el 10 de marzo de 2018, de https://documentslide.org/the-philosophy-of-money.html?utm_source=tesis-que-para-obtener-el-diploma-de-posgrado-de-la-especialidad-en-ginecologia-y-obstetricia-presenta-m-c-sandra-susana-chavez-hernandez.
10. Flores Lapa DA. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, hospital PNP "Luis N. Sáenz", Julio 2016 - Julio 2017. [Tesis para optar el título de médico cirujano). Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina. 2018.
11. Gil Cusirramos MA. Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el

- período enero - septiembre del 2015. [Tesis para optar el título de médico cirujano). Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina. 2018.
12. Tacuri Arque, M. Factores asociados a hemorragia postparto primaria, en las dos primeras horas; Hospital III de Emergencia Grau de Lima, 2018. [Tesis para optar el título de médico cirujano). Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco Facultad de Ciencias de la Salud. 2019.
13. Karlsson H., Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009 [citado 2019 Jul 21]; 32(Suppl 1): 159-167. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es.
14. MINSA, D. D. (2007). Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima.