



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA

UNIDAD DE POSGRADO

REPORTE DE CASO CLÍNICO
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA: ACRETISMO
PLACENTARIO, HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA
EL SALVADOR- 2024

PRESENTADO POR
FABIOLA GISELL ALEJOS YARASCA

ASESOR
KATTY LETICIA SALCEDO SUAREZ

TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

LIMA – PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA
UNIDAD DE POSGRADO**

**TRABAJO ACADÉMICO
REPORTE DE CASO CLÍNICO
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA: ACRETISMO PLACENTARIO,
HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR- 2024**

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO
RIESGO OBSTÉTRICO**

**PRESENTADO POR:
FABIOLA GISELL ALEJOS YARASCA**

**ASESOR:
MG. OBSTA. KATTY LETICIA SALCEDO SUAREZ**

**LIMA, PERÚ
2024**

**MORBILIDAD MATERNA EXTREMA: ACRETISMO PLACENTARIO
ATENDIDO EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL
SALVADOR - 2024**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor:

Mg. Obsta. Katty Leticia Salcedo Suarez

Miembros del jurado:

Presidente: Mg. MC. Jose Orestes Torres Solis

Vocal: Mg. Obsta. Lilia Evangelina Gomez Achulle

Secretario: Mg. Obsta. Jose Luis Delgado Sanchez

DEDICATORIA

A mi familia, mi cable a tierra y motivación
para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad San Martín de Porres por los conocimientos brindados, y a mi asesora por su guía y apoyo constante.

Al Hospital de Emergencias Villa el Salvador por permitirme desarrollar esta investigación.

A las personas que me acompañaron en el desarrollo de esta investigación.

NOMBRE DEL TRABAJO

Trabajo Académico

AUTOR

Fabiola Gisell Alejos Yarasca

RECuento DE PALABRAS

6296 Words

RECuento DE CARACTERES

39158 Characters

RECuento DE PÁGINAS

88 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

17.9MB

FECHA DE ENTREGA

Sep 30, 2024 2:28 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Sep 30, 2024 2:29 PM GMT-5

● **14% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
TÍTULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	5
III. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS.....	13
IV. DISCUSIÓN.....	24
V. CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
VI. ANEXOS.....	35

RESUMEN

Se expone el caso clínico de una mujer de 35 años, multigesta que acude a emergencias por pérdida de líquido amniótico y contracciones uterinas. Se establece como diagnóstico gestante de 38.6 semanas con ruptura prematura de membranas en fase latente de trabajo de parto y de alto riesgo por antecedente de cesárea anterior y edad materna avanzada. Paciente pasa a centro obstétrico para oportunidad de parto vaginal y cobertura antibiótica.

Se produce parto vaginal, alumbramiento incompleto y shock hemorrágico. Se activa clave roja y se traslada puérpera a sala de operaciones para histerectomía abdominal total por acretismo placentario con compromiso del cuello uterino, reportando un sangrado total de 1800 cc. Paciente post operada por histerectomía abdominal total más salpingectomía unilateral, es politransfundida y pasa a unidad de cuidados intensivos donde cursó con evolución favorable y fue dada de alta tras 5 días de estancia hospitalaria. Conclusiones: El acretismo placentario es una patología frecuente en mujeres con antecedentes de cicatrices uterinas. Siendo la hemorragia postparto una complicación ligada a la morbilidad materna y la histerectomía abdominal el tratamiento recomendado.

Palabras claves: Placenta Acreta, hemorragia postparto, Histerectomía.

ABSTRACT

The clinical case of a 35-year-old multigravida woman is presented, who went to the emergency department due to amniotic fluid leakage and uterine contractions. The diagnosis established was a gestation of 38.6 weeks, premature rupture of membranes, latent phase of labor, high risk due to a history of uterine scar and advance maternal age. The patient was transferred to the obstetric center for a chance of vaginal delivery and antibiotic coverage.

A dystocic vaginal delivery occurred due to incomplete placental expulsion and obstetric hemorrhage. A red alert was activated and the patient was transferred to the operating room for a possible total abdominal hysterectomy due to placenta accreta with cervical involvement, with a reported total bleeding of 1800 cc. Following postoperative care for total abdominal hysterectomy plus unilateral salpingectomy, the patient received multiple blood transfusions and was admitted to the intensive care unit, where she had a favorable evolution and was discharged after a brief hospital stay. Conclusions: Placenta accrete is a common condition in women with a history of uterine scars, with postpartum hemorrhage being a complication associated with maternal morbidity and mortality.

Keywords: Placenta accrete, postpartum hemorrhage, Hysterectomy.

I. INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario se describe como la adherencia anormal de la placenta a la pared uterina e histológicamente como la ausencia parcial o completa de la decidua basal en la zona de inserción¹. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia resalta que el incremento de casos y su relación directa con la morbilidad materna hace que esta patología sea considerada como un problema de salud pública.

En la actualidad los índices de acretismo placentario van en aumento, esto guarda relación directa con el aumento indiscriminado de cesáreas, dado que la fisiopatología del acretismo placentario aduce que el trofoblasto tiene alta predilección por adherirse a cicatrices o lesiones en la decidua uterina por ser un ambiente hipóxico, acelular y avascular que permite su inserción anómala². En un consenso realizado en Brasil, la Organización Mundial de la Salud concluye que las tasas superiores al 10 % de cesáreas pueden acarrear complicaciones, discapacidad y muerte³.

A nivel mundial la incidencia de acretismo placentario es de 3 casos por cada 1,000 embarazos. Siendo en mujeres nulíparas la incidencia 0.2% y en multíparas el riesgo puede ascender a 5%. En Estados Unidos su incidencia muestra un incremento exponencial en los últimos años, pasando de 1/2500 a casi 1/600. La

literatura revisada muestra que dicha patología se asocia con placenta previa y placenta normo inserta en 9% y 0.04% respectivamente⁴. Actualmente el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras reporta una incidencia de 1/533 mujeres y se pronostica que en los próximos años se podrían registrar cerca de medio millar de casos anualmente, demostrando que esos valores son variables y van en aumento con el paso de los años⁵.

Irlanda registra una incidencia de 2.37 por 1000 mujeres con antecedente de intervención quirúrgica en útero⁶. El Hospital Nacional de Argentina nivel IIIB registró una incidencia de 0.22%⁷. En 2018, Egipto registró una incidencia de 0.91%, donde el factor común fue placenta previa en 75% de los casos⁸. Un análisis de 10 años en China registró un 0.262% de incidencia del espectro de placenta acreta⁹. En base a la bibliografía se considera que la incidencia de esta patología va en aumento en diversos continentes como Europa, Asia y América.

En Perú, 2016, el instituto Nacional Materno Perinatal realizó un análisis de los casos de acretismo placentarios, obteniendo como incidencia 1/3420 partos, teniendo todos como factor común el antecedente de cesárea previa¹. En el Hospital Materno Infantil San Bartolomé se registró en el año 2018 una incidencia de 1.2/1000, resaltando que más de tres cuartas partes tenía como antecedente una cirugía uterina previa¹⁰. En la búsqueda bibliográfica no se encontró una incidencia nacional pese a que el acretismo placentario incrementa hasta en 10% el riesgo de mortalidad materna por las complicaciones que puede acarrear como la hemorragia, necesidad de transfusiones e histerectomía obstétrica o

complicaciones secundarias a estas como acidosis metabólica, coagulopatía, falla multiorgánica, reintervención quirúrgica y muerte¹¹.

Actualmente existen múltiples factores de riesgo para desarrollar un espectro de placenta acreta como la multiparidad, edad materna avanzada, tabaquismo, uso de cocaína, reproducción asistida, antecedente de procedimientos invasivos en el útero; sin embargo, esta se puede presentar en ausencia de estos, por ende, un control prenatal óptimo permitirá un diagnóstico precoz y manejo adecuado de la paciente a fin de evitar complicaciones prevenibles¹². Resalta el antecedente de cesárea previa como el principal factor de riesgo, más en aquellas pacientes con dos cesáreas previas o una cesárea previa y curetaje uterino¹³.

Ante el diagnóstico o sospecha de esta patología la indicación estandarizada es la histerectomía, siendo el daño vesical y de uretra las complicaciones más registradas y la pérdida hemática entre 3000 a 5000 ml¹⁴. El diagnóstico definitivo es histopatológico¹⁵. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia y la Sociedad de Medicina Materno Fetal sugiere que ante esta patología se deben optimizar los protocolos para la atención del parto y tratamiento a fin de disminuir los riesgos. Estos casos deberían ser atendidos en instituciones de tercer nivel que cuenten con recursos y un equipo de salud multidisciplinario¹⁶.

El Hospital de Emergencia Villa el Salvador con categoría II-2 es punto de referencia de la zona Lima Sur con población estimada de 1'000,000 habitantes, atendiendo un promedio de 21,574 gestantes cada año. Las gestantes son referidas por presentar complicaciones relacionadas a la etapa del embarazo, parto y puerperio; en el análisis situacional del 2018 se registraron 14,000 referencias al

servicio de Gineco Obstetricia, siendo los diagnósticos más frecuentes los trastornos hipertensivos del embarazo, gestantes con cicatriz uterina, ruptura prematura de membranas, macrosomía fetal, presentación pelviana seguido de hemorragias de la primera mitad del embarazo. En el primer semestre del año 2023 registraron 115 activaciones de claves obstétricas, predominando clave azul y se notificaron 2 muertes maternas. Las gestantes son referidas por presentar como antecedente una o más cicatrices uterinas, como se citó previamente este es un factor de riesgo importante para desarrollar acretismo placentario. En la actualidad la institución no cuenta con datos exactos de la incidencia de esta patología pese a que se han registrado múltiples histerectomías con este denominador común.

II. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Motivo de atención:

Mujer multigesta de 35 años acude a emergencia por pérdida de líquido amniótico hace dos horas y contracciones uterinas, niega otras molestias.

Antecedentes:

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Apendicectomía (2000), cesárea (2007) Oligohidramnios y feto grande, legrados uterinos (2016 y 2022)

Alergias: Niega

Antecedentes Gineco obstétricos

Primer embarazo (2005): Culminó en parto vaginal, recién nacido de 3680gramos.

Segundo embarazo (2008): Culminó en cesárea, recién nacido de 3950gramos.

Tercer y cuarto embarazo (2016 y 2022): Culminaron en abortos incompletos.

Quinto embarazo: Actual

Fecha de última regla: 22/04/23 Fecha probable de parto: 27 / 01 / 24

Ecografía precoz (15/08/23) Diagnóstico: Gestación de 10.3 semanas por longitud cráneo rabadilla.

Edad Gestacional: 38.6 semanas por ecografía de primer trimestre.

Atenciones: 7

Examen físico dirigido: Aparente regular estado general.

Funciones Vitales: PA: 117/83 mmHg Pulso:89 por minuto Temperatura: 37°C

Respiraciones:18 por minuto SpO2:99%

Peso: 101 kilogramos Talla: 1.64 centímetros

Abdomen: Útero grávido, tono conservado, Altura uterina:34 centímetros Latido fetal: 122 por minuto, dinámica uterina:2/10 de moderada intensidad y 30 segundos.

Tacto vaginal: Dilatación:2centímetros Incorporación:80% Altura de presentación: menos 3 Membranas ovulares: Planas, pelvis ginecoide, no se evidencia sangrado vaginal.

Neurológico: Orientada en tiempo, espacio y persona

Impresión Diagnóstica

- Gestante de 38.6 semanas por ecografía de primer trimestre
- Fase latente de trabajo de parto
- Ruptura precoz de membranas +/- 2 horas
- Obesidad tipo II
- Alto Riesgo: Cesareada anterior 1 vez, edad materna avanzada.

Plan de trabajo:

Exámenes de laboratorio: Paciente cuenta con resultados de laboratorio y perfil de preeclampsia del 17/1/24.

Pase a centro obstétrico para oportunidad de parto vaginal.

Tratamiento: Dieta blanda más líquidos a voluntad e iniciar cobertura antibiótica al cumplir las 6 horas de ruptura precoz de membranas con Cefazolina 1 gramo endovenoso cada 6 horas.

EXAMENES AUXILIARES

Resultados de laboratorio 17/01/24: Hemoglobina 12.1 g/dl, hematocrito 35.4%, plaquetas 280,000 mm³, Leucocitos 9.28 mm³, abastoados 0%, pruebas inmunológicas de VIH y sífilis negativos. Examen de orina no patológico con 2 a 3 leucocitos por campo y ausencia de nitritos. Grupo y factor O Rh positivo.

Informe de ecografía obstétrica

- Presentación fetal: cefálico derecho
- Latidos fetales: Biparietal:95mm Abdominal:338mm Cefálico:346mm
Fémur:79 mm
- Peso:3750 gramos
- Placenta: Corporal posterior Grado III
- Líquido amniótico: Adecuado, Pozo mayor: 39 mm
- Circular de cordón: No visible

Conclusión: Gestación única activa de 38.6 semanas.

Centro obstétrico

Examen físico dirigido: aparentemente buen estado general.

Funciones vitales: PA: 110/70 mmHg Pulso:88 por minuto Temperatura: 37°C

Respiraciones:19 por minuto SpO2:98%

Abdomen: Útero grávido, tono conservado, altura uterina de 35 cm, latidos fetales 126 por minuto, dinámica uterina:2/10 de moderada intensidad y 30 segundos.

Tacto vaginal: Dilatación:2 centímetros Incorporación:80% Altura de presentación: menos 3 Membranas ovulares: Planas, pelvis ginecoide, no se evidencia sangrado vaginal.

Neurológico: Orientada en tiempo, espacio y persona

Impresión diagnóstica

- Gestante de 38.6 semanas por ecografía de primer trimestre
- Fase latente de trabajo de parto
- Ruptura precoz de membranas 2 horas
- Alto riesgo: Cesareada anterior 1 vez, edad materna avanzada
- Obesidad materna

Plan de trabajo: Oportunidad de parto vaginal, monitoreo clínico materno fetal y acentuación del trabajo de parto.

06:10 hrs. Paciente en sala de dilatación con monitoreo materno fetal permanente, se inicia acentuación, al momento 129 latidos fetales y dinámica uterina irregular.

07:30 hrs. Paciente es evaluada con latidos fetales 136 por minuto, dinámica uterina 2/10, moderada intensidad y duración de 30 segundos.

Tacto vaginal: Dilatación 3 centímetros, incorporación 80%, altura de presentación menos 2 cm y membranas ovulares rotas, líquido amniótico claro. Al momento con 20 gotas por minuto.

Paciente permanece en continuo monitoreo materno fetal y se registra en hoja correspondiente.

11:00 hrs. Paciente es evaluada con 140 latidos fetales y dinámica uterina 3/10 +++ 30".

Al tacto vaginal: D:4cm 1:90% AP: - 2 MO: Rotas, líquido claro. Al momento 30 gotas por minuto. Se apertura partograma y se registra en formato de monitoreo materno fetal.

12:00 hrs. Se evalúa gestante de 136 latidos fetales, dinámica uterina 3/10 de moderada intensidad y 30 segundos. Al tacto vaginal: Dilatación de 9 centímetros, incorporación 100%, altura de presentación menos 2 y membranas ovulares rotas con líquido amniótico claro.

13:00 hrs. Ginecólogo de guardia evalúa paciente quien refiere sensación de pujo. Al momento con 128 latidos fetales. Tacto vaginal: Dilatación de 10 centímetros, incorporación 100%, altura de presentación menos 2 y membranas ovulares rotas con líquido amniótico claro.

Plan de trabajo: Monitoreo materno fetal estricto y esperar descenso de presentación fetal.

13:45 hrs. Paciente con sensación de pujo es trasladada a sala de partos.

14:09 hrs. Se produce nacimiento de recién nacido con circular simple ajustado al cuello, recién nacido de sexo masculino Apgar 9 al minuto con 3455 gramos de peso y 55 cm de talla.

14:10 hrs. Se administra oxitocina 10 unidades internacionales para manejo activo del alumbramiento.

14:17 hrs. Se produce alumbramiento tipo Shultchz con placenta y membranas incompletas, se inicia cloruro de sodio al 9% 1000cc más oxitocina 40 unidades internacionales a goteo rápido.

14:20hrs. Ginecólogo de guardia realiza revisión de cavidad extrayendo abundantes coágulos y restos placentarios. Al momento presión arterial 107/63mmhg y pulso de 120x (Índice de shock 1.12)

14:25hrs. Ginecólogo informa a paciente la necesidad de pasar a sala de operaciones y posible histerectomía abdominal total por probable acretismo placentario.

14:26hrs Se llama al personal del espacio de emergencias y desastres para perifoneo de Clave Roja en sala de partos. Se activa protocolo de Clave Roja. Ginecólogo realiza pinzamiento de arterias uterinas y taponamiento con gasas compresivas, equipo de respuesta rápida acude a evaluar paciente constituido por médico intensivista, anestesiólogo, personal de laboratorio y banco de sangre.

14:33hrs. Puérpera inmediata pasa a sala de operaciones, se reporta sangrado vaginal en sala de partos de 1200 cc.

Reporte operatorio:

Hallazgos: Sangrado en sala de partos 1200 cc, en sala de operaciones 600 cc, segmento de útero y cuello con placenta adherida en 60% de su extensión.

Anexo derecho con adherencia y tejido friable, anexo izquierdo indemne.

Observación: Paciente politransfundida 4 paquetes globulares y 2 plasma fresco congelado.

Complicaciones: hemorragia

Indicaciones post quirúrgicas

Impresión diagnóstica

1. Post operada de histerectomía abdominal total más salpingectomía unilateral derecha por acretismo placentario.
2. Síndrome adherencial.
3. Politransfundida.
4. Obesidad materna.

Plan de trabajo: Uterotónicos, antibióticos, analgésicos e interconsulta a unidad de cuidados intensivos.

Tratamiento

1. Cloruro de sodio al 9% 1000 cc más Oxitocina 30 unidades internacionales
3 frascos
2. Metamizol 2 gr endovenoso cada 8 horas.
3. Metoclopramida 10 mg. endovenoso cada 8 horas.
4. Ceftriaxona 2 gr. endovenoso cada 24 horas.

5. Clindamicina 900 mg. endovenoso cada 8 horas.
6. Amikacina 1 gr. endovenoso cada 12 horas.
7. Ácido Tranexámico 1 gr. endovenoso cada 8 horas.
8. Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal, orientación en signos de alarma.
9. Comunicar ante cualquier eventualidad.

III. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Unidad de recuperación post anestesia

Al examen: Paciente ventilando espontáneamente, refiere sed.

Funciones vitales: PA: 120/80 mmHg Pulso:100 por minuto Temperatura: 37°C

Respiraciones:20 por minuto SpO2:99%

Hemodinámico: Sin vasoactivos.

Respiratorio: Buen patrón ventilatorio sin oxigenoterapia.

Abdomen: Blando, depresible, no signos peritoneales.

Renal: Diuresis conservada.

Neurológico: Orientada en tiempo, espacio y personal

Impresión diagnóstica

1. Post operada inmediata de histerectomía por acretismo placentario.
2. Hemorragia postparto
3. Acidosis metabólica Anión GAP elevado.
4. Obesidad materna.

Plan de trabajo: Corrección de medio interno, analítica control y monitoreo hemodinámico.

Terapéutica

- Cloruro de sodio al 9% 1000 cc + KCL 20% endovenoso 80 cc/h en bomba de infusión
- Condeína 60 mg. ev c/8hrs
- Paracetamol 1 gr. vo c/8hrs
- Gluconato de calcio 1 ampolla ev c/8hrs
- Sulfato de Magnesio 2 mg. ev c/8hrs
- Metoclopramida 10 mg. ev c/8hrs
- Omeprazol 40 mg ev c/8hrs
- Ceftriaxona 2gr ev c/24hrs
- Clindamicina 900 mg. ev c/8hrs
- Ácido Tranexámico 1 gr. ev c/8hrs
- Bicarbonato de sodio 8.4% 5 ampollas endovenosa stat.
- Control de funciones vitales y control de sangrado vaginal

Unidad de cuidados intensivos

Funciones Vitales: PA: 108/63 mmHg Pulso:78 por minuto Temperatura: 37°C

Respiraciones:21 por minuto SpO2:96%

Hemodinámico: Sin vasoactivos. Lactato 2.57

Respiratorio: Buen patrón ventilatorio PAFIO2: 366

Abdomen: Blando depresible, no signos peritoneales

Renal: Diuresis 570cc/8hrs Balance Hídrico:2520cc

Neurológico: Orientada en tiempo, espacio y personal

Impresión diagnóstica

1. Post operada inmediata de histerectomía por acretismo placentario.
2. Hemorragia post parto

Apreciación: Paciente afrebril, hemodinámicamente compensada sin soporte vasopresor. Paciente de alta de unidad crítica, pase a unidad de cuidados intermedios de acuerdo a posibilidad de camas.

Plan de trabajo: Continuar terapia antibiótica, analítica control, pase a unidad de cuidados intermedios y vigilar signos de sangrado.

Unidad de cuidados intermedios

Funciones Vitales: PA: 97/62 mmHg Pulso:72 por minuto Temperatura: 37°C

Respiraciones:21 por minuto SpO2:96%

Hemodinámico: No taquicardia.

Respiratorio: Buen patrón ventilatorio.

Abdomen: Blando depresible, no signos peritoneales.

Renal: Diuresis 1100 cc / 12hrs Balance Hídrico: 2570 cc.

Piel: Palidez leve normoterapia, llenado capilar 2segundos

Neurológico: Orientada en tiempo, espacio y persona. No déficit motor, obedece ordenes simples y complejas

Impresión diagnóstica

1. Post operada 1 día de histerectomía por acretismo placentario + Ooforectomía derecha.
2. Antecedente de ruptura prematura de membranas.
3. Anemia severa.

Apreciación: Paciente hemodinámicamente estable, no signos de sangrado activo pese a caída significativa de hemoglobina (8.9 a 7.2), se envía interconsulta a Ginecología para evaluación. Sin soporte ventilatorio fio (fracción inspirada de oxígeno) 2 ambiental. Afebril con cobertura antibiótica empírica, pendiente cultivos.

Plan de trabajo: Continuar terapia antibiótica, analítica control y vigilancia de signos de sangrado.

Terapéutica

- Dieta blanda más líquidos a voluntad.
- Omeprazol 40 mg. ev c/24hrs.
- Ceftriaxona 2 gr. ev c/24 hrs.
- Clindamicina 900 mg. ev c/8 hrs.
- Gluconato de calcio 01 ampolla ev c/8 hrs.
- Metoclopramida 10 mg. endovenosa c/8 hrs.
- Ácido Tranexámico 1 gr. ev c/8 hrs.
- Paracetamol 1 gr. vo c/8 hrs.
- Simeticona 30 gotas vo c/8 hrs.
- Vendaje de miembros inferiores, control de funciones vitales, balance hídrico y hemoglucotest c/8 hrs.

EXAMENES AUXILIARES

Posterior al acto quirúrgico se registra una anemia severa de 7.4 g/dl, hematocrito 21.7%, leve disminución en el recuento de plaquetas 192,000 mm³, Leucocitos 9.54 y marcador de inflamación, proteína c reactiva de 35.27 mg/l. Perfil de coagulación adecuado con INR 0.92, tiempo de protombina 12.3seg y tiempo parcial de tromboplastina 33.1 segundo.

Evaluación del estado ácido base del cuerpo se registra 7.43 de Ph, 55.40 mmhg de PO₂, 34.80mmhg de PCo₂, 23.70 mmol/l de bicarbonato, lactato de 1.60 mol/l, sodio en 139.30. potasio 3.51 mmol/l, cloro 111 mmol/l y glucosa 100.80mg/dl.

ECOVISIÓN: No impresiona líquido libre en cavidad abdominal. ECOFAST negativo.

COMENTARIO: En los exámenes de laboratorio se puede evidenciar el descenso de hemoglobina de 12.1 gr/dl producto del shock hipovolémico Grado II. En relación a gases arteriales se evidencia un ligero incremento del nivel de ácido láctico como respuesta a la hipoperfusión tisular.

Interconsulta a Gineco obstetricia

Funciones Vitales: PA: 104/66 mmHg Pulso:97 por minuto Temperatura: 37°C
Respiraciones:17 por minuto SpO2:97%

Piel: Llenado capilar menor a 2 segundos, palidez moderada, no ictericia.

Mamas: Blandas secretoras.

Abdomen: Blando depresible con tejido celular subcutáneo incrementado. Herida operatoria afrontada, sin signos de flogosis

Genitales: Loquios hemáticos, escasos sin mal olor

Neurológico: Orientada en tiempo, espacio y persona

Impresión diagnóstica

1. Post operada 43 hrs. de histerectomía abdominal total más salpingectomía unilateral derecha por acretismo más síndrome adherencial.
2. Puérpera mediata de 2 días.
3. Anemia moderada sintomática.
4. Politransfundida.

Apreciación: Paciente hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente, tolera vía oral, cuenta con hemoglobina actual en 7.5mg/dl sin signos de sangrado, ni sintomatología anémica, recibió en total 4 paquetes globulares el día de ayer se realiza ecofast negativo.

Plan de trabajo: Continuar terapia antibiótica, vigilancia de signos de sangrado y continuar manejo por unidad de cuidados intensivos.

Unidad de Cuidados Intensivos

Al examen: Aparente regular estado general.

Funciones Vitales: PA: 100/60 mmHg Pulso:81 por minuto Temperatura: 37°c

Respiraciones:18 por minuto SpO2:96%

Piel: Llenado capilar adecuado, palidez ++/+++, normoterapia.

Hemodinámico: RCRR sin vasoactivos. No taquicardia, no signos de hipoperfusión.

Respiratorio: Buen patrón ventilatorio.

Abdomen: Blando depresible con tejido celular subcutáneo incrementado. No signos peritoneales.

Renal: Diuresis 3050 cc/24 hrs. Balance hídrico + 1380 cc/24 hrs.

Neurológico: No déficit motor, obedece órdenes

Impresión diagnóstica

1. Post operada 2 días de histerectomía por acretismo placentario más oforectomía derecha.
2. Antecedente de ruptura prematura de membranas.

3. Anemia moderada.
4. Politransfundida.

Apreciación: Regular estado general, paciente en su segundo día de post operada de histerectomía total, no caída de hemoglobina, no taquicardia, loquios en regular cantidad.

Plan de trabajo: Alta de Unidad de cuidados intensivos

Terapéutica

- Dieta blanda más líquidos a voluntad.
- Omeprazol 40 mg. endovenoso c/24 hrs.
- Ceftriaxona 2 gr. ev c/24 hrs.
- Clindamicina 900 mg. ev c/8 hrs.
- Metoclopramida 10 mg. ev c/8 hrs.
- Paracetamol 1 gr. vo c/8 hrs.
- Simeticona 30 gotas vo c/8 hrs.
- Transfundir 1 paquete globular.
- Control de funciones vitales + Balance hídrico + hemoglucotest c/8 hrs.

Resultados de laboratorio del 19/01/24: Hemoglobina 7.4 g/dl, hematocrito 21.8%, recuento de plaquetas 211,000 mm³, Leucocitos 9.76 y fibrinógeno de 437 mg/dl, perfil de coagulación adecuado.

Evaluación del estado ácido base del cuerpo se registra 7.41 de Ph, 76.70 mmhg de PO₂, 35.70 mmhg de PCo₂, 23.30 mmol/l de bicarbonato, lactato de 1.49 mol/l, sodio en 140 potasio 3.51 mmol/l.

ECOVISIÓN: No impresiona líquido libre en cavidad abdominal, ecofast negativo.

Comentario: Se realiza un control post transfusión de un paquete globular no evidenciándose un aumento de hemoglobina significativo (7.48gr/dl a 7.5gr/dl). En relación al examen de gases arteriales se registra un incremento de la PO₂, resultado que denota un adecuado transporte de oxígeno.

Interconsulta a Ginecología y Obstetricia

Al examen: Aparentemente regular estado general.

Funciones Vitales: PA: 115/72 mmHg Pulso:78 por minuto Temperatura: 37°C
Respiraciones:19 por minuto SpO₂:98%

Piel: Leve palidez.

Abdomen: Poco doloroso, no masa, no rebote. Herida operatoria afrontada.

Urinario: No sangrado.

Neurológico: No déficit motor.

Impresión diagnóstica

1. Post operada 3 días de histerectomía por acretismo placentario más ooforectomía derecha.
2. Antecedente de ruptura prematura de membranas.
3. Anemia moderada compensada.
4. Politransfundida.

Apreciación: Paciente hemodinámicamente estable, afebril, presiones arteriales controladas, no signos de hipoperfusión.

Plan de trabajo: Continuar manejo por unidad de cuidados intermedios. De considerar alta de unidad de cuidados intermedios, podría pasar a bajo riesgo de no haber camas en alto riesgo obstétrico.

22:22hrs Paciente pasa a alto riesgo obstétrica y continúa indicaciones terapéuticas.

Hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico

Al examen: Aparentemente regular estado general.

Funciones Vitales: PA: 114/63 mmHg Pulso:83 por minuto Temperatura: 37°C
Respiraciones:19 por minuto SpO2:99%

Piel: Leve palidez.

Abdomen: Blando depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Herida operatoria afrontada sin secreciones.

Genito Urinario: No sangrado, percusión lumbar negativo.

Neurológico: No déficit motor.

Impresión Diagnóstica

1. Post operada 4 días de Histerectomía por acretismo placentario más Ooforectomía derecha unilateral.
2. Anemia moderada compensada.
3. Politransfundida.

Apreciación: Paciente hemodinámicamente estable, sin signos de hipoperfusión, afebril, tolerancia vía oral, deambulacion adecuada con evolucion favorable en condiciones de alta médica.

Plan de trabajo: Analgésicos, alta con indicaciones médicas y control por consultorios externos en 7 días.

Resultados de laboratorio 21/01/24:

Seguimiento de nuevos resultados de laboratorio, registra una hemoglobina 8.8 g/dl, hematocrito 25.60%, recuento de plaquetas 220,000 mm³, Leucocitos 10.12 y proteína c reactiva en 21.32 mg/dl.

COMENTARIO: Último control de hemoglobina de paciente previo al alta, se registra el incremento real de hemoglobina (7.5gr/dl a 8.8gr/dl) post transfusion de hemoderivados.

IV. DISCUSIÓN

El acretismo placentario es una patología de alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna. El caso clínico se desarrolla en relación a la atención de una multigesta de 35 años que acude al Hospital de Emergencias Villa el Salvador para la atención del parto y se complica una hemorragia post parto por acretismo placentario.

En el caso clínico se identifica como factores de riesgo la edad materna avanzada, multiparidad y antecedentes de cesárea previa y dos legrados uterinos.

En base a la literatura consultada se establece que la paridad y la presencia de una cicatriz uterina producto de un procedimiento invasivo incrementa el riesgo de desarrollar acretismo placentario¹³. En el caso clínico desarrollado, la paciente era multigesta y tenía como antecedente una cesárea previa y dos legrados uterinos, esto coincide con lo reportado por Yos et al.¹⁷ y Grados et al.¹⁸ quienes identificaron que las multigestas y mujeres con antecedente de una o más cesáreas previas tienen mayor riesgo de desarrollar esta patología; similar a Puma¹⁹, pero este adiciona como antecedente de riesgo otros procedimientos invasivos en útero como legrado uterino, histeroscopia, miomectomía. Es importante mencionar que la investigación tipo caso y control realizado por Cotrina²⁰ quien identifica que los factores: legrado uterino, histeroscopia, miomectomía no representan riesgo para desarrollar acretismo placentario, resultados que difieren con lo expuesto y bases teóricas revisadas.

Por otro lado, Ruvalcaba et al.²¹ difiere, el investigador aduce que es importante realizar una evaluación minuciosa en todas las gestantes independientemente de la presencia o ausencia de intervenciones quirúrgicas previas en útero y reporta casos de pacientes sin antecedentes de procedimientos invasivos que desarrollaron acretismo placentario.

Se identifican otros factores de riesgo a considerar en el caso clínico, la paciente al ingreso registró un peso de 101 kg. y una altura de 164 cm. dando un índice de masa corporal de 35, valor considerado como obesidad tipo 2 de riesgo moderado. Se establece la anemia, el sobrepeso y la obesidad están directamente relacionadas con complicaciones durante el embarazo, como la hemorragia obstétrica, considerados factores de riesgo modificables dado que su identificación oportuna durante la atención prenatal y manejo conjunto puede contribuir a reducir los índices de morbilidad y mortalidad materna²². En relación al hallazgo de ruptura prematura de membranas, la búsqueda bibliográfica mostró que es frecuente en casi el 10% de los embarazos a término y no se puede establecer relación con acretismo placentario.

Es importante mencionar que un diagnóstico temprano de esta patología hace posible la preparación adecuada para el manejo de esta paciente y sus posibles complicaciones. Se recomienda culminar la gestación entre la semana 34 a 35 debido a que a partir de la semana 36 se incrementa el riesgo de hemorragia, la gestante superó la semana 38, esto refleja un diagnóstico tardío dado en el momento del parto. Méndez et al.¹² en su análisis refiere que es importante realizar un diagnóstico precoz a fin de realizar un manejo oportuno y multidisciplinario, pero en casos no diagnosticados oportunamente se puede sospechar de esta patología

ante signos como un alumbramiento difícil, hemorragia en el pre o post parto, similar a lo reportado por Ramírez et al.¹⁰.

Según el Centro Nacional de Epidemiología, la hemorragia obstétrica es la principal causa de muerte materna en el país, situación similar a nivel mundial. La complicación más frecuente ante esta patología es la hemorragia. En el caso clínico presentado, la paciente fue politransfundida por shock hipovolémico siendo catalogada como un caso de morbilidad materna extrema, datos congruentes con la teoría y lo expuesto por Crespo et al.²³ donde encontraron que la retención de restos placentarios es la segunda causa más frecuente de hemorragia postparto. Hernández et al.²⁴ registró como complicación más frecuente el shock hipovolémico y cerca al 20% requirió manejo en unidad de cuidados intensivos. Esto concuerda con el caso clínico desarrollado donde la paciente requirió manejo por unidad de cuidados intensivos debido a las complicaciones del shock hemorrágico y acidosis metabólica como consecuencia de esta. La acidosis metabólica es una complicación frecuente y de sumo riesgo; fisiológicamente el estado de hipovolemia ocasiona una inadecuada perfusión tisular aumentando la producción de ácido láctico produciendo acidosis metabólica y otras complicaciones como coagulopatías, desequilibrio autónomo, isquemia cerebral, altera la función renal y gastrointestinal²⁵.

La paciente no contaba con tamizaje ecográfico para evaluar el riesgo de una placentación anómala durante su atención prenatal, pese a la presencia de factores de riesgo. Es por ello que ante la sospecha de esta patología se sugiere la evaluación de marcadores ecográficos como la hipervascularización útero-vejiga o la confirmación por hallazgos durante el acto operatorio el manejo recomendado por la Sociedad de Medicina Materno Fetal es la histerectomía abdominal total,

dado que se ha comprobado que reduce exponencialmente el riesgo de morbimortalidad materna y hemorragia masiva. El procedimiento quirúrgico indicado por la ginecóloga a cargo del caso clínico presentado va acorde a las recomendaciones internacionales y debido a la invasión en anexo derecho realizó una histerectomía abdominal total + salpingo Ooforectomía derecha. Lo expresado por Ramírez et al. ¹⁰, Hernández ²⁵. Concuerta con el manejo realizado ante esta patología.

Por lo expuesto, resalto que es importante brindar una atención integral a toda gestante donde se puede valorar como inicia su gestación e identificar de forma oportuna factores de riesgo y prevenir posibles complicaciones a futuro realizando una referencia oportuna a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.

V. CONCLUSIONES

1. La multiparidad y el antecedente obstétrico de cicatrices uterinas producidas por una cesárea previa y antecedentes de legrados uterinos incrementan el riesgo para desarrollar acretismo placentario.
2. La hemorragia postparto es la complicación más frecuente y está fuertemente relacionada a la morbilidad materna extrema.
3. En base a la bibliografía revisada se establece como tratamiento recomendado la histerectomía abdominal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzales O, Llanos C. Acretismo placentario en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev Peru Investig Matern Perinat [internet]. 2022 [citado 9 de mayo de 2024]; 6(2):13-17. Disponible de: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/91>
2. Fiocchi F, Monelli F, Besutti G, Casar F, Petrella E, Pecchi A. et al. Resonancia magnética de placenta accreta: precisión diagnóstica e impacto de la radiología intervencionista en los resultados fetales y maternos del parto en mujeres de alto riesgo. Br J Radiol [Internet]. 2020 [citado 9 de mayo de 2024]; 93(1114). Disponible de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7548357/>
3. Olivares-Albornoz Cristina M. El rol histórico de la cesárea y su relación con la mortalidad materna. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2021 [citado 9 de junio de 2024]; 35(3): 99-103. Disponible de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372021000300099&lng=es.
4. Hernández Salazar F, Tinoco Téllez L, Huerta J Lucas, Domínguez Carrillo L. Pinzamiento de arterias hipogástricas. Estrategia de prevención de hemorragia obstétrica en el manejo de placenta previa accreta. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2024] ; 19(2): 214-220.

Disponible

de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000200214&lng=es.

5. Dueñas G O, Rico H, Rodríguez B M. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2007 [citado 9 de mayo de 2024]; 72(4): 266-271. Disponible de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000400011&lng=es.
6. Nieto-Calvache AJ, Sanín-Blair JE, Buitrago-Leal HM, Benavides-Serralde JA, Maya-Castro J, Rozo-Rangel AP, et al. Consenso Colombiano de Tratamiento del Espectro de Acretismo Placentario (EAP). *Rev. colomb. obstet. ginecol* [Internet]. 2022 [citado 15 de mayo de 2024];73(3):283-316. Disponible de: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3877>
7. Casale R, Pretti R, Franzé F, Pascale J, Sar JS, Mónaco A. Manejo del acretismo placentario en Servicios de Obstetricia de hospitales de alta complejidad Aplicación de un Proyecto de atención integral multidisciplinario. *Prensa Méd Argent* [Internet]. 2017 [citado 16 de mayo de 2024]; 103 (2): 63-74. Disponible de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1379018>
8. El Gelany S, Mosbeh MH, Ibrahim EM, Mohammed M, Khalifa EM, Abdelhakium AK, et al. Placenta Accreta Spectrum (PAS) disorders: incidence, risk factors and outcomes of different management strategies in a tertiary referral hospital in Minia, Egypt: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 [citado 21 de mayo de 2024];19(1):313. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31455286/>.

9. Zhang C, Yan X, Sheng A, Yang J, Liu J, Bian X. Clinical analysis of 47 cases of placenta accreta in the second and third trimester. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* [Internet]. 2008 [citado 21 de mayo de 2024]; 43(7):506-509. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19080513/>.
10. Ramírez Cabrera JO, Zapata Díaz BM, Díaz Lajo VH, Catari Soto KD, Flores Valverde M. Espectro de placenta accreta, experiencia en un hospital peruano. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2020 [citado 21 de mayo de 2024]; 66(1):13-18. Disponible de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000100013&lng=es.
11. Véliz O F, Núñez A, Selman A. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. *Rev chil obstet ginecol* [Internet]. 2018 [citado 11 de mayo de 2024];83(5): 513-526. Disponible de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000500513&lng=es.
12. Mendez EG, Morgan JP, Moya LC. Acretismo Placentario.: Revisión bibliográfica. *Rev Cienc Salud Integrando Conoc* [Internet]. 2022 [citado 15 de junio de 2024]; 6(2):39-48. Disponible de: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/390>
13. Solórzano Vázquez JF, Hernández Higareda, Segura JM, Oseguera LF, Hernández D. Pérdida sanguínea e indicación de hemoderivados en pacientes con cesárea-histerectomía por acretismo placentario. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2016 [citado 15 de junio de 2024];84(8):491-497. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom168d.pdf>

14. Reyes-Sepúlveda H, Soto-Fuenzalida GA, Pérez-Rodríguez RA, Sepúlveda-Malec R, García-Rodríguez C, García-Rodríguez LF, et al. Tratamiento multidisciplinario de pacientes con acretismo placentario. *Ginecol Obstet Méx* [Internet]. 2019 [citado 10 de junio de 2024];87(11):726-733. Disponible de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019001100004&lng=es.
15. Sumano-Ziga E, Veloz-Martínez MG, Vázquez-Rodríguez JG, Becerra-Alcántara G, Jimenez Vieyra CR. Histerectomía programada vs. histerectomía de urgencia en pacientes con placenta acreta, en una unidad médica de alta especialidad. *Cirugía y Cirujanos* [Internet]. 2015 [citado 10 de mayo de 2024]; 83(4):303-308. Disponible de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66242706007>.
16. American College of Obstetricians and Gynecologist. Placenta Accreta Spectrum. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 [citado 11 de mayo de 2024]; 132(6):259-275. Disponible de: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2018/12/placenta-accreta-spectrum>
17. Yos Laria Ángel Ebelio, Solano Castañeda Ángel Fernando, Quinich Sotoj Cinthya Paola. Caracterización epidemiológica y clínica de pacientes con acretismo placentario [Tesis de titulación en internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2019 [citado 11 de mayo de 2024]. 52p. Disponible de: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2019/123.pdf>
18. Grados Celis DG, Meza Canto RA. Factores de riesgo asociado a Acretismo Placentario en el Hospital Regional Materno Infantil «El Carmen» en el periodo 2014-2019 Huancayo [Tesis de titulación en internet]. Huancayo: Universidad

- Nacional del Centro del Perú; 2020 [citado 11 de mayo de 2024]. 60p. Disponible de: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/5820>
19. Puma Pillco JP. Factores de riesgo asociados a acretismo placentario en gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital III Goyeneche 2018- 2021 Arequipa Perú [Tesis de titulación en internet]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2022 [citado 11 de mayo de 2024]. 40p. Disponible de: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/eee2720e-da83-413f-95e8-33361f7e3ad7>
20. Cotrina Caceres M. Factores asociados al acretismo placentario en el Instituto Nacional Materno Perinatal-Maternidad de Lima, Cercado de Lima 2015-2016 [Tesis de maestría en internet]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2019 [citado 11 de mayo de 2024]. 37p. Disponible de: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5301>
21. Ruvalcaba Ramírez MÁ, Reyes Ibarra E, Mejía Romo F, Cuadro Bracamontes EH, Khalaf Partida MS, Manzo Arroyo FJ. Acretismo placentario en primigestas. Reporte de tres casos y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Méx. [Internet]. 2022 [citado 16 de mayo 2024]; 90(2): 180-186. Disponible de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000200180&lng=es.
22. Madariaga De La Roche A. Hemorragia postparto en pacientes con obesidad y/o anemia durante el embarazo: revisión sistemática [Tesis de segunda especialidad en internet]. Bogotá: Universidad Colegio Mayor del Rosario; 2012 [citado 16 de mayo 2024]. 83p. Disponible de: <https://repository.urosario.edu.co/items/ecca41bc-fcb0-46e2-9750-846f52c80a77>

23. Crespo Antepara D, Mendieta Toledo LB. Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. Mem Inst Investig Cienc Salud [Internet]. 2019 [citado 16 de mayo 2024]; 17(3):5-9. Disponible de: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v17n3/1812-9528-iics-17-03-5.pdf>
24. Hernández Mendoza L, Herrera Villalobos J, Mendoza Hernández F, Adaya Leythe E. Acretismo placentario: Experiencia en Obstetricia Crítica. Rev Médica Univ Veracruzana [Internet]. 2018 [citado 16 de mayo 2024]; 18(1):75-87. Disponible de: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol18_num1/articulos/acretismo.pdf
25. Hernández Parra L. Complicaciones maternas del acretismo placentario ocurridos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los años de 2016 y 2017 [Tesis de titulación en internet]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2018 [citado 16 de mayo 2024]. 39p. Disponible de: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/f96193e3-1b38-4544-8d38-c8f9028d5270>

VI. ANEXOS

ANEXO 1. Autorización del comité de ética en investigación del Hospital de Emergencias Villa el Salvador

ANEXO 2. Atención en Triage de emergencia- Gineco Obstetricia y reporte de ecografía obstétrica

ANEXO 3. Historia clinica de Hospitalización

ANEXO 4. Evolución médica: Centro obstétrico, Sala de operaciones, Unidad de recuperación post anestesia, Unidad de cuidados Intensivos y Unidad de cuidados Intermedios y Hospitalización de Alto riesgo Obstétrico.

ANEXO 5. Registro de Anestesiología, Informe de monitoreo anestesiológico, Registro de monitoreo en Unidad de Recuperación

ANEXO 6. Reporte operatorio

ANEXO 7. Notas Obstétricas

ANEXO 8. Exámenes Auxiliares

ANEXO 9. Hoja de Monitoreo Obstétrico y Partograma

ANEXO 10. Registro de Transfusiones

ANEXO 1. Autorización del comité de ética en investigación del Hospital de Emergencias Villa el Salvador



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias Villa El Salvador

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CONSTANCIA

El que suscribe, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, deja constancia que el trabajo de investigación titulado: "MORBILIDAD MATERNA EXTREMA: ACRETISMO PLACENTARIO HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR - 2024", código: 013-2024, ha sido evaluado y aprobado por nuestro Comité, no habiéndose encontrado objeciones en dicha propuesta y que se ejecutará bajo la responsabilidad del/de la investigador(a): **FABIOLA ALEJOS YARACSA**.

La fecha de aprobación tendrá vigencia desde el **24 de abril del 2024 al 24 de octubre del 2024**. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento, adjuntando el informe de avance de ejecución del estudio.

La investigadora reportará los avances del protocolo de investigación, donde comunicará el inicio de la ejecución del estudio e informará eventos asociados y no asociados con el estudio, la evidencia de beneficio, los riesgos desfavorables y/o cualquier antecedente importante que haya observado durante la ejecución del estudio y al término del mismo, deberá alcanzar el informe final para la biblioteca Institucional.

Villa El Salvador, 24 de abril del 2024



M.C. GLAUCO VALDIVIESO JIMENEZ
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación
Hospital de Emergencias Villa El Salvador

GVJ

Expediente N°: E2404383
Código: 013-2024



Av. 200 millas S/N cruce con Av.
Pastor Sevilla - Villa El Salvador
T: (01)640-9875 Anexo: XXX



BICENTENARIO
PERU
2024

ANEXO 2. Atención en Triaje de emergencia- Gineco Obstetricia y ecografía
obstétrica

ALERGIA / RAM:

NIEGA

¿Es accidente de tránsito? SI / NO

PESO: 101.00 (Kg)

TALLA: 164 (Cm)

IMC: 37.50

FUNCIONES VITALES:

PA (mmHg)	FC (x/min)	FR (x/min)	T (°C)	SAT02 (%)
117 / 83	89	18	37	99

DATOS EN CASO DE GESTACIÓN:

N°APN: 8

AU: 34

LCF: 122

G5 P2022

MOTIVO DE CONSULTA:

PCT ACUDE POR PERDIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO DESDE LAS 03:20 AM Y CONTRACCIONE SUTERIANS NIEGA OTRA SMOELSTIAS

PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS:

- 1.- MULTIGESTA DE 38.6SS X ECO I TRIM
- 2.- RPM +20 MIN
- 3.- TPFL
- 4.- CA ANT 1 VEZ
- 5.- PIN LAGO: 16 AÑOS
- 6.- CIRCULAR SIMPLE AL CUELLO X ECO
- 7.- FETO GRANDE
- 8.- OBESIDAD

PRIORIDAD DE ATENCIÓN

I

ROJO

II

NARANJA

III

AMARILLO

IV

VERDE

OBSERVACION:

TIENE 3 DOSIS DE VACUNA COVID

ANET QX; CESAREA 2007 X OLIGO + FETO GRANDE

ANTEC PATOLOGICO: NIEGA

OBSERV: SE REALIZA TRIAJE MANUAL 03:45, NO HABIA SISTEMA SIS GALEN PLUS

DESTINO: TOPICO DE GINECOLOGIA

BENFEDD

Feto LCD

LCF: 190x1

DF: DBP: 95-
CC 346-
CA: 338-
LF 79-
PF: 3750g

Placenta ^{comel} posterior grado III

Tipus amitio: Alembic per ang 39

Cincha de cada: No doble

4yo de gestacion una acton de 38,64

dra. Maribel Sulca Corra
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
C.R. 240033 NIT. 768802

ANEXO 3. Historia clinica de Hospitalización

FECHA DE INGRESO: 18/01/2024		HORA DE INGRESO: 06:15:00 a.m.			
GRUPO SANGUÍNEO:		FACTOR RH:			
B. ENFERMERDAD ACTUAL					
FORMA DE ADMISIÓN:	EMERGENCIA				
MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN:	OPORTUNIDAD DE PARTO VAGINAL				
TIEMPO DE ENFERMEDAD:	3 hora(s)	FORMA DE INICIO:	INSIDIOSO	CURSO:	PROGRESIVO
SINTOMAS Y SIGNOS PRINCIPALES:					
PERDIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO AMNIOTICO					
RELATO DE LA ENFERMEDAD:					
LA PACIENTE REFIERE QUE HOY A LAS 3 AM DE LA MAÑANA EMPEZÓ A PERDER LIQUIDO AMNIOTICO, ADEMÁS REFIERE CONTRACCIONES UTERINAS DE REGULRA INTENIDAD. PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA SANGRADO VAGINAL , NIEGA SINTOMAS DE IRRITACION CORTICAL					
FUNCIONES BIOLÓGICAS:					
APETITO:	CONSERVADO CON NAUSEAS	ORINA:	3 VECES/DIA -	SUEÑO:	CONSERVADO-
SED:	CONSERVADA	DEPOSICIONES:	CONSERVADO 2 DIAS -		
C. ANTECEDENTES PERSONALES					
GINECO - OBSTETRICOS					
MENARQUIA: A LOS 13 AÑOS	FUR/RC: FUR RC. Cada 5Días	MAC: NIEGA	IRS:	NºPS: 2	DISPAREUNIA:
		FUP:		CESAREAS: G2: 16 AÑOS	MENOPAUSIA:
MAMOGRAFIA:					
CIRUGIA G-O:					
OTROS:	G4 P 2020; G1: 19 AÑOS - 3680 - PV , G2: 16 AÑOS - 3950 - CESAREA POR SUFRIMIENTO FETAL G3: 8 AÑOS - ABORTO INCOMPLETO - LEGRADO , G4: 2 AÑO - ABORTO INCOMPLETO - LEGRADO .				
PATOLOGICOS:					
ERUPTIVAS DE LA INFANCIA:	NO				
HTA:	NO				
DM:	NO				
TBC:	NO				
ASMA:	NO				
OTROS:	NO				



TRANSFUSIONES:	NO				
USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS:	NO				
ALERGIAS:	NO				
D. ANTECEDENTES FAMILIARES:					
EXAMEN FISICO:					
FECHA: 18/01/2024	HORA: 12:00:00 a.m.	PESO:	TALLA:	IMC:	
PA:	FC:	FR:	T°:	SAT:	
A. EXAMEN GENERAL					
1. ASPECTO GENERAL:					
APARENTE BUEN ESTADO GENERAL					
2. PIEL Y MUCOSAS:					
THE LLCA P					
3. TCSC:					
NO EDEMAS					
4. S. LINFATICO:					
NO ADENOPATIAS					
B. EXAMEN REGIONAL:					
5. TORAX Y PULMONES:					
AMPLEXACION CONSERVADA . NO TIRAJES					
6. CARDIOVASCULAR:					
RCR DE BI PULSOS PRESENTES					
7. ABDOMEN:					
ABD: UTERO GRAVIDO TONO CONSERVADO. AU :35 . LCD . LCF: 126 MF: PRESENTES. DU: 1-2/10 /15 " .					
8. GENITOURINARIO:					
TV: D: 2CM B: 80% AP:-3 MO: PLANAS. PELVIS GINECOIDE. NO SE EVIDENCIA SANGRADO					
9 RECTO Y ANO:					
DIFERIDO					
10. NEUROLOGICA:					
LOTEP. G:15					
DIAGNOSTICO (CIE)					
DIGNOSTICO		CIE - 10	P	D	R
			Presuntivo	Definitivo	Repetitivo
Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas		O42.0		<input checked="" type="checkbox"/>	
TRATAMIENTO:					
<p>DX: GESTANTE DE 38 SEMANAS 6 DIAS POR ECO DEL IIT FASE LATENTE DEL TDP RPM 2H ARO: CESAREADA ANTERIOR 1 VEZ, EDAD MATERNA AVANZADA OBESIDAD MATERNA</p> <p>PLAN: OPORTUNIDAD DE PARTO VAGINAL MONITOREO CLINICO MATERNO FETAL ACENTUACION DEL TDP</p> <p>RP: DB + LAC NAACL 0.9% X 1000 CC + OXITOCINA 10 UI ? 4 GOTAS REGULABLES A DU + LCF CEFAZOLINA 1G EV CADA 6 H RPM >= 6H MMF, CO (DU + LCF), CFV + OSA, REEVALUACION EN 4H O ANTE CUALQUIER EVENTUALIDAD</p>					
PLAN DE TRABAJO:					

ANEXO 4. Evolución médica en Centro Obstétrico

18/01/24 HORA:07:34H

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE PERDIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO EN POCA CANTIDAD HACE 6 HORAS , CONTRACCIONES UTERINAS ESPORADICAS , MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS, NIEGA SANGRADO VAGINAL , NIEGA SIGNOS DE IRRITACION CORTICAL.
OBSTETRICIA NO REPORTA INTERCURRENCIAS

OBJETIVO

FUNCIONES VITALES:
PA 118/78MMHG FC 79 FR 20 T° 36.8 C°

EXAMEN FISICO DIRIGIDO

-GENERAL: AREG, AREH, AREN.
-ABDOMEN: UTERO GRAVIDO, TONO CONSERVADO AU: 35 CM LCF 128 DU 2/10 30"
-TV: D : 3 CM I: 75% AP: -3 MO: PLANAS , NO SANGRADO
-NEUROLOGICO: LOTEP. ROT: ++/++++, EG 15/15

Oxigenoterapia durante el examen fisico:	Ventilación espontánea
--	------------------------

APRECIACION

PACIENTE DE 35 AÑOS CON DIAGNOSTICOS:
1 GESTANTE DE 38 SEMANAS 6 DIAS X ECO IT
2 TPFL
3 RPM 6 HORAS
4 ARO: CESAREA ANTERIOR 1 VEZ
5 EDAD MATERNA AVANZADA

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , CON SIGNOS VITABLES ESTABLES , CON ACENTUACION INICIO A LAS 6: 10 AM , ACTUALMET CON 24 GOTAS X MIN. AUN SIN PATRON DE DINAMICA UTERINA ADECUADO.

Evolución

Favorable

PLAN

ACENTUACION
COBERTURA ATB
MIP ESTRICTO

Oxigenoterapia indicada:	Ventilación espontánea
--------------------------	------------------------

TERAPEUTICA

NAACL 0.9% X 1000 CC + OXITOCINA 10 UI: REGULABLE SEGUN DINAMICA MAX 30 GOTAS X MIN.
 CEFAZOLINA 1G EV CADA 6 HORAS
 MMFF
 CO (DU + LCF)
 CFV + OSA
 COMUNICAR ANTE CUALQUIER EVENTUALIDAD

OTRAS INDICACIONES

--

DIAGNÓSTICOS

ID	DESCRIPCION	TIPO
2065730	O42.0 - Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	Definitivo

NOTAS

USUARIO	FECHA	DESCRIPCION
Tapahuasco PALOMINO KELY ARACELLY	18/01/2024 10:52:37	REEVALUACION : 11: 00 CON ACENTUACION 30 GOTAS X MIN LCF: 132 XMIN , DU: 3/10/+/-25SEG TV : D: 4CM , l: 85% , AP: -2 , m : ROTAS , PELVIS : GINECOIDE PLAN : APERTURAR PARTOGRAMA ADICIONAR AL RP ESCOPOLAMINA 1 AMP IM STAT
Tapahuasco PALOMINO KELY ARACELLY	18/01/2024 16:53:33	SE ACUDE AL LLAMADO DE PERSONAL DE OBSTETRICIA , SE PRODUCE PARTO , CON CIRCULAR SIMPLE AL CUELLO AJUSTADO, RN VIVO CON LLANTO ENERGICO . PASA A ALOJAMIENTO CONJUNTO. SE REALIZA MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO. PLACENTA SIN SIGNOS DE DESPRENDIMIENTO AL MINUTO 10 , CORDON TENSO. SE EXTRAE PLACENTA CON DIFICULTAD , DE FORMA INCOMPLETA . PACIENTE INICIA CON SANGRADO ABRUPTO. Y SIGNOS DE HIPOVOLEMIA , SE ACTIVA CLAVE ROJA , SE PROCEDE A REALIZAR REVISION DE CAVIDAD UTERINA. SE EVIDENCIA ACRETISMO PLACENTARIO EN SEGMENTO UTERINO HASTA EL OCI UN 60 % . SE REALIZA TECNICA ZEA , SE EXPLICA A PACIENTE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR , FIRMA CONSENTIMIENTO Y PASA DE EMERGENCIA A SALA DE OPERACIONES PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL.

ANEXO 4. Evolución médica: Sala de Operaciones

SUBJETIVO		
PACIENTE BAJO ANESTESIA GENERAL		
OBJETIVO		
+PA:100/70 F :20 FC: 98 XMIN AP RESP Y CV : SIN ALTERACIONES ABDOMEN : HÓ CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO Y SECO GU :SANGRADO ESCASO, NO MAL OLOR SNC : LOTEP		
Oxigenoterapia durante el examen físico:	Ventilación espontánea	
APRECIACION		
DX: PO INMEDITA DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL + SALPINGOOFORRECTOMIA UNILATERAL DERECHA X ACRETISMO PLACENTARIO SD. ADHERENCIAL POLITRANSFUNDIDA OBESIDAD MATERNA		
Evolución		
Favorable		
PLAN		
UTEROTONICOS ANTIBIOTICOS ANALGESICOS UCI UCI		
Oxigenoterapia indicada:	Ventilación espontánea	
DIETA		
NPO		
TERAPEUTICA		
NAACL 0.9% 1000CC + OXITOCINA 10UI 3 AMPJ I-II-III METAMIZOL 2 GRAMOS C/8H EV METOCLOPRAMIDA 10MG C/8H EV CEFTRIAXONA 2GR EV CADA 24 HORAS CLINDAMICINA 900MG EV CADA 8 HORAS AMIKACINA 1GR GR EV CADA 12 HORAS ACIDO TRANEXAMICO 1GR EV CADA 8 HORAS CFV + CSV		
OTRAS INDICACIONES		
EVALUACION POR UCI PARA POSIBILIDAD DE PASE A SU SERVICIO		
DIAGNÓSTICOS		
ID	DESCRIPCION	TIPO
2067393	O43.2 - Adherencia morbida de la placenta	Definitivo

ANEXO 4. Evolución médica: Unidad de Recuperación post anestesia

18/01/24 HORA: 20:39H

SUBJETIVO

REFIERE SED

OBJETIVO

SANGRADO . PRESOP EN SALA DE PARTO 1200ML , SOP : 600ML , SEGMENTO DE UTERO Y CUELLO CON PLACENTA ADHERIDA UN 60 % DE SU EXTENSION.

ANEXO DERECHO CON ADHRENCIA Y TEJIDO FRIABLE.

ANEXO IZQUIERDO INDEMNE

FC:100 FR:20 PA:120/80 PAM:92 SPO:98 FIO:21%

NEUROLOGICO. EG 15 NO DEFICIT MOTOR

HEMODINAMICO: RCRR SIN VASOACTIVOS

RESPIRATORIO: BUEN PATRON VENTILATORIO SIN OXIGENOTERAPIA

ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS PERITONEALS

RENAL: DIRUESIS

PROBLEMAS DE SALUD:

1. HEMORRAGIA EN EL TERCER TRIMESTRE:

- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

2. PO INMEDIATA DE HISTERECTOMIA POR ACRETISMO PLACENTARIO

3. ACIDOSIS METABOLICA ANION GAP ELEVADO

Oxigenoterapia durante el examen fisico:

Ventilación espontánea

APRECIACION

PACIENTE PUERPERA, POR CESAREA POR EMERGENCIA, COMPLICADA CON ISTERECTOMIA POR ACRETISMO

Evolución

Estacionaria

PLAN

CORRECCION DE MEDIO INTERNO

ANALITICA CONTROL

MONITOREO HEMODINAMICO

Oxigenoterapia indicada:

Ventilación espontánea

TERAPEUTICA

NACL 0.9% +KCL 20% 01 AMP-----EV 80CC/H

CODEINA 60MG EV C/8H

PARACETAMOL 1GR VO C/8H

GLUCONATO DE CALCIO 01 AMP EV C/8H

SULFATO DE MAGNESIO 01 AMP EV C/8H

METOCLOPRAMIDA 10MG C/8H EV

OMEPRAZOL 40MG EV C/24H

CEFTRIAXONA 2GR EV CADA 24 HORAS

CLINDAMICINA 900MG EV CADA 8 HORAS

ACIDO TRANEXAMICO 1GR EV CADA 8 HORAS

BICARBONATO DE SODIO 8.4% 05 AMP EV STAT

CFV + CSV

ANEXO 4. Evolución médica: Unidad de Cuidados Instensivos Adultos A

19/01/24 HORA:08:10AM

SUBJETIVO

UCI DIA
ENFERMERIA NO REPORTA INTERCURRENCIAS

OBJETIVO

PACIENTE MUJER DE 35 AÑOS CON LOS SIGUIENTES PROBLEMAS:
1. HEMORRAGIA EN EL TERCER TRIMESTRE:
- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
2. PO1 DE HISTERECTOMIA POR ACRETISMO PLACENTARIO

PA: 108/63 PAM: 78 FC: 77 FR: 20 FIO2: 21% SAT: 96%
NEUROLÓGICO: EG 15 NO DEFICIT MOTOR. OBEDECE ORDENES SIMPLES Y COMPLEJAS
HEMODINAMICO: RCRR SIN VASOACTIVOS. LACTATO: 2.57
RESPIRATORIO: BUEN PATRON VENTILATORIO PAFIO2: 366
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS PERITONEALES. DEPO: 00CC/24H
RENAL: 570CC/8H BHE: -2520CC

Originoterapia durante el examen físico: Ventilación espontánea

APRECIACION

PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA SIN SOPORTE VASOPRESOR EN SU PO1 DE HISTERECTOMIA POR ACRETISMO PLACENTARIO, CURSÓ CON SANGRADO INTRASOP +/- 1800CC. AL MOMENTO CON DIURESIS ADECUADA. PACIENTE DE ALTA DE UNIDAD CRITICA. PASE A UCIN DE ACUERDO DISPONIBILIDAD DE CAMAS

Evolución

Estacionaria

PLAN

- CONTINUAR TERAPIA ANTIBIOTICA
- ANALITICA CONTROL
- PASE A UCIN
- VIGILANCIA DE SIGNOS DE SANGRADO

Originoterapia indicada: Ventilación espontánea

DIETA

DIETA BLANDA + LAV

TERAPEUTICA

DIETA BLANDA + LAV
PARACETAMOL 1GR VO C/8H
GLUCONATO DE CALCIO 01 AMP EV C/8H
OMEPRAZOL 40MG EV C/24H
CEFTRIAXONA 2GR EV CADA 24 HORAS (1/3)
CLINDAMICINA 900MG EV CADA 8 HORAS (1/3)
SIMETICONA 30 GOTAS VO CADA 8H
ACIDO TRANEXAMICO 1GR EV CADA 8 HORAS
CFV + BHE + HGT C/8H
ALTA A UCIN

OTRAS INDICACIONES

NACL 0.9%1000CC EV STAT

ANEXO 4. Evolución médica: Unidad de Cuidados Intermedios Adultos C

19/01/24 HORA:20:44H

SUBJETIVO

UCIN CAMA 40

LEVE DOLOR COLICO ESPORADICO. NIEGA OTRAS MOLESTIAS.

OBJETIVO

PACIENTE MUJER DE 35 AÑOS CON LOS SIGUIENTES PROBLEMAS:

1. PO1 DE HISTERECTOMIA POR ACRETISMO PLACENTARIO + OOFERECTOMIA DERECHA
2. ANTC. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
3. ANEMIA SEVERA (7.2)

PA: 97/62 PAM: 72 FC: 72 FR: 18 FIO2: 21% SAT: 96%

NEUROLOGICO. EG 15 NO DEFICIT MOTOR. OBEDECE ORDENES SIMPLES Y COMPLEJAS

HEMODYNAMICO: RCRR SIN VASOACTIVOS. NO TAQUICARDIA

RESPIRATORIO: BUEN PATRON VENTILATORIO. MV PASA EN ACP. NO RALES.

ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS PERITONEALES. DEPO: 00CC/12H

RENAL: 1100CC/12 BHE: +2570CC

PIEL: PALIDEZ +/+++ , NORMOTERMICA. LLENADO CAPILAR 2 SEG.

PH 7.4 PO2 60.3 PCO2 38.1 HCO3 23.3 PAFIO2 291 LACT 2.55 NA 137 K 3.44 CL 110 GLUC 90

CREAT 0.61 UREA 19 – HB 7.2 PLQ 179 000 LEUC 9.28 SEG 79 ABAST 0 LINF 19 INR 1.05 TPPA 33 PCR 35

ECOVISION: NO IMPRESIONA LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL. ECOFAST NEGATIVO

Oxigenoterapia durante el examen físico:

Ventilación espontánea

APRECIACION

PACIENTE HEMODYNAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO PESE A CAIDA SIGNIFICATIVA (8.9->7.2), SE ENVIA IC GINECOLOGIA PARA EVALUACION. SIN SOPORTE OXIGENATORIO VENTILANDO FIO2 AMBIENTAL. AFEBRIL, CON COBERTURA ANTIBIOTICA EMPIRICA, PENDIENTE CULTIVOS.

Evolución

Estacionaria

PLAN

- CONTINUAR TERAPIA ANTIBIOTICA
- ANALITICA CONTROL
- VIGILANCIA DE SIGNOS DE SANGRADO

Oxigenoterapia indicada:

Ventilación espontánea

DIETA

DIETA BLANDA + LAV

TERAPEUTICA

OMEPRAZOL 40MG EV C/24H
CEFTRIAXONA 2GR EV CADA 24 HORAS (1/3)
CLINDAMICINA 900MG EV CADA 8 HORAS (1/3)
GLUCONATO DE CALCIO 01 AMP EV C/8H
METOCLOPRAMIDA 10 MG EV C/8 HORAS
ACIDO TRANEXAMICO 1GR EV CADA 8 HORAS
PARACETAMOL 1GR VO C/8H
SIMETICONA 30 GOTAS VO CADA 8H
VENDAJE MMII + CNI
CFV + BHE + HGT C/8H

ANEXO 4. Evolución médica: Unidad de Cuidados Intermedios Adultos C

20/01/24 HORA:11:10AM

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE LEVE DOLOR EN HERIDA OPERATORIA, NIEGA OTROS SIGNOS DE ALARMA
OBSTETRA DE TURNO NO REPORTA INTERCURRENCIAS

OBJETIVO

PA: 104/66 FC: 97 FR: 17 SAT: 98 T: 36.2
PYF: LLENADO CAP < 2 SEG, PALIDEZ ++/+++ , NO ICTERICIA
MAMAS: BLANDAS, SECRETORAS
ABDOMEN : BLANDO , DEPRESIBLE , CON TCSC INCREMENTADO
HERIDA OPERATORIA: AFRONTADA SIN SIGNOS DE FLOGOSIS
GE: LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS SIN MAL OLOR
SNC: LOTEPE

Oxigenoterapia durante el examen físico:	Ventilación espontánea
--	------------------------

APRECIACION

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , VENTILA ESPONTANEAMENTE, TOLERA VIA ORAL , AFEBRIL
CUENTA CON HB ACTUAL EN 7.5 MG/ DL SIN SIGNOS DE SANGRADO , NI SINTOMATOLOGIA ANEMICA ; RECIBIO EN TOTAL 4 PG
EL DIA DE AYER SE REALIZA ECOFAST: NEGATIVO

CON LOS SGTS DX

1. PO 1DIA Y 19 HORAS DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL + SALPINGOFORECTOMIA UNILATERAL DERECHA X ACRETISMO PLACENTARIO + SD. ADHERENCIAL
2. PUERPERA POST PARTO VAGINAL +- 2DIA
- 3 ANEMIA MODERADA ASINTOMATICA
4. POLITRANSFUNDIDA
5. OBESIDAD MATERNA

Evolución

Favorable

PLAN

- CONTINUAR TERAPIA ANTIBIOTICA
- VIGILANCIA DE SIGNOS DE SANGRADO
- CONTINUAR MANEJO POR UCI

ANEXO 4. Evolución médica: Unidad de Cuidados Intermedios Adultos C
20/01/24 HORA:11:53AM

SUBJETIVO

UCIN DIA
PACIENTE REFIERE ENCONTRARSE MEJOR, NIEGA DOLOR.

OBJETIVO

PACIENTE MUJER DE 35 AÑOS CON LOS SIGUIENTES PROBLEMAS:
1. PO2 DE HISTERECTOMIA POR ACETISMO PLACENTARIO + OOFERECTOMIA DERECHA
2. ANTC. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
3. ANEMIA MODERADA (7.5)
4. POLITRANSFUNDIDA
PA: 100/60 PAM: 80 FC: 81 FR: 18 FIO2: 21% SAT: 96%
NEUROLOGICO. EG 15 NO DEFICIT MOTOR. OBEDECE ORDENES, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, NO CEFALEA
HEMODINAMICO: RCRR SIN VASOACTIVOS. NO TAQUICARDIA, NO SIGNOS DE HIPOPERFUSION. LACT: 1.49 HB: 7.5
RESPIRATORIO: BUEN PATRON VENTILATORIO. MV PASA EN ACP. NO RALES.
ABDOMEN: GLOBULOSO POR GRAN PANICULO ADIPOSO, BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS PERITONEALES. TOLERA ADECUADAMENTE NET
RENAL: DIURESIS: 3050CC/24H BHE: +1380/24H
PIEL: PALIDEZ +/+++ , NORMOTERMICA. LLENADO CAPILAR ADECUADO
PH 7.4 PO2 60.3 PCCO2 38.1 HCO3 23.3 PAFIO2 291 LACT 2.55 NA 137 K 3.44 CL 110 GLUC 90
CREAT 0.61 UREA 19 – HB 7.2 PLQ 179 000 LEUC 9.28 SEG 79 ABAST 0 LINF 19 INR 1.05 TPPA 33 PCR 35
ECOVISION: NO IMPRESIONA LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL. ECOFAST NEGATIVO

Oxigenoterapia durante el examen fisico: /ventilación espontánea

APRECIACION

REGULAR ESTADO GENERAL, EN SU 2DO DIA DE PO DE HISTERTOMIA TOTAL. NO CAIDA DE HB. CON HEMODINAMIA ESTABLE NO TAQUICARDIA. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO LIQUIDO LIBRE, TOLERA VIA ORAL. AUN LOQUIOS HEMATICOS EN REGULAR CANTIDAD.

Evolución

Favorable

PLAN

- BHE NEGATIVO
- HEMOGRAMA CONTROL
- RETIRO DE SONDA FOLEY

Oxigenoterapia indicada: /ventilación espontánea

DIETA

DIETA COMPLETA + LAV

TERAPEUTICA

OMEPRAZOL 40MG VO C/24H
CEFTRIAXONA 2GR EV C/24H (2/3)
CLINDAMICINA 900MG EV C/8H (2/3)
METOCLOPRAMIDA 10 MG EV C/8 HORAS
PARACETAMOL 1GR VO PRN DOLOR INTENSO Y/O FIEBRE
SIMETICONA 30 GOTAS VO C/8H
CFV + BHE + HGT C/8H

OTRAS INDICACIONES

- BHE NEGATIVO
- HEMOGRAMA CONTROL
- RETIRO DE SONDA FOLEY

ANEXO 4. Evolución médica: Unidad de Cuidados Intermedios Adultos C

21/01/24 HORA:08:37AM

SUBJETIVO

UCIN DÍA CAMA 40
SIN INTERCURRENCIAS

OBJETIVO

PACIENTE MUJER DE 35 AÑOS CON LOS SIGUIENTES PROBLEMAS:
1. PO2 DE HISTERECTOMIA POR ACRETISMO PLACENTARIO + OOFERECTOMIA DERECHA
2. ANT. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
PA: 111/84 PAM: 82 FC: 98 FR: 18 FIO2: 21% SAT: 97%
NEUROLOGICO: EG 15 NO DEFICIT MOTOR. OBEDECE ORDENES, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, NO CEFALEA
HEMODINAMICO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS , NO SOPLOS, SIN VASOACTIVOS. NO TAQUICARDIA, NO SIGNOS DE HIPOPERFUSION.
RESPIRATORIO: BUEN PATRON VENTILATORIO. MV PASA EN ACP. NO RALES
ABDOMEN: GLOBULOSO POR GRAN PANICULO ADIPOSO, BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS PERITONEALES. TOLERA ADECUADAMENTE VIA ORAL
RENAL: DIURESIS: 3030 CC/24H BHE: -1950/24H
LOQUIOS: 300CC EN 24 HORAS
PIEL: PALIDEZ +/+++ , NORMOTERMICA. LLENADO CAPILAR ADECUADO
NA 140.9 K 3.50 CL 110 GLUC 82

Oxigenoterapia durante el examen físico:	Ventilación espontánea
--	------------------------

APRECIACION

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD POR LO QUE SE PODRIA IR DE ALTA A ARO PARA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO. EVOLUCION: ESTACIONARIO, PRONOSTICO: ESTACIONARIO

Evolución

Estacionaria

PLAN

- ALTA DE UCIN

Oxigenoterapia indicada:	Ventilación espontánea
--------------------------	------------------------

ANEXO 4. Evolución médica: Unidad de Cuidados Intermedios Adultos C

21/01/24 HORA:08:37AM

SUBJETIVO

PACIENTE AL MOMENTO NO REIFERE MOLESTIAS, APETITO CONSERVADO.

OBJETIVO

PA. 115/72 , FC: 78 , FR: 19 , SATO2: 98 %
DESPIERTA, LOTEP
PIEL LEVE PALIDEZ
ABD: POCO DOLOROSO , NO MASAS NO REBOTE
HERIDA OPERATORIA AFRONTADA SECA
GU: NO SANGRADO
SNC: LOTEP , GLASGOW 15 /15

Oxigenoterapia durante el examen físico:	Ventilación espontánea
--	------------------------

APRECIACION

DX:
1. PO3 DE HISTERECTOMIA POR ACRETISMO PLACENTARIO + OOFERECTOMIA DERECHA
2. ANTC. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
3. ANEMIA MODERADA COMPENSADA
4. POLITRANSFUNDIDA

PACIENTE AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, PA CONTROLADAS, NO SIGNOS DE HIPOPERFUSION.

Evolución

Favorable

PLAN

CONTINUAR CON MANEJO POR UCI
DE CONSIDERAR ALTA DE UCI PODRIA PASAR A BAJO RIESGO DE NO HABER CAMAS EN ARO.

Oxigenoterapia indicada:	Ventilación espontánea
--------------------------	------------------------

ANEXO 4. Evolución médica: Hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico
22/01/24 HORA: 10:05H

SUBJETIVO

PACIENTE NIEGA MOLESTIAS. OBSTETRICA REPORTA NO INTERCURRENCIAS

OBJETIVO

FUNCIONES VITALES:
PA. 114/63MMHG , FC: 83 XMIN , FR: 19XMIN T: 36.7°C SATO2: 98 %

EXAMEN FISICO :

- AREG, AREN, AREH
- TYP: MURMULLO PASA EN AHT, NO RALES
- CV: RUIDOS CARDIADOS RITMICOS DE BUENA INTENSIDAD
- ABDOMEN: NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
HERIDA OPERATORIA AFRONTADA SIN SECRECION
- GENITOURINARIO: NO SANGRADO, PPL (-)
- SNC: LOTEPE , GLASGOW 15 /15

* ANALITICA:

21/01 -> HB:8.8 - PLAQUETAS: 220000 L: 10.12 10³ /μ PCR:21.32mg/L, NA: 140.9 mmol/l CL:110.0 mmol/l K: 3.50 mmol/l

* ECOGRAFIA ABDOMINAL (20/01/2024): NO IMPRESIONA LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL. ECOFAST NEGATIVO

Oxigenoterapia durante el examen físico: Ventilación espontánea

APRECIACION

PACIENTE DE 35 AÑOS CON DIAGNOSTICOS:

1. PO4 DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL + SALPINGOFORECTOMIA UNILATERAL DERECHA POR ACRETISMO PLACENTARIO
2. ANEMIA MODERADA COMPENSADA
3. POLITRANSFUNDIDA

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE HIOPERFUSION, AFEBRIL, TOLERA VIA ORAL, DEAMBULA ADECUADAMENTE. CON EVOLUCION FAVORABLE EN CONDICIONES DE ALTA MEDICA.

Evolución

Favorable

PLAN

ANALGESICOS
ALTA CON INDICACIONES MEDICAS
CONTROL POR CONSULTORIO EXTERNO EN 7 DIAS POR CONSULTORIO EXTERNO DE GINECOLOGIA

Oxigenoterapia indicada: Ventilación espontánea

DIETA

DIETA COMPLETA + LAV

TERAPEUTICA

- IBUPROFENO 400G VO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS
- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
- CONTROL POR CONSULTORIO EXTERNO EN 7 DIAS POR CONSULTORIO EXTERNO DE GINECOLOGIA

OTRAS INDICACIONES

CS Escaneado con CamScanner

ANEXO 5.Registro de Anestesiología

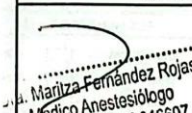
Op. Realizada: 12ST		Cuenta: 246854	
1ER CIRUJANO: Tapalwaso	2DO CIRUJANO: Jano	SERVICIO:	
Lic. INSTRUMENTISTA: Zegarra	Lic. CIRCULANTE: Homan	CAMA:	

Complicaciones Pre OP.		Complicaciones Intraop.		OBSERVACIONES:	
Hipertensión:	Hipotensión:	Hipertensión:	Hipotensión:	Procedencia	HOSP DE DIA () - HOSPIT. () - UCI () - EMERGENCIA ()
Taquicardia:	Bradicardia:	Taquicardia:	Bradicardia:		
Arritmia:		Arritmia:			
SHOCK:	Sepsis:	Paro Cardíaco - Respiratorio:			
Estomago lleno:		Bronco aspiración (contenido gástrico):			
Diabetes: COMPENSADO <input type="checkbox"/> DESCOMPENSADO <input type="checkbox"/>		Hiperlicemia:	Hipoglicemia:		
Asma: COMPENSADO <input type="checkbox"/> DESCOMPENSADO <input type="checkbox"/>		Broncoespasmo:			
Vía Aérea Difícil:		Sangrado:			
Estado Ético:		MUERTE:			

ANALGÉSICOS Y AGREGADOS / dosis / hora			ANTIBIÓTICOS - otros / dosis / hora			UTEROTÓNICOS - Otros / dosis / hora			OBSERVACIONES:		
Tramadol	100	15:30	Cefazolina			Oxitocina					
Metamizol	25	1:00	Ceftriaxona			Ergometrina					
Diclofenaco			Metronidazol			Misoprostol					
Ranitidina	50	1:00	Ciprofloxacino			Carbetocina					
Dexametasona	8	1:00	Clindamicina								
Hidroocortisona	200	1:00	Amikacina								
Ondansetron	4	1:00									
Dimenhidrinato	25	1:00									
Morfina											
Morfina	10	1:00	Morfina	8	17:30						

OBSERVACIONES E INDICACIONES GENERALES:
 Recibir Topo S.I. (anticoag) para ingreso de sala y de quirófano por Histerectomía aguda. 71200.
 PEA: 1620


Destino: RECUPERACION	UCI:	UCIN:	MORGUE:
------------------------------	------	-------	---------

ANESTESIOLOGO
 A. Maritza Fernández Rojas Médico Anestesiólogo CMP:75101 RNE:046607

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	FECHA COLOCACION	DIAS
TET		
TRAQUEOSTOMIA		
SONDA FOLEY		
SONDA NASOGASTRICA		
SOG/ SNY		
CVC		
LINEA ARTERIA		
CATETER PERIFERICO	18/01/20	

OTRAS ESPECIALIDADES	SI	NO	UBICACION
PENROUS			
COLOSTOMIA			
YEYUNOSTOMIA			
ILEOSTOMIA			
JACKSON PRATT			
HEMOBACK			
TUBO TORAXICO			

INGRESOS	EGRESOS
CINa 9%(Volumen): <u>800 ml</u>	Diuresis: <u>800 ml</u>
Poligelina: <u>800 ml.</u>	Sangrado: <u>1800 ml.</u>
Paquete Globular: <u>250 ml</u>	Drenaje: _____
Otros fluidos: <u>440 ml</u>	SNG: _____
	Otros: _____

 FIRMA Y SELLO ENFERMERA CIRCULANTE I TURNO	FIRMA Y SELLO ENFERMERA CIRCULANTE II TURNO
--	---

FIRMA CIRUJANO I

FIRMA CIRUJANO PRINCIPAL

ANEXO 5. Informe de monitoreo anestesiológico

FECHA: 18 de 01 del 2024		HORA INGRESO A SOP: 14:38		Edad: 35	Sexo: M	Premedicación / Hora										
Hb: 12	Hto: 38	Plaquetas: 230	INR: 1.1	Peso: 75	Mida:											
TC: 7	TS: 2	Glucosa: 98	Creatinina: 0.4	Urea: 34	Otro:											
RIESGOS		ASA 1 2 3 4 5	RQ Cardiológico: I II III IV		RQ Neumológico											
HORA	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
Sat O2	100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100%															
EICO2	37 / 37 / 37 / 37 / 37 / 37 / 37 / 37 / 37 / 37 / 37 / 37 / 37 / 37 / 37 / 37 / 37															
PVC / GC / EKG	120 / 80 / 70 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80															
T° / BIS	36.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5 / 0.5															
P.A.	120 / 80 / 120 / 80 / 120 / 80 / 120 / 80 / 120 / 80 / 120 / 80 / 120 / 80 / 120 / 80 / 120 / 80															
FC / Pulso	70 / 70 / 70 / 70 / 70 / 70 / 70 / 70 / 70 / 70 / 70 / 70 / 70 / 70 / 70 / 70 / 70 / 70															
PAM X	80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80 / 80															
FR	12 / 12 / 12 / 12 / 12 / 12 / 12 / 12 / 12 / 12 / 12 / 12 / 12 / 12 / 12 / 12 / 12 / 12															
Ventilación O2/L/min	8 / 8 / 8 / 8 / 8 / 8 / 8 / 8 / 8 / 8 / 8 / 8 / 8 / 8 / 8 / 8 / 8 / 8															
Modo Ventilatorio	IV-M CV (ESPONTANEO)		Vol. Tidal	Frec. Resp.	PEEP	IE	FiO2									
Modo Ventilatorio	(P-M CV) (ESPONTANEO)		P. Insp	PEEP	Frec. Resp (RR)	Vol. Tidal	FiO2									
Observaciones																
INDUCCIÓN / MANTENIMIENTO:																
Isoflurano (150) Fentanilo (100) Remifentanilo (100) Midazolam (100) Propofol (100) Alfaxalone (100) Rocur. / Vecur. (100) Mivacurium (100) Lidocaina (100) Bupivacaina (100)																
FLUIDOTERAPIA:																
Dextrosa NaCl 0.9% Sangre Plasma Poligelina																
Inic. Anest: 14:45 Inducción: 14:45 Term. Cirugía: 16:30 Inic. Cirugía: 14:45 Term. Anestesia:																
MÉTODOS DE ANESTESIA				TECNICA DE ANESTESIA GENERAL												
GENERAL: TIA <input checked="" type="checkbox"/> REGIONAL: Raquídea <input type="checkbox"/> TIVA / TCI <input checked="" type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Balanceado <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Sedación / PVD <input type="checkbox"/> Bloqueo Local <input type="checkbox"/> Caudal <input type="checkbox"/>				Intub. Oral <input checked="" type="checkbox"/> Intub. Nasal <input type="checkbox"/> Laringoscop. C-Mac <input checked="" type="checkbox"/> Laringoscop. C-Mac <input type="checkbox"/> Brons. Fibros. <input checked="" type="checkbox"/> Fibros. <input type="checkbox"/> Dispositivo Supraglótico <input type="checkbox"/> Nro <input type="checkbox"/> Tubo Nro 7.0 / 1.5 Nro Intentos 01 Cornacke 1												
OBSERVACIONES EN INDUCCIÓN Y DESPERTAR																
Inducción Satisfactoria: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> Evento: Arritmia Bradicardia Hipertensión Laringoespasmo Broncoaspiración Tórax Leñoso Rush Cutáneo Hipertermia Puro Cardíaco Otros																
TECNICA DE ANESTESIA EPIDURAL / RAQUIDEA / COMBINADA / CAUDAL / BLOQUEO																
Posición: Simple <input type="checkbox"/> Lidocaina: Bupivacaina: Continua <input type="checkbox"/> Vol.: mlGr.: Vol.: mlGr.: Punción: Veces AGUJa Nro: Córax: Nivel: BLOQUEO: POSICIÓN DE PACIENTE																
Dec. DORSAL <input checked="" type="checkbox"/> Dec. VENTRAL <input type="checkbox"/> Side. IZQ. <input type="checkbox"/> SMS IZQ. <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> kraska <input type="checkbox"/> Side. DER. <input type="checkbox"/> SMS DER. <input type="checkbox"/> Trendel. Invertido <input type="checkbox"/> Laminectomia <input type="checkbox"/> Litotomia <input type="checkbox"/> Craneotomia <input type="checkbox"/>																
QUIROFANO																
Diag. Pre Op: Dato no pleurítico Op indicada: N/A 1.500ml																
BALANCE HIDRICO																
EGRESOS: SOP SOP SOP SOP SOP SOP Hora: 120 120 120 120 120 120 Ayuno: 500 250 750 Req. Basal: 130 130 260 Pér. Insensibles: 200 200 520 Déf. Urinario: 500 100 1800.0 SNG 3er Espado OTROS TOTAL: 3350																
INGRESOS: SOP SOP SOP SOP SOP SOP																
CINA 9%: 100 100 Dext. 5% Coloides: 500 300 800-560 Paq. Globular: 500 250 Plasma: 400 Plaquetas Crioprecipitado OTR: 100 TOTAL: 1400 1390 2790 BALANCE																

CIRUJANO 1: *Dra Papahuasico* CIRUJANO 2: *Dr Ponce*
 ANESTESIÓLOGO: *Dra Ferrández*
 TIPO DE ANESTESIA: General (X) Epidural () - Raquídea () - Bloqueo () - Sedación () - Local ()

CUENTA 2469460
 SERVICIO 6-0
 N° CAMA: -

INGRESO URPA

Fecha ingreso *18/01/24*
 Hora ingreso *17:25*

Cama N°
03

SIGNOS / SINTOMAS	
Palidez	X
Cianosis	X
Rubor	
Rash cutáneo	
Diaforesis	
Tos	
Bronespasmo	
Excitación	
Hipertermia	

SCORE ALDERETE	0	1	2
PARAMETROS			
Activ. Muscular		X	
Respiración			X
Circulación (PA)			X
Conciencia		X	
Color / Sat O2		X	
TOTAL			0

SCORE BROMAGE BLOQUEO MOTOR	GLASGOW
Completo	AO
Casi completo	RV
Parcial	RM
Nulo	Total
	15

RAS / RANSAY

SCORE ANDERSEN - DOLOR
 CRITERIOS
 No dolor
 Sin dolor al reposo y dolor ligero al movimiento o tos
 Dolor ligero en reposo y moderado con el mov. o tos
 Dolor mod. en reposo y severo con el mov. o tos
 Dolor severo en reposo y extremo con el mov. o tos
 Dolor intenso al reposo

PUNTOS
0
1
2
3
4
5

VIA AEREA	
Libre	<input checked="" type="checkbox"/>
T. Endotraqueal	
T. Naso traqueal	
Traqueostomía	

APOY. VENTILAT.	
Vent. Mec	
Mascarilla	<input checked="" type="checkbox"/>
Venturi	
Tubo en T	

CATETERES	
Via Perif	<input checked="" type="checkbox"/>
Via Central	
Linea Art.	
Cat. Epiduri	

PA: 117/81 FC 100 SpO2 100%

INDICACIONES Y TERAPIA DE DOLOR / Observaciones

1- CFU + OSA
 2- Continuar transfusión de PG que vino de SOP.
 3- Segui indicaciones de genología
 4- I/C UCI. → Da Paz a Pisto

HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR
 DANA S. NICOLAIAN
 ANESTESIÓLOGA
 18/01/24
 Firma y Sello de Anestesiólogo

CONDICIÓN DE ALTA:

SCORE ALDERETE	0	1	2
PARAMETROS			
Activ. Muscular			2
Respiración			2
Circulación (PA)			2
Conciencia			2
Color / Sat O2			2
TOTAL			10

SCORE ANDERSEN - DOLOR
 CRITERIOS
 No dolor
 Sin dolor al reposo y dolor ligero al movimiento o tos
 Dolor ligero en reposo y moderado con el mov. o tos
 Dolor mod. en reposo y severo con el mov. o tos
 Dolor severo en reposo y extremo con el mov. o tos
 Dolor intenso al reposo

PUNTOS
0
1
2
3
4
5

SCORE BROMAGE BLOQUEO MOTOR	GLASGOW
Completo	AO
Casi completo	RV
Parcial	RM
Nulo	Total
	15

RAS / RANSAY

INDICACIONES DE ALTA URPA / Observaciones

alta de anestesiología
 Segui indicaciones de médicos hospital
 ?

DESTINO: HOSPITALIZACIÓN () - DOMICILIO () - UCI () - UCI (X) - MORGUE ()

Fecha Egreso *18/01/24*
 Hora Egreso *19:45*

HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR
 DANA S. NICOLAIAN
 ANESTESIÓLOGA
 18/01/24
 Firma y Sello de Anestesiólogo

FIRMA INSTRUMENTISTA
 FIRMA CIRUJANO I
 FIRMA CIRUJANO PRINCIPAL
 FIRMA ANESTESIÓLOGO
 DRA. IRINA...
 DRA. IRINA...
 DRA. IRINA...

ANEXO 5.Registro de monitoreo en Unidad de Recuperación



2469460
 Histerectomía abdominal total + Salpingooforopexia + Descentismo placentario.

REGISTRO INTEGRAL DE MONITOREO EN UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

Localización de Catéteres	HORAS Monitoreo	12:75	12:40	1:00	1:15	1:30	1:45	2 h	5 h	7 h	9 h	ALTA URPA	
		Ingreso	15'	30'	45'	60'	2 h						
	T*	36	36	36	36	36	36	36					
	FC	98	98	97	97	96	96	96					
	Ritmo	75	75	75	75	75	75	75					
	PAS	117	123	123	123	131	131	131					
	PAD	87	84	80	89	89	89	89					
	PAM	90	93	107	96	98	98	98					
	FR	76	77	76	78	78	78	78					
	SatO2	100	100	98	98	98	98	98					
	GLICEMIA												
	INSULINA SC												

Escala Visual Analgesica de Dolor (EVA)		12:75	12:40	1:00	1:15	1:30	1:45	2 h	5 h	7 h	9 h
RASS / RANSAY		-10	-10	-10	-10	-10	-10	-10			
MONITOREO	Resp Esp										
	VM: (V-MCV) (P-MCV)	1290	1270	1290	1290	1290	1290	1290			
	RE - INTUBACION										
	TET N°										
	EXTUBACION										
	SatO2										
Capnografía (ETCO2)											

BALANCE HIDRICO	INGRESOS	Via Enteral					
		Glucosados (Dextrosa)					
	Salinos (NaCl 9%)						600
	Coloides						
	Sangre Total/ Paquete Globular						250
	Plasma / Crioprecipitado						
	Plaquetas						400
	Medicación (vol. Infusión)						1250
	TOTAL						2500
EGRESOS	Orina (Vesical)	Deposición					500
		Residuo Gástrico / Vómito					
		Drenajes 1					
		Drenajes 2					
		Pérdidas insensibles					
		TOTAL					
BALANCE HIDRICO							1700

FECHA / HORA		18/01/23				
TERAPIA		M - T - N	M - T - N	M - T - N	M - T - N	M - T - N
1	Naloxil 100cc + Oxidrina 300cc	I - II - III				
2	Mohamizol 2g c/ 2h	15:30				
3	Metoprolol 10mg c/ 2h	18				
4	Clonidina 2mg c/ 2h	18				
5	Clindamicina 900mg c/ 2h	18				
6	Amoxicilina 4g c/ 2h	18				
7	D. hexaminio 1g c/ 2h	18				
Aspiración / Nebulización						
PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	V. Periférica	18/01/23				
	SNG					
	S. Vesical	18/01/23				
	CVC					
LABORATORIO / Rx						
INTERCONSULTAS		vei (R)				

Observaciones
 Puntos por ingreso con apoyo vitalizado por nro a 700
 Soluendo nro, con app de HSE (2) independiente de oxígeno
 nro + 300cc Oxidrina 300cc, en 15:30 repitiendo 1

RUTH KARINA RODRIGUEZ ORE
 LIC. ENF. ESP. CENTRO QUIRURGICO
 C.E.P. 80782 REF. 25423
 Firma y sello de Lic que registra

ANEXO 7. Notas Obstétricas

18/01/2024 07:00H

VALORACION DE OBSTETRICIA POR DOMINIO		
MOTIVO DE CONSULTA:		
PACIENTE REFIERE PÉRDIDA DE LÍQUIDO AMNIOTICO DESDE 2AM. PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES. NIEGA SANGRADO VAGINAL. CONTRACCIONES UTERINAS 3/10.		
DATOS DE OBSTETRICIA		
MAMAS		
BLANDAS / <input checked="" type="checkbox"/> TURGENTES / SECRETANTES	MASTITIS / PRESENCIA DE CALOSTRO	
DATOS ABDOMEN		
AU: 32 LCF: 131131 LCF2: 136	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL / EDEMA VULVAR / PLA	GINECOIDE / ANDROIDE
SPP LCI / <input checked="" type="checkbox"/> LCD / LPI / LPD	VV / PSV	PLATPELOIDE / ANTROPOIDE
TD / TI / OD / OI	OBSERVACIONES:	
OTROS:	TV <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
DU <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DILATACIÓN <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
FRECUENCIA: 2/10	INCORPORACIÓN <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	ROT
INTENSIDAD: ++	ALTURA DE PRESENTACIÓN	0 / + / <input checked="" type="checkbox"/> / +++ / ++++
DURACIÓN: 30	MEMBRANAS OVULARES:	PUERPERA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
MF NO <input checked="" type="checkbox"/> SI (++)	ROTAS / INTEGRAS	
	LIQUIDO CLARO / LIQUIDO MECONIAL	

VALORACIÓN DE RIESGO DE UPP: ESCALA BRADEN			VALORACIÓN DE RIESGO DE CAIDAS: ESCALA DOWNTON		
PUNTUACION	RIESGO	PTOS	PUNTUACION	RIESGO	PTOS
6 - 12	ALTO		3+	ALTO	
13 - 14	MODERADO		2	MODERADO	
15 - 18	BAJO		0 - 1	BAJO	1
19 - 23	SIN RIESGO	22			

II. DIAGNÓSTICO DE OBSTETRICIA
1. MULTIGESTA DE 38ss6d x FUR. 2. TDPFL 3. RPM 6 Horas 4. CESAREADA ANTERIOR 1 VEZ 5. EDAD MATERNA AVANZADA
III. EVOLUCIÓN OBSTETRICIA
07:00 SE RECIBE PACIENTE GESTANTE CON VÍA PERIFÉRICA CON NAACL 9% + 10 UI OXITOCINA CON ACENTUACIÓN DEL TDP (16 gts al inicio de turno). PCTE REFIERE PÉRDIDA DE LÍQUIDO AMNIOTICO DESDE 2 AM. NIEGA SANGRADO VAGINAL. NIEGA SINTOMAS DE IRRITACIÓN CORTICAL. CFV. PA: 118 / FC: X' Sato2: 99% T: 36.5°C LF: 138x' 07:30 MÉDICO DE GUARDIA EVALÚA PACIENTE, TV: D:3CM AP:-3 E: 75% 8:00 PACIENTE CON ACENTUACION DE TDP GOTEO DE 20 GTSx'. LF: 135x' 9:00 SE DEJA PACIENTE ESTABLE A COLEGA CON FV: PA:115/80 FC: 80X' T:36.1° FR: 20 SAT:98% LF: 133 X'

18/OI/2024 09:00H

<p>DESCRIPCION:</p> <p>09:00 SE ENCUENTRA A GESTANTE DE 38.6 SEMANAS X ECO II TRIMESTRE / TP FASE LATENTE / RPM DESDE LAS 03:20AM / CESAREADA ANTERIOR 1 VEZ / PIN LARGO - 16 AÑOS / CIRCULAR SIMPLE AL CUELLO / OBESIDAD MATERNA / FETO GRANDE , CON ACENTUACION DE EN UNIDAD 2 DE DILATAION CON VIA PERMABLE CL NA 9%1000CC + 30UI OXITOCINA A 28 GOTAS X MIN, 1 FRASCO, REFIERE CONTRACCIONES FRECUENTES, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA SANGRADO VAGINAL SE REALIZA VALORACION CEFALO CAUDAL: + VERIFICACIÓN PERMEABILIDAD DE VÍA PERIFÉRICA: SI + VERIFICACIÓN DE BRAZALETE DE IDENTIFICACION: SI ANTECEDENTES PERSONALES: + ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: NIEGA + ANTECEDENTES QUIRURGICOS: CESAREA 2007 + ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA + ALERGIA A MEDICAMENTOS: NIEGA + ANTECEDENTE DE TRANSFUSION SANGUÍNEA: NIEGA + HABITOS TOXICOS: ALCOHOL, TABACO, DROGAS: NIEGA AL EXAMEN : AREG LOTEP MAMAS: BLANDAS, SIMETRICAS ABDOMEN: OCUPADO POR UTERO GRAVIDO LCF:133X MF:++++ DU:C/3/+/30 GENITALES EXTERNOS: TV DIFERIDO, SE EVIDENCIA PERDIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO CLARO MIEMBROS INFERIORES SIN EDEMA SE CONTINUA CONTROL DE FORMATO DE MONITOREO MATERNO FETAL SE ADMINISTRA CEFAZOLINA 1G EV 10:10 ACUDE DRA TAPAHUASCO Y VERIFICA REACTIVIDAD FETAL Y DINAMICA UTERINA FRECUENTE, INDICA QUE MAXIMO SE ACENTUARA CON 30 GOTAS X MIN 11:00 DRA TAPAHUASCO EVALUA A GESTANTE LCF: 140X MF:++++ DU:C/3/+/30 TV: D:4CM E: 85% AP:-2 MO: ROTAS LIQUIDO CLARO SE APERTURA PARTOGRAMA Y SE REGISTRA DATOS SE AUMENTA GOTEIO DE ACENTUACION A 30 GOTAS X MIN Y SE REGISTRA EN FORMATO DE MONITOREO MATERNO FETAL 11:10 SE ADMINISTRA HIOSINA 1 AMP EV DILUIDO EN 100CCSF 12:00 SE EVALUA A GESTANTE LCF: 136X MF:++++ DU:C/3/+/30 TV: D:9CM E:100% AP:-2 MO: ROTAS LIQUIDO CLARO 12:20 DRA TAPAHUASCO EVALUA A GESTANTE LCF: 128X MF:++++ DU:C/3/+/30 TV: D:9CM E:100% AP:-2 MO: ROTAS LIQUIDO CLARO INDICA REEVALUACION EN +- 30 MINUTOS 13:00 DRA TAPAHUASCO EVALUA A GESTANTE LCF: 128X MF:++++ DU:C/3/+/30 TV: D:10CM E:100% AP:-2 MO: ROTAS LIQUIDO CLARO SE AUMENTA GOTEIO A 34 GOTAS X MIN GESTANTE DEAMBULA POR INDICACION MEDICA 13:45 SE EVALUA A GESTANTE, COMPLETA TV: D:10CM I:100% AP:-1 MO ROTAS LIQUIDO CLARO 13:55 GESTANTE CON SENSACION DE PUJO PASA A SALA DE EXPULSIVO 14:00 PUERPERA EN SALA DE PARTOS ES COLOCADA EN CAMILLA DE ATENCION DE PARTOS CON APOYO DE PERSONAL TECNICO. SE REALIZA HIGIENE PERINEAL, SE COLOCAN CAMPOS ESTÉRILES Y SE INVITA AL PUJO DURANTE CONTRACCIÓN UTERINA. 14:09 SE PRODUCE NACIMIENTO DE RECIEN NACIDO DE SEXO MASCULINO, CON LLANTO FUERTE Y VIGOROSO, CON CIRCULAR AJUSTADO AL CUELLO Y SE REALIZA CLAMPAJE PRECOZ DE CORDON UMBILICAL RN ES COLOCADO EN ABDOMEN DE MADRE PARA INICIO DE CONTACTO PRECOZ, SE ADMINISTRA 10 UI OXITOCINA IM PARA MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO SE REALIZA MASAJE UTERINO Y TRACCION DE CORDON UMBILICAL PARA ALUMBRAMIENTO PERO SE EVIDENCIA RESISTENCIA 14:13 DRA TAPAHUASCO EVALUA A PUERPERA E INDICA VERBALMENTE ERGOMETRINA 14:15 SE ADMINISTRA ERGOMETRINA 0.2MG IM STAT POR INDICACION MEDCA, CON FC:90X 14:17 SE PRODUCE ALUMBRAMIENTO TIPO SHUTCZ, CON PLACENTA Y MEMBRANAS INCOCOMPLETAS. 14:18 SE ADMINISTRA 1 FRASCO CL NA 9%1000CC + 40 UI OXITOCINA A GOTEIO RAPIDO 14:20 DRA TAPAHUASCO REALIZA REVISION DE CAVIDAD, Y EXTRAE ABUNDANTE COAGULOS Y RESTOS PLACENTARIOS CFV: PA: 107/63 MMHG FC: 120X NO SE VISUALIZA DESGARROS 14:22 SE CANALIZA 2º VIA PERIFERICA CON CATETER Nº18 EN MSD CON CL NA 9%1000CC SE ADMINISTRA ACIDO TRANEXAMICO 1G EV DILUIDO EN 100CCSF 14:25 DRA TAPAHUASCO INFORMA A PUERPERA SOBRE POSIBILIDAD DE HISTERECTOMIA PA: 96/66 MMHG FC:115X PUERPERA FIRMA CONSENTIMIENTO DE CIRUGIA 14:26 SE LLAMA A EMED Y SE ACTIVA CLAVE ROJA POR INDICACION MEDICA DRA TAPAHUASCO DEJA 3 PINZAS CLAMPADAS PARA HEMOSTASIA DE CUELLO UTERINO + 3 GASAS COMPRESIVAS (POR PROBABLE ACRETISMO PLACENTARIO A NIVEL DE CUELLO UTERINO) SE COMUNICA A SOP 14:28 SE COLOCA SONDA FOLEY + BOLSA COLECTORA 14:33 PUERPERA PASA A SOP EN CAMILLA CON DOBLE VIA PERIFERICA , EN MSD CON CL NA 9%1000CC , EN MSI CON CL NA 9%1000CC + 40UI OXITOCINA + SONDA FOLEY PERMEABLE + BOLSA COLECTORA - CON 3 PINZAS FOESTER CLAMPADAS EN CUELLO UTERINO - SANGRADO VAGINAL +-1200CC</p>	<p>FFCHA DE REGISTRO:</p> <p>01/18/2024 10:08:52</p>	<p>Licenciada(o):</p> <p>Vicente Sanchez Sheyla Lizbeth</p>
--	---	--

21/01/2024 16:00H

II. DIAGNÓSTICO DE OBSTETRICIA
1. PO CESAREA . 2. ANT DE RPM. 3. POST HISTERECTOMIA X ACRETISMO PLACENTARIO+OOFECTOMIA DERECHA. 4. CA 1 VEZ. PIN LARGO
III. EVOLUCIÓN OBSTETRICIA
14:00 PACIENTE INGRESA PROCEDENTE DE UCIN CON VIA PERIFERICA SALINIZADASE VERIFICA BRAZALETE DE IDENTIFICACION. PACIENTE LOTEP, NIEGA MOLESTIAS RESPIRATORIOS Y/O SIGNOS PREMONITORIOS. VALORACIÓN CEFALO CAUDAL PACIENTE ES EVALUADO SEGUN ESCALAS: - PACIENTE ES EVALUADO NO MANIFIESTA SER VICTIMA O COMETER ALGUNA AGRESION SEXUAL - A LA VALORACION DEL PACIENTE ES EVALUADO CON ESCALA CON DOWNTON BAJO RIESGO - A LA VALORACION DEL PACIENTE ES EVALUADO CON ESCALA DE BRADEN BAJO RIESGO AL EXAMEN: PIEL Y MUCOSAS: TIBIAS HIDRATADAS. LIGERAMENTE PALIDA. MAMAS: BLANDA POCO SECRETANTES. ABDOMEN: BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION, UTERO CONTRAIDO POR DEBAJO DE CICATRIZ UMBILICAL. HERIDA OPERATORIA EN BUENAS CONDICIONES, SIN SIGNOS DE FLOGOSIS. GENITALES EXTERNOS: LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS SIN MAL OLOR. EMI: + SE CONTROLA LAS FUNCIONES VITALES: PA: 106/67 MMHG, FC: 60 XMIN, FR: 18 XMIN, T:36.6°C, SO:98% 14:40 SE PASA VISITA CON MEDICO DE TURNO, DR.QUISPE , SE BRINDA INFORMACION DE TRATAMIENTO ADM. RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO, MEDICO EVALUA A PACIENTE Y BRINDA INFORMACION DE LO EVALUADO. 15:00 SE BRINDA ORIENTACION Y CONSEJERIA EN CUIDADOS EN EL PUERPERIO Y SIGNOS DE ALARMA. PACIENTE DESCANSA EN SU UNIDAD. 17:00 PACIENTE RECIBE HIGIENE Y CONFORT. 18:00 SE LE CONTROLA FUNCIONES Y VITALES PACIENTE RECIBE DIETAQUE ES BIEN TOLERADA PACIENTE RECIBE TTO:CEFRIATSONA 2GR EV.+CLINDAMICINA 900MG E.V 19:00 QUEDA PACIENTE LOTEP, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NIEGA SIGNOS CORTICALES. SE REPORTA A COLEGA DE TURNO ENTRANTE.

21/01/2024 19:00H

II. DIAGNÓSTICO DE OBSTETRICIA
1. PO3 DE HISTERECTOMIA POR ACRETISMO PLACENTARIO + OOFERECTOMIA DERECHA 2. PUERPERA POST PARTO VAGINAL +- 3DIA 3 ANEMIA MODERADA ASINTOMATICA 4. POLITRANSFUNDIDA 5. OBESIDAD MATERNA
III. EVOLUCIÓN OBSTETRICIA
19:00 HRS SE RECIBE REPORTE DE COLEGA DE TURNO PACIENTE REPOSA EN SU UNIDAD CON VIA PERIFERICA SALINIZADA, SE VERIFICA BRAZALETE DE IDENTIFICACION. PACIENTE LOTEP, MOLESTIAS RESPIRATORIAS Y/O SIGNOS PREMONITORIOS. AL EXAMEN: PIEL Y MUCOSAS: TIBIAS, HIDRATADAS. MAMAS: BLANDAS, TURGENTES, SECRETANTES. ABDOMEN: BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION, HOP AFRONTADA NO SIGNOS DE FLOGOSIS. GENITALES EXTERNOS: NO SANGRADO VAGINAL. EMI:- SE CONTROLA LAS FUNCIONES VITALES: PA: 109/68 MMHG, FC: 90 XMIN, FR: 20 XMIN, T: 37.8°C, SO: 98% 19:30 HRS SE REPORTA ESTADO DE PACIENTE A DR. PONCE. 22:00 HRS VIA ENDOVENSA PERIFERICA INFILTRATA SE REALIZA CAMBIO EN SEGUNDO INTENTO POR SER DE DIFICIL ACCESO, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO INDICADO POR MEDICO. 00:00 HRS PACIENTE NO REFIERE MOLESTIAS. 02:00 HRS SE ADMINISTRA TRATAMIENTO INDICADO POR MEDICO. 05:00 HRS SE CONTROLA FUNCIONES VITALES. 06:00 HRS SE ADMINISTRA TRATAMIENTO INDICADO POR MEDICO. 07:00 HRS QUEDA PACIENTE LOTEP, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NIEGA SIGNOS CORTICALES. SE REPORTA A COLEGA DE TURNO ENTRANTE. DIURESIS: SI DEPOSICIONES: NO

ANEXO 8. Exámenes Auxiliares

17/01/224

PERFIL DE PREECLAMPSIA + PERFIL PRE OPERATORIO

Código: 80076 Prueba: **PERFIL HEPATICO**
 Tecnólogo Médico: **ZANCA RODRIGUEZ JANET FIORELLA**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **17/01/2024 14:25**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
BILIRRUBINA TOTAL	0.52 mg/dL	0.3 - 1
BILIRRUBINA DIRECTA	0.08 mg/dL	0.03 - 0.18
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.44 mg/dL	0 - 0.5
FOSFATASA ALCALINA	195.37 U/L **	34 - 104
PROTEINAS TOTALES	7.14 g/dL	6 - 8.3
ALBUMINA	3.54 g/dL	4.2 - 5.5
GLOBULINAS	3.6	0 - 0
TGO	11.53 U/L	13 - 39
TGP	2.55 U/L	7 - 52
GGTP	10.38 U/L	9 - 64

PERFIL DE PREECLAMPSIA + PERFIL PRE OPERATORIO

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
EXAMEN COMPLETO DE ORINA		
EXAMEN MACROSCOPICO :		
COLOR	AMARILLO	
ASPECTO	LIGERO TURBIO	
DENSIDAD	1.010	
PH	5.0	
ESTUDIO QUIMICO - TIRA REACTIVA		
NITRITOS	NEGATIVO	
PROTEINAS	NEGATIVO	
GLUCOSA	NEGATIVO	
CETONAS	NEGATIVO	
UROBILINOGENO	NEGATIVO	
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	
EXAMEN MICROSCOPICO:		
HEMATIES	0 - 1 X CAMPO	
LEUCOCITOS	2 - 3 X CAMPO	
CELULAS EPITELIALES	ESCASOS	
CILINDROS	NO SE OBSERVA	
GERMENES	ESCASOS	
LEVADURAS	NO SE OBSERVA	
CRISTALES	NO SE OBSERVA	
FILAMENTOS MUCOIDES	NO SE OBSERVA	
PARASITOS	NO SE OBSERVA	

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
UREA	13.61 mg/dL	7 - 25

Sin observaciones

** VALOR FUERA DE RANGO

Código: 85002 Prueba: **TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA**
 Tecnólogo Médico: **VIVAS OSORIO ELYZ KATHERINNE POOLET**
 Fecha toma de muestra: **17/01/2024 12:18**
 Fecha resultado: **17/01/2024 14:33**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA		
TIEMPO DE SANGRIA	2 min	
TIEMPO DE COAGULACIÓN	7 min	

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
CREATININA SERICA	0.44 mg/dL	0.7 - 1.3

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: **82947** Prueba: **GLUCOSA**
Tecnólogo Médico: **ZANCA RODRIGUEZ JANET FIORELLA**
Fecha toma de muestra:
Fecha resultado: **17/01/2024 14:25**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
GLUCOSA	84 mg/dL	70 - 105

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: **83615** Prueba: **LACTATO DESHIDROGENASA (LDH)**
Tecnólogo Médico: **ZANCA RODRIGUEZ JANET FIORELLA**
Fecha toma de muestra:
Fecha resultado: **17/01/2024 14:25**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
DESHIDROGENASA LACTICA LDH	111.91 U/L	140 - 271

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HEMOGRAMA COMPLETO	:	
HEMOGLOBINA	12.1 g / dl	11.2*15.7
HEMATOCRITO	35.40 %	34.10*44.90
HEMATIES	4.17 10 ⁶ /uL	3.93*5.22
RDW - SD	40.10 fl	
RDW - CV	13.00 %	11.60*14.80
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	84.90 fl	79.40*94.80

PAG 2 DE 4

HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.00 pg	27.00*31.20
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	34.20 g / dl	31.80*35.40
RECUENTO DE PLAQUETAS	280.00 10 ³ /uL	150.00*450.00
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.50 fl	5.00*15.00
LEUCOCITOS	9.28 10 ³ /u	4.60*10.20
EOSINFILOS	2 %	0*7
BASOFILOS	0 %	0*3
MIELOCITOS	0 %	
METAMIELOCITOS	0 %	
ABASTONASDOS	0 %	0*5
SEGMENTADOS	77 %	40*70
LINFOCITOS	15 %	20*45
MONOCITOS	6 %	0*8
BLASTOS	0 %	
PROMIELOCITOS	0 %	
SUMA DE RECUENTO DIFERENCIAL %	100 %	
EOSINFILOS	0.19 10 ³ /uL	0.00*0.70
BASOFILOS	0.03 10 ³ /uL	0.00*0.20
MIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
METAMIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
ABASTONASDOS	0.00 10 ³ /uL	

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE PROTOMBINA	:	
TIEMPO DE PROTOMBINA	12.3 seg	11.0*15.0
INR	0.92	0.80*1.20

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: 85610 Prueba: TP TIEMPO DE PROTOMBINA
Tecnólogo Médico: VIVAS OSORIO ELYZ KATHERINNE POOLET
Fecha toma de muestra:
Fecha resultado: 17/01/2024 13:54

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE PROTOMBINA	:	
TIEMPO DE PROTOMBINA	12.3 seg	11.0*15.0
INR	0.92	0.80*1.20

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: 86592 Prueba: PRUEBA DE SIFILIS CUALITATIVA (VDRL, RPR)
Tecnólogo Médico: HURTADO QUISPE LUZ MELINA
Fecha toma de muestra: 17/01/2024 12:18
Fecha resultado: 17/01/2024 14:12

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
RPR	NO REACTIVO	

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HIV I-II	NO REACTIVO	

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: 86900 Prueba: GRUPO SANGUINEO
Tecnólogo Médico: CAMARENA BARJA TERESITA DE JESUS
Fecha toma de muestra: 17/01/2024 12:18
Fecha resultado: 17/01/2024 15:46

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
GRUPO SANGUINEO	O	

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: 86901 Prueba: FACTOR RH
Tecnólogo Médico: CAMARENA BARJA TERESITA DE JESUS
Fecha toma de muestra: 17/01/2024 12:18
Fecha resultado: 17/01/2024 15:46

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
FACTOR RH	POSITIVO	

19/01/2024

HEMOGRAMA 06:3H

Código: 85027 Prueba: HEMOGRAMA COMPLETO
 Tecnólogo Médico: VIVAS OSORIO ELYZ KATHERINNE POOLET
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: 19/01/2024 06:30

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HEMOGRAMA COMPLETO	:	
HEMOGLOBINA	8.9 g / dl	11.2*15.7
HEMATOCRITO	25.60 %	34.10*44.90
HEMATIES	3.00 10 ⁶ /uL	3.93*5.22
RDW - SD	41.80 fl	
RDW - CV	13.40 %	11.60*14.40
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	85.30 fl	79.40*94.80
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.70 pg	25.60*32.20
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	34.80 g / dl	31.80*35.40
RECUENTO DE PLAQUETAS	239.00 10 ³ /uL	182.00*369.00
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	11.00 fl	9.40*12.30
LEUCOCITOS	11.76 10 ³ /u	3.98*10.04
EOSINFILOS	0 %	1*6
BASOFILOS	0 %	0*1
MIELOCITOS	0 %	
METAMIELOCITOS	0 %	
ABASTONADOS	0 %	0*5
SEGMENTADOS	79 %	34*71
LINFOCITOS	11 %	19*52
MONOCITOS	10 %	5*13
BLASTOS	0 %	
PROMIELOCITOS	0 %	
SUMA DE RECUENTO DIFERENCIAL %	100 %	
EOSINFILOS	0.00 10 ³ /uL	0.04*0.36
BASOFILOS	0.01 10 ³ /uL	0.01*0.08
MIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
METAMIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
ABASTONADOS	0.00 10 ³ /uL	
SEGMENTADOS	9.29 10 ³ /uL	1.56*6.13
LINFOCITOS	1.29 10 ³ /uL	1.18*3.74

Código: 85610 Prueba: TP TIEMPO DE PROTROMBINA
 Tecnólogo Médico: VIVAS OSORIO ELYZ KATHERINNE POOLET
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: 19/01/2024 06:30

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE PROTOMBINA	:	
TIEMPO DE PROTOMBINA	13.6 seg	11.7*15.3
INR	1.02	0.80*1.20

Sin observaciones

** VALOR FUERA DE RANGO

Código: 85610 Prueba: TP TIEMPO DE PROTROMBINA
 Tecnólogo Médico: VIVAS OSORIO ELYZ KATHERINNE POOLET
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: 19/01/2024 07:24

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE PROTOMBINA	:	
TIEMPO DE PROTOMBINA	13.6 seg	11.7*15.3
INR	1.02	0.80*1.20

Fecha resultado: 19/01/2024 06:30

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	:	
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	34.00 seg	31.20*35.80

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: 85730 Prueba: TTP (TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA)

Tecnólogo Médico: VIVAS OSORIO ELYZ KATHERINNE POOLET

Fecha toma de muestra:

Fecha resultado: 19/01/2024 07:24

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	:	
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	34.00 seg	31.20*35.80

GASES ARTERIALES

Código: 82803.01 Prueba: DOSAJE DE GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS (DISPOSITIVO PORTATIL)

Tecnólogo Médico: HURTADO QUISPE LUZ MELINA

Fecha toma de muestra: 19/01/2024 05:08

Fecha resultado: 19/01/2024 06:42

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
PH	7.415	
PO2(presión parcial de O2)	72.3	
PCO2(presión parcial de CO2)	36.8	
HCO3(bicarbonato)	23.8	
BE (exceso de base)	-0.7	
concentración de O2 inhalado	21.0	
CTO2 (concentración total de co2)	6.4	
O2 sat (saturación de O2)	94.9	
pO2 /FIO2	366	
thb	11.1	
Lactato	2.57	
Na	138.1	
K	3.51	
Cl	110.0	
Glucosa	110.6	
GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS		

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
CALCIO IONICO	1.20	

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: 82565 Prueba: CREATININA

Tecnólogo Médico: ZANCA RODRIGUEZ JANET FIORELLA

Fecha toma de muestra:

Fecha resultado: 19/01/2024 10:26

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
CREATININA SERICA	0.51 mg/dL	0.7 - 1.3

PERFIL HEPÁTICO

Código: **80076** Prueba: **PERFIL HEPATICO**
 Tecnólogo Médico: **ZANCA RODRIGUEZ JANET FIORELLA**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **19/01/2024 10:26**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
BILIRRUBINA TOTAL	0.61 mg/dL	0.3 - 1
BILIRRUBINA DIRECTA	0.12 mg/dL	0.03 - 0.18
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.49 mg/dL	0 - 0.5
FOSFATASA ALCALINA	83.69 U/L	34 - 104
PROTEINAS TOTALES	4.52 g/dL	6 - 8.3

PAG 4 DE 7

ALBUMINA	2.57 g/dL	4.2 - 5.5
GLOBULINAS	1.95	0 - 0
TGO	13.92 U/L	13 - 39
TGP	3.65 U/L	7 - 52
GGTP	7.22 U/L	9 - 64

19/01/2024 18:06H

Código: **82803.01** Prueba: **DOSAJE DE GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS (DISPOSITIVO PORTATIL)**
 Tecnólogo Médico: **ZANCA RODRIGUEZ JANET FIORELLA**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **19/01/2024 18:06**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
PH	7.40	7.35^7.45
PO2(presión parcial de O2)	60.30 mmHg	86.00^108.00
PCO2(presión parcial de CO2)	38.10 mmHg	36.00^46.00
HCO3(bicarbonato)	23.30 mmol / l	
BE (exceso de base)	-1.20 mmol / l	
concentración de O2 inhalado	21.00 %	
CTO2 (concentración total de co2)	24.10 mmol / l	3.20^4.40
O2 sat (saturación de O2)	89.20 %	94.00^100.00
pO2 /FiO2	291.00 mmHg	
tHb	12.50 g / dl	12.00^18.00
Lactato	2.55 mmol / l	0.50^1.60
Na	137.70 mmol / l	136.00^146.00

PAG 2 DE 7

K	3.44 mmol / l	3.80^5.40
Cl	110.4 mmol / l	98.0^106.0
Glucosa	90.10 mg/dl	70.00^110.00
GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS	:	

HEMOGRAMA

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HEMOGRAMA COMPLETO	:	
HEMOGLOBINA	7.2 g / dl	11.2*15.7
HEMATOCRITO	21.30 %	34.10*44.90
HEMATIES	2.41 10 ⁶ /uL	3.93*5.22
RDW - SD	44.90 fl	
RDW - CV	13.80 %	11.60*14.40
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.40 fl	79.40*94.80
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.90 pq	25.60*32.20
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	33.80 g / dl	31.80*35.40
RECUENTO DE PLAQUETAS	179.00 10 ³ /uL	182.00*369.00
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	11.00 fl	9.40*12.30
LEUCOCITOS	9.28 10 ³ /u	3.98*10.04
EOSINFILOS	0 %	1*6
BASOFILOS	0 %	0*1
MILOCITOS	0 %	
METAMIELOCITOS	0 %	
ABASTONADOS	0 %	0*5
SEGMENTADOS	73 %	34*71
LINFOCITOS	19 %	19*52
MONOCITOS	8 %	5*13
BLASTOS	0 %	
PROMIELOCITOS	0 %	
SUMA DE RECUENTO DIFERENCIAL %	100 %	
EOSINFILOS	0.04 10 ³ /uL	0.04*0.36
BASOFILOS	0.03 10 ³ /uL	0.01*0.08
MILOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
METAMIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
ABASTONADOS	0.00 10 ³ /uL	
SEGMENTADOS	6.77 10 ³ /uL	1.56*6.13
LINFOCITOS	1.76 10 ³ /uL	1.18*3.74
MONOCITOS	0.74 10 ³ /uL	0.24*0.86
BLASTOS	0.00 10 ³ /uL	
PROMIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
NRBC %	0.00 %	

Código: 85610 Prueba: TP TIEMPO DE PROTROMBINA
 Tecnólogo Médico: NAVARRETE ESPIZA MARCO ANTONIO
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: 19/01/2024 18:02

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE PROTOMBINA	:	

PAG 3 DE 7

TIEMPO DE PROTOMBINA	13.9 seg	11.7*15.3
INR	1.05	0.80*1.20

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: 85610 Prueba: TP TIEMPO DE PROTROMBINA
 Tecnólogo Médico: NAVARRETE ESPIZA MARCO ANTONIO
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: 19/01/2024 18:37

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE PROTOMBINA	:	
TIEMPO DE PROTOMBINA	13.9 seg	11.7*15.3
INR	1.05	0.80*1.20

Código: 82330 Prueba: **CALCIO IONICO**
 Tecnólogo Médico: **ZANCA RODRIGUEZ JANET FIORELLA**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: 19/01/2024 18:06

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
CALCIO IONICO	1.12 mmol / l	

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: 82565 Prueba: **CREATININA**
 Tecnólogo Médico: **ZANCA RODRIGUEZ JANET FIORELLA**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: 19/01/2024 18:58

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
CREATININA SERICA	0.61 mg/dL	0.7 - 1.3

19/01/2024 21:32H

GASES ARTERIALES

Código: 82803.01 Prueba: **DOSAJE DE GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS (DISPOSITIVO PORTATIL)**
 Tecnólogo Médico: **VALENCIA GUINEA LUIS ANGEL**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: 19/01/2024 21:32

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
PH	7.43	7.35^7.45
PO2(presión parcial de O2)	55.40 mmHg	86.00^108.00
PCO2(presión parcial de CO2)	34.80 mmHg	36.00^46.00
HCO3(bicarbonato)	23.70 mmol / l	
BE (exceso de base)	-0.90 mmol / l	
concentración de O2 inhalado	21.00 %	
CTO2 (concentración total de co2)	24.20 mmol / l	3.20^4.40
O2 sat (saturación de O2)	88.70 %	94.00^100.00
pO2 /FIO2	281.00 mmHg	
tHb	6.90 g / dl	12.00^18.00
Lactato	1.60 mmol / l	0.50^1.60
Na	139.30 mmol / l	136.00^146.00
K	3.51 mmol / l	3.80^5.40
Cl	111.0 mmol / l	98.0^106.0
Glucosa	100.80 mg/dl	70.00^110.00
GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS	:	

HEMOGRAMA

Código: **85027** Prueba: **HEMOGRAMA COMPLETO**
 Tecnólogo Médico: **SACRAMENTO MELENDEZ JOCELYN HELFER**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **19/01/2024 22:03**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HEMOGRAMA COMPLETO	:	
HEMOGLOBINA	7.4 g / dl	11.2*15.7
HEMATOCRITO	21.70 %	34.10*44.90
HEMATIES	2.48 10 ⁶ /uL	3.93*5.22
RDW - SD	43.80 fl	
RDW - CV	13.90 %	11.60*14.40
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	87.50 fl	79.40*94.80
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.80 pg	25.60*32.20
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	34.10 g / dl	31.80*35.40
RECUESTO DE PLAQUETAS	192.00 10 ³ /uL	182.00*369.00
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.80 fl	9.40*12.30
LEUCOCITOS	9.54 10 ³ /u	3.98*10.04
EOSINFILOS	1 %	1*6
BASOFILOS	0 %	0*1
MIELOCITOS	0 %	
METAMIELOCITOS	0 %	
ABASTONADOS	0 %	0*5
SEGMENTADOS	73 %	34*71
LINFOCITOS	18 %	19*52
MONOCITOS	8 %	5*13
BLASTOS	0 %	
PROMIELOCITOS	0 %	
SUMA DE RECUESTO DIFERENCIAL %	100 %	
EOSINFILOS	0.10 10 ³ /uL	0.04*0.36

PAG 1 DE 7

Código: **85384** Prueba: **FIBRINOGENO**
 Tecnólogo Médico: **VALENCIA GUINEA LUIS ANGEL**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **19/01/2024 22:21**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
DOSAJE DE FIBRINOGENO	413 mg / dl	200*400

19/01/2024 21:32H

GASES ARTERIALES

Código: **82803.01** Prueba: **DOSAJE DE GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS (DISPOSITIVO PORTATIL)**
 Tecnólogo Médico: **VALENCIA GUINEA LUIS ANGEL**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **19/01/2024 21:32**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
PH	7.43	7.35*7.45
PO2(presión parcial de O2)	55.40 mmHg	86.00*108.00
PCO2(presión parcial de CO2)	34.80 mmHg	36.00*46.00
HCO3(bicarbonato)	23.70 mmol / l	
BE (exceso de base)	-0.90 mmol / l	
concentración de O2 inhalado	21.00 %	
CTO2 (concentración total de co2)	24.20 mmol / l	3.20*4.40
O2 sat (saturación de O2)	88.70 %	94.00*100.00
pO2 /FIO2	281.00 mmHg	
thb	6.90 g / dl	12.00*18.00
Lactato	1.60 mmol / l	0.50*1.60
Na	139.30 mmol / l	136.00*146.00
K	3.51 mmol / l	3.80*5.40
Cl	111.0 mmol / l	98.0*106.0
Glucosa	100.80 mg/dl	70.00*110.00
GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS	:	

HEMOGRAMA

Código: **85027** Prueba: **HEMOGRAMA COMPLETO**
 Tecnólogo Médico: **SACRAMENTO MELENDEZ JOCELYN HELFER**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **19/01/2024 22:03**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HEMOGRAMA COMPLETO	:	
HEMOGLOBINA	7.4 g / dl	11.2*15.7
HEMATOCRITO	21.70 %	34.10*44.90
HEMATIES	2.48 10 ⁶ /uL	3.93*5.22
RDW - SD	43.80 fl	
RDW - CV	13.90 %	11.60*14.40
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	87.50 fl	79.40*94.80
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.80 pg	25.60*32.20
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	34.10 g / dl	31.80*35.40
RECuento DE PLAQUETAS	192.00 10 ³ /uL	182.00*369.00
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.80 fl	9.40*12.30
LEUCOCITOS	9.54 10 ³ /u	3.98*10.04
EOSINFILOS	1 %	1*6
BASOFILOS	0 %	0*1
MIELOCITOS	0 %	
METAMIELOCITOS	0 %	
ABASTONADOS	0 %	0*5
SEGMENTADOS	73 %	34*71
LINFOCITOS	18 %	19*52
MONOCITOS	8 %	5*13
BLASTOS	0 %	
PROMIELOCITOS	0 %	
SUMA DE RECuento DIFERENCIAL %	100 %	
EOSINFILOS	0.10 10 ³ /uL	0.04*0.36

Código: **85384** Prueba: **FIBRINOGENO**
 Tecnólogo Médico: **VALENCIA GUINEA LUIS ANGEL**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **19/01/2024 22:21**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
DOSAJE DE FIBRINOGENO	413 mg / dl	200*400

20/01/2024 06:25H

GASES ARTERIALES

Código: 82803.01 Prueba: DOSAJE DE GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS (DISPOSITIVO PORTATIL)
Tecnólogo Médico: VALENCIA GUINEA LUIS ANGEL

Fecha toma de muestra:

Fecha resultado: 20/01/2024 06:25

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
PH	7.41	7.35*7.45
PO2(presión parcial de O2)	76.70 mmHg	86.00*108.00

PAG 1 DE 3

PCO2(presión parcial de CO2)	35.70 mmHg	36.00*46.00
HCO3(bicarbonato)	23.30 mmol / l	
BE (exceso de base)	-1.30 mmol / l	
concentración de O2 inhalado	21.00 %	
CTO2 (concentración total de co2)	24.10 mmol / l	3.20*4.40
O2 sat (saturación de O2)	96.40 %	94.00*100.00
pO2 /FIO2	398.00 mmHg	
tHb	7.70 g / dl	12.00*18.00
Lactato	1.49 mmol / l	0.50*1.60
Na	140.00 mmol / l	136.00*146.00
K	3.42 mmol / l	3.80*5.40
Cl	110.6 mmol / l	98.0*106.0
Glucosa	82.20 mg/dl	70.00*110.00
GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS	:	

HEMOGRAMA

Código: **85027** Prueba: **HEMOGRAMA COMPLETO**
 Tecnólogo Médico: **SACRAMENTO MELENDEZ JOCELYN HELFER**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **20/01/2024 06:48**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HEMOGRAMA COMPLETO	:	
HEMOGLOBINA	7.5 g / dl	11.2*15.7
HEMATOCRITO	22.00 %	34.10*44.90
HEMATIES	2.53 10 ⁶ /uL	3.93*5.22
RDW - SD	43.80 fl	
RDW - CV	14.10 %	11.60*14.40
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	87.00 fl	79.40*94.80
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.60 pg	25.60*32.20
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	34.10 g / dl	31.80*35.40
RECUESTO DE PLAQUETAS	193.00 10 ³ /uL	182.00*369.00
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.80 fl	9.40*12.30
LEUCOCITOS	10.41 10 ³ /u	3.98*10.04
EOSINFILOS	1 %	1*6
BASOFILOS	0 %	0*1
MILOCITOS	0 %	
METAMIELOCITOS	0 %	
ABASTONADOS	0 %	0*5
SEGMENTADOS	77 %	34*71
LINFOCITOS	16 %	19*52
MONOCITOS	6 %	5*13
BLASTOS	0 %	
PROMIELOCITOS	0 %	
SUMA DE RECUESTO DIFERENCIAL %	100 %	
EOSINFILOS	0.10 10 ³ /uL	0.04*0.36
BASOFILOS	0.04 10 ³ /uL	0.01*0.08
MILOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
METAMIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
ABASTONADOS	0.00 10 ³ /uL	
SEGMENTADOS	8.02 10 ³ /uL	1.56*6.13
LINFOCITOS	1.67 10 ³ /uL	1.18*3.74
MONOCITOS	0.62 10 ³ /uL	0.24*0.86
BLASTOS	0.00 10 ³ /uL	
PROMIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
NRBC %	0.00 %	

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
DOSAJE DE FIBRINOGENO	437 mg / dl	200*400

PAG 2 DE 3

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: **85610** Prueba: **TP TIEMPO DE PROTROMBINA**
 Tecnólogo Médico: **SACRAMENTO MELENDEZ JOCELYN HELFER**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **20/01/2024 06:48**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE PROTOMBINA	:	
TIEMPO DE PROTOMBINA	12.1 seg	11.7*15.3
INR	0.90	0.80*1.20

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: **85610** Prueba: **TP TIEMPO DE PROTROMBINA**
 Tecnólogo Médico: **SACRAMENTO MELENDEZ JOCELYN HELFER**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **20/01/2024 07:27**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE PROTOMBINA	:	
TIEMPO DE PROTOMBINA	12.1 seg	11.7*15.3
INR	0.90	0.80*1.20

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE PROTOMBINA	:	
TIEMPO DE PROTOMBINA	12.1 seg	11.7*15.3
INR	0.90	0.80*1.20

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: 85730 Prueba: TTP (TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA)

Tecnólogo Médico: SACRAMENTO MELENDEZ JOCELYN HELFER

Fecha toma de muestra:

Fecha resultado: 20/01/2024 06:48

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	:	
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	33.40 seg	31.20*35.80

Sin observaciones

**** VALOR FUERA DE RANGO**

Código: 85730 Prueba: TTP (TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA)

Tecnólogo Médico: SACRAMENTO MELENDEZ JOCELYN HELFER

Fecha toma de muestra:

Fecha resultado: 20/01/2024 07:27

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	:	
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	33.40 seg	31.20*35.80

20/01/2024 17:25H

HEMOGRAMA

Código: **85027** Prueba: **HEMOGRAMA COMPLETO**
 Tecnólogo Médico: **MAVILA DE LA CRUZ KATHERINE ELIANA**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **20/01/2024 17:25**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HEMOGRAMA COMPLETO	:	
HEMOGLOBINA	7.4 g / dl	11.2*15.7
HEMATOCRITO	21.80 %	34.10*44.90
HEMATIES	2.50 10 ⁶ /uL	3.93*5.22
RDW - SD	44.10 fl	
RDW - CV	13.90 %	11.60*14.40
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	87.20 fl	79.40*94.80
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.60 pg	25.60*32.20
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	33.90 g / dl	31.80*35.40
RECUESTO DE PLAQUETAS	211.00 10 ³ /uL	182.00*369.00
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.80 fl	9.40*12.30
LEUCOCITOS	9.76 10 ³ /u	3.98*10.04
EOSINFILOS	1 %	1*6
BASOFILOS	0 %	0*1
MIELOCITOS	0 %	
METAMIELOCITOS	0 %	
ABASTONASDOS	0 %	0*5
SEGMENTADOS	77 %	34*71
LINFOCITOS	16 %	19*52
MONOCITOS	6 %	5*13
BLASTOS	0 %	
PROMIELOCITOS	0 %	
SUMA DE RECUESTO DIFERENCIAL %	100 %	
EOSINFILOS	0.10 10 ³ /uL	0.04*0.36
BASOFILOS	0.03 10 ³ /uL	0.01*0.08
MIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
METAMIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
ABASTONASDOS	0.00 10 ³ /uL	
SEGMENTADOS	7.52 10 ³ /uL	1.56*6.13
LINFOCITOS	1.56 10 ³ /uL	1.18*3.74
MONOCITOS	0.59 10 ³ /uL	0.24*0.86
BLASTOS	0.00 10 ³ /uL	
PROMIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
NRBC %	0.00 %	

21/01/2024 06:31H

ELECTROLITOS

Código: **80051** Prueba: **ELECTROLITOS SERICOS**
 Tecnólogo Médico: **HURTADO QUISPE LUZ MELINA**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **21/01/2024 06:35**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
ELECTROLITOS SÉRICOS	:	
SODIO	140.9 mmol/l	136.0*146.0

PAG 1 DE 2

COLORO	110.0 mmol/l	98.0*106.0
POTASIO	3.50 mmol/l	

Código: **86140** Prueba: **PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA**
 Tecnólogo Médico: **MORENO REYES LISSET KATHERINE**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **21/01/2024 06:04**

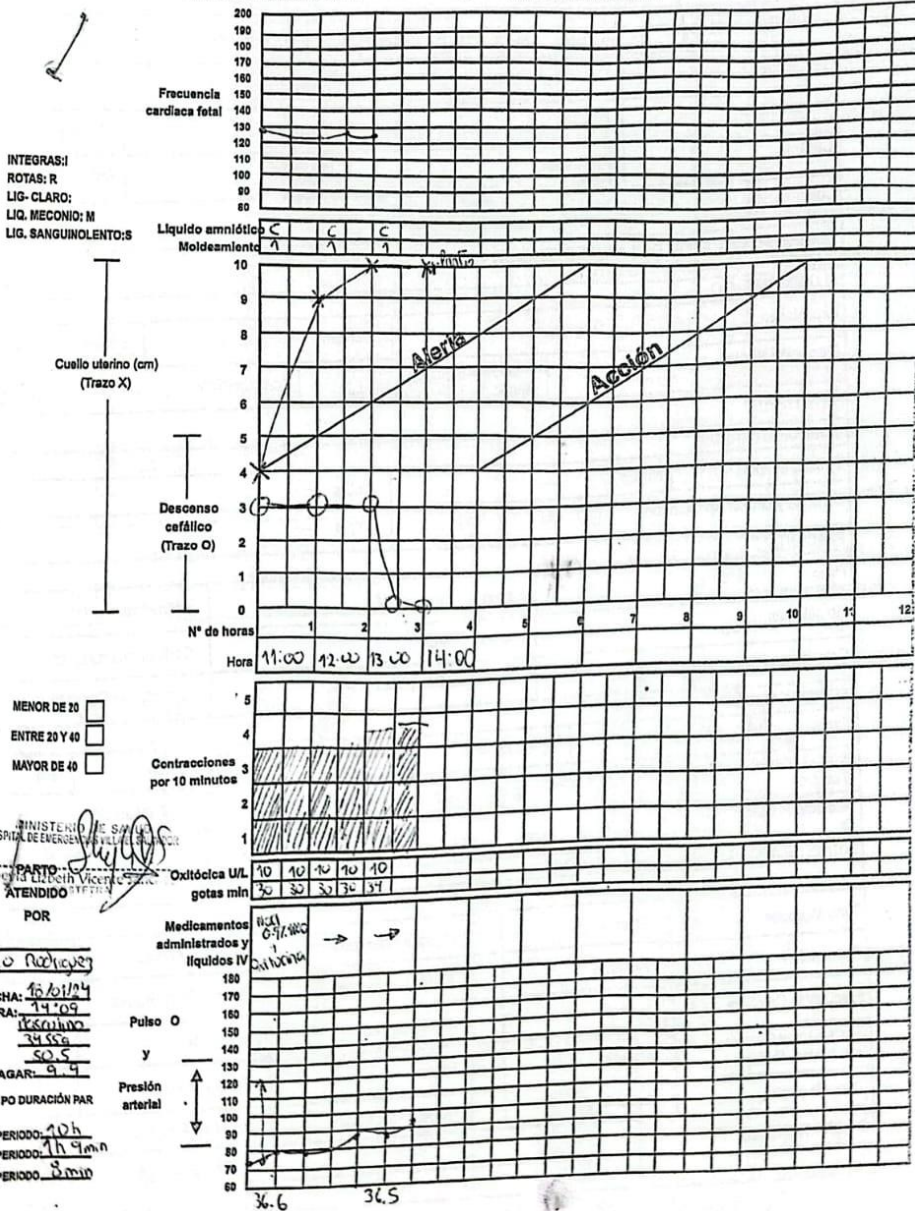
ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
PROTEINA C REACTIVA	21.32 mg/L **	0 - 5

HEMOGRAMA

Código: **85027** Prueba: **HEMOGRAMA COMPLETO**
 Tecnólogo Médico: **SANTOS MARMOLEJO JUAN DANIEL**
 Fecha toma de muestra:
 Fecha resultado: **21/01/2024 09:13**

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HEMOGRAMA COMPLETO	:	
HEMOGLOBINA	8.8 g / dl	11.2 ^{15.7}
HEMATOCRITO	25.60 %	34.10 ^{44.90}
HEMATIES	2.95 10 ⁶ /uL	3.93 ^{5.22}
RDW - SD	43.00 fl	
RDW - CV	13.80 %	11.60 ^{14.40}
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	86.80 fl	79.40 ^{94.80}
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.80 pg	25.60 ^{32.20}
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	34.40 g / dl	31.80 ^{35.40}
RECUESTO DE PLAQUETAS	220.00 10 ³ /uL	182.00 ^{369.00}
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.70 fl	9.40 ^{12.30}
LEUCOCITOS	10.12 10 ³ /u	3.98 ^{10.04}
EOSINFILOS	2 %	1 ⁶
BASOFILOS	0 %	0 ¹
MIELOCITOS	0 %	
METAMIELOCITOS	0 %	
ABASTONADOS	0 %	0 ⁵
SEGMENTADOS	75 %	34 ⁷¹
LINFOCITOS	18 %	19 ⁵²
MONOCITOS	5 %	5 ¹³
BLASTOS	0 %	
PROMIELOCITOS	0 %	
SUMA DE RECUESTO DIFERENCIAL %	100 %	
EOSINFILOS	0.20 10 ³ /uL	0.04 ^{0.36}
BASOFILOS	0.04 10 ³ /uL	0.01 ^{0.08}
MIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
METAMIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
ABASTONADOS	0.00 10 ³ /uL	
SEGMENTADOS	7.59 10 ³ /uL	1.56 ^{6.13}
LINFOCITOS	1.82 10 ³ /uL	1.18 ^{3.74}
MONOCITOS	0.51 10 ³ /uL	0.24 ^{0.86}
BLASTOS	0.00 10 ³ /uL	
PROMIELOCITOS	0.00 10 ³ /uL	
NRBC %	0.00 %	

Fecha ingreso: 18/01/14 Hora de Ingreso: 05:20 Mlemb. Rotas: 1000/1000



ANEXO 10. Registro de Transfusiones

ANTECEDENTES (Nº)

- Uso de Drogas EV Alergia Medicamentosa Diálisis Lues
 Otras Alergias Linfogramuloma venéreo Hepatitis Asma
 Contacto sexual de riesgo Consumo de alcohol Gonorrea Otros

TRANSFUSIONES PREVIAS (Nº)

FECHA	Nº UNIDAD	COMPONENTES	REACCIONES ADVERSAS	LUGAR	OBSERVACIONES

CONDUCCION DE LA TRANSFUSION: (Nº)

	Lote (1)	Lote (1)	Lote (2)	Lote (2)	Lote (3)	Lote (3)	Lote (4)	Lote (4)	Lote (5)	Lote (5)
Hora:	1540	1555								
Presión Sanguínea	120/80	120/60								
Frecuencia del pulso	80	80								
Respiraciones	12	12								
Temperatura	36	36								
Palidez/hematocrito										
Cianosis	/	/								
Sangrado /Plaquetas										
Volumen de sangrado										

*DETERMINABLE EN SALA DE OPERACIONES

ESTADO CLINICO: en un 100%

- Estado de Conciencia : Consciente Somnoliento o Desorientado Coma
 Estado Cardiovascular : Normal Infarto de miocardio, HTA, Valvulopatía, Angina
 Estado Pulmonar : Normal Enfermedad Parenquimal Pulmonar, Asma EPOC

REACCIONES ADVERSAS (Nº)


- Dolor Sub Esternal () Fiebre () Urticaria () Otros ()
 Hemoglobinemia () Escalofríos () Tos ()
 Sangrado en Capa () Hipotensión () Disnea ()


 Enfermera


 Dra. Maritza Fernández Rojas
 Médico Acreditado
 C.R.P. RNS-046607

Ley 26454 Art 28: La transfusión de sangre humana con fines terapéutico, constituye un Acto Médico que debe llevarse a cabo después de un estudio racional y específico de la patología.

CS Escaneado con CamScanner

 Hospital de Emergencias VILLA EL SALVADOR	BANCO DE SANGRE TIPO II		Código	BS-EG05-FR27
	HOJAS DE CONDUCCION MÚLTIPLE		Versión	V02
			Fecha	01-02-2022
			Página	01 de 02

FECHA: 18/01/24

Lote	SNC	Componente:	PG	PFC	PQ	Crío	GS Y Rh:
Lote (1): HUB 2021004	SNC: 170966	Componente:	PG X	PFC	PQ	Crío	GS Y Rh: O+
Lote (2): HUB 2021004	SNC: 170998	Componente:	PG X	PFC	PQ	Crío	GS Y Rh: O+
Lote (3): HUB 2021004	SNC: 171089	Componente:	PG	PFC X	PQ	Crío	GS Y Rh: O+
Lote (4): HUB 2021004	SNC: 171021	Componente:	PG X	PFC	PQ	Crío	GS Y Rh: O+
Lote (5): HUB 2021004	SNC: 171065	Componente:	PG X	PFC	PQ	Crío	GS Y Rh: O+

ANTECEDENTES (no)

- Uso de Drogas EV Alergia Medicamentosa Diálisis Lues
 Otras Alergias Linfogramuloma venéreo Hepatitis Asma
 Contacto sexual de riesgo Consumo de alcohol Gonorrea Otros

TRANSFUSIONES PREVIAS (no)

FECHA	N° UNIDAD	COMPONENTES	REACCIONES ADVERSAS	LUGAR	OBSERVACIONES

CONDUCCION DE LA TRANSFUSION:

	Lote (1)	Lote (1)	Lote (2)	Lote (2)	Lote (3)	Lote (3)	Lote (4)	Lote (4)	Lote (5)	Lote (5)
Hora:	14:40	14:55	15:00	15:20	15:40	15:55	15:40	15:55	16:20	16:55
Presión Sanguínea	90/60	90/60	90/60	100/60	90/60	110/60	107/60	110/60	107/60	110/60
Frecuencia del pulso	70	70	70	70	80	80	80	80	80	80
Respiraciones	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Temperatura	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
Palidez/hematocrito	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cianosis	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Sangrado /Plaquetas	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Volumen de sangrado										

*DETERMINABLE EN SALA DE OPERACIONES

ESTADO CLINICO: en VM

- Estado de Conciencia : Consciente Somnoliento o Desorientado Coma
 Estado Cardiovascular : Normal Infarto de miocardio, HTA, Valvulopatía, Angina
 Estado Pulmonar : Normal Enfermedad Parenquimal Pulmonar, Asma EPOC

REACCIONES ADVERSAS (no)

- Dolor Sub Esternal () Fiebre () Urticaria () Otros ()
 Hemoglobinemia () Escalofríos () Tos ()
 Sangrado en Capa () Hipotensión () Disnea ()

Hospital de Emergencias
 WILLY RAMA VILLALBA
 LA NIÑANITA WILLY RAMA VILLALBA
 Calle 100 N° 100-100
 Bogotá D.C. - Colombia
 Teléfono: (57) 310 450 450
 Fax: (57) 310 450 450
 Enfermera

Dra. Mariana Fernández Rojas
 Médica Anestesióloga
 CMP 15101
 Médico

Ley 26454 Art 28: La transfusión de sangre humana con fines terapéutico, constituye un ACTO MÉDICO que debe llevarse a cabo después de

