



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRA**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO:

**CONDUCTA OBSTETRICA EN HEMORRAGIA POST PARTO Y ATONIA
UTERINA**

AUTOR

GUSTAVO ANDRES ALVAREZ RODRIGUEZ

TUTOR

DRA. KATTERINE VÁSQUEZ BONE

BABAHOYO- LOS RÍOS- ECUADOR

2022

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	3
DEDICATORIA	4
TEMA:	5
RESUMEN	1
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	9
I. MARCO TEÓRICO	10
Factor de riesgo:	10
Factores de Riesgo para Hemorragia Posparto	11
Clasificación	11
Características socio demográficas	12
Antecedentes gineco obstétricos.	13
Hemorragia post parto en embarazos anteriores.....	14
Fisiología de las contracciones uterinas.	15
Prevención De la HPP	16
Complicaciones	17
Atonía Uterina	17
1.2. OBJETIVOS	20
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	20
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1.3. DATOS GENERALES	21
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	22
2.1. Análisis del motivo de consulta	22
2.2. Principios datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	23
2.3. Examen físico (exploración clínica).....	23
2.4. Información de exámenes complementarios realizados	25
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	25
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	26
2.8. Seguimiento.....	27
2.9. Observaciones o recomendaciones	28
CONCLUSIONES.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS.....	32

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradezco a Dios por la oportunidad de poder culminar mi período universitario y alcanzar mis objetivos propuestos. También agradezco a mis padres que son mi principal motivación, por el apoyo y porque siempre estuvieron para poder cumplir cada propósito que me he trazado.

Gracias a los docentes que he conocido a lo largo de este proceso, han aportado con su conocimiento para yo poder aprender y poder conseguir mi título profesional.

DEDICATORIA

Este caso de estudio va dedicado en primer lugar a Dios quien me ha permitido poder alcanzar este objetivo principal que es obtener mi título profesional y sobre todo poder realizar lo que me gusta.

A mis padres que han estado presentes en todos los momentos de mi vida y, que están apoyándome siempre, aconsejándome y sobre todo guiándome y transmitiéndome buenos valores para ser cada día una mejor persona.

TEMA:

“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN HEMORRAGIA POST PARTO Y ATONÍA
UTERINA”

RESUMEN

En este caso de estudio se va a tratar sobre una paciente que presenta hemorragia post parto y atonía uterina. Lo cual se lo realizo con el propósito de identificar los principales factores de riesgo asociados a esta conducta obstétrica.

La hemorragia postparto es una de las dificultades obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo.

Mundialmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia postparto precoz (HPP) sucede durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía.

Conocer las poblaciones en riesgo y los factores desencadenantes resulta primordial, pues esta patología es altamente prevenible y debemos estar preparados para enfrentar este tipo de complicaciones.

El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. Favorablemente, es evitable en la mayoría de los casos si se continúa una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos.

Conocer las poblaciones en riesgo y los factores desencadenantes resulta primordial, pues esta patología es altamente prevenible y debemos estar preparados para enfrentar este tipo de complicaciones.

Palabras claves: hemorragia postparto, diagnóstico, tratamiento, atonía uterina, muerte materna.

ABSTRACT

This case study will deal with a patient presenting postpartum hemorrhage and uterine atony. This was done with the purpose of identifying the main risk factors associated with this obstetric behavior.

Postpartum hemorrhage is one of the most feared obstetric difficulties and is one of the three leading causes of maternal mortality in the world.

Globally it is defined as blood loss greater than 500 ml after vaginal delivery or 1,000 ml after cesarean section. Early postpartum hemorrhage (PPH) occurs during the first 24 hours after delivery and is usually the most severe. Causes of PPH include uterine atony, trauma/lacerations, retained products of conception, and coagulation disorders, with atony being the most common.

It is essential to know the populations at risk and the triggering factors, since this pathology is highly preventable and we must be prepared to face this type of complications.

Diagnosis is clinical and treatment should include general life support measures and other more specific measures of an etiological nature. Favorably, it is avoidable in most cases if an adequate strategy of active and systematic prevention is continued in the delivery phase of all deliveries.

It is essential to know the populations at risk and the triggering factors, since this pathology is highly preventable and we must be prepared to face this type of complications.

Key words: postpartum hemorrhage, diagnosis, treatment, uterine atony, maternal death.

INTRODUCCION

La hemorragia postparto (HPP) es una de las complicaciones obstétricas más aterrorizantes que pueden surgir en el puerperio. Continúa siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, en especial en países en vías de desarrollo.

Se estima que la HPP ocurre en 4% de los partos vaginales y en 6% de los partos por cesárea; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se presentan entre 14 a 20 millones de complicaciones maternas por HPP anuales. El 20.8% de las muertes maternas en Latinoamérica se deben a complicaciones hemorrágicas. (Segunda causa de muerte materna). Esta es una de las patologías más significativas del complejo materno-fetal, sobre todo en el manejo materno, ya que su incidencia es alta, parece ser más habitual en países en vías de desarrollo, debido a múltiples factores socioeconómicos y culturales, así como a posibles carencias relacionadas a la atención médica, que incurren en deficiencias en el control prenatal de las mujeres gestantes.

También a la falta de recursos, y de instituciones de atención especializada, y/o centros de referencia con mayor capacidad de resolución.

Este estudio de caso se realizó con el fin de proteger las vidas, tanto del neonato como el de la madre. Debemos conocer correctamente como afrontar este tipo de pacientes, los métodos y las aplicaciones prácticas van de la mano para obtener un buen resultado.

I. MARCO TEÓRICO

La Hemorragia Post parto (HPP) según la OMS, se define como la pérdida de 500 ml de sangre o más, a través del tracto vaginal que se produce en el período intraparto o postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10 % o más en las primeras dos horas posparto. En la actualidad se considera que cualquier pérdida de sangre que conlleve a una alteración hemodinámica de la paciente debe ser considerada como HPP. Algunos consideran 500 ml como punto de corte y estiman que el promedio de pérdida de sangre de partos vaginales con feto único es de 500 ml. (Cabrera, 2010)

Es importante tener en cuenta que las estimaciones clínicas acerca de la cantidad de pérdida sanguínea tienden a subestimar el volumen real de pérdida entre un 43 a un 50%; motivo por el cual la incidencia de HPP varía en los diferentes estudios entre 2.5 a 16%, por lo que se puede insinuar que cualquier pérdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica, puede considerarse como una hemorragia post parto, es una causa frecuente de mortalidad materna. (Cabrera, 2010)

Factor de riesgo:

Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. (Karlson, 2009)

Estos factores de riesgo (biológico, ambiental, de comportamiento, socioculturales, económicos, etc.) pueden sumarse contantemente, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción. Es importante identificar a la paciente portadora de factores de riesgo que podrían llevarla a presentar hemorragia postparto. (Karlson, 2009)

Factores de Riesgo para Hemorragia Posparto

La principal causa de hemorragia obstétrica es la hemorragia posparto, evento que si no es tratado adecuadamente lleva a la muerte en cuestión de horas. (Karlson, 2009)

Tradicionalmente los factores que se han considerado como predisponentes para sufrir una hemorragia posparto son: la preeclampsia, el trabajo de parto prolongado, el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, los antecedentes de hemorragia posparto, el embarazo múltiple, la macrosomía y la multiparidad. Sin embargo, la identificación de dichos factores no siempre es de utilidad porque en dos tercios de los casos la hemorragia se presenta en pacientes sin riesgo. (Karlson, 2009)

La probabilidad de morir se desarrolla en forma importante cuando la mujer llega con anemia al momento del parto, situación frecuente en estos países; una mujer en estas condiciones puede morir con pérdidas sanguíneas tan bajas como 250 a 500 cc. Las estrategias planteadas a nivel mundial para prevenir las muertes por esta causa son desiguales y en algunos casos la recomendación es realizar más estudios acerca del tema. (Karlson, 2009)

Clasificación

- Hemorragia post parto inmediata: Es la que se produce en las primeras 24 horas posterior al nacimiento.
- Hemorragia post parto tardía: Es la que se produce después de las 24 horas, hasta los diez primeros días de ocurrido el nacimiento
- Hemorragia del puerperio alejado: Es la que se produce después de los primeros
- Hemorragia del puerperio tardío: Es la que se produce después de los 45 días hasta los 60 días.

Es de interés evaluar la hemorragia que se presenta en el puerperio inmediato, por considerarse que está presente el personal de salud en el momento que ocurre y así valorar el cumplimiento de la norma de atención de complicaciones obstétricas, y la premeditación de los factores que pueden desencadenar la complicación, tanto antes del parto como en el momento del parto, como son: la preeclampsia, el trabajo de parto prolongado, el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, los antecedentes de hemorragia posparto, el embarazo múltiple,

la macrosomía y la multiparidad, episiotomía medio lateral, entre otros. (García, 2014)

Características socio demográficas

Es una característica del estado social de las personas. Por lo tanto, resalta en la diversidad de aspectos que permiten a la persona interactuar con otras personas, para lo que son esenciales la existencia de otros con conciencia de sí mismos, el lenguaje y la intención de comunicar. Es un componente esencial para la vida y el desarrollo humano al resultar imposible ser humano en solitario. (García, 2014)

1. **Edad:** Con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. En este caso se refiere al tiempo que han vivido las personas hasta el día de realizar el estudio. (García, 2014)

La edad óptima para concebir se estima entre los 19 a los 35 años por lo tanto un embarazo fuera de los valores mínimos o máximos puede generar complicaciones que atentan contra el bienestar del binomio. (García, 2014)

Así que dentro de los problemas ligados a la inmadurez de la adolescente se debe hablar de embarazo en la adolescencia precoz a los que surgen antes de los 15 años en los que las complicaciones de todo tipo son mucho más frecuentes y graves como secuela las muertes maternas en adolescentes representan un tercio de la mortalidad materna total. (García, 2014)

Asimismo, como el embarazo en una mujer que supere los 35 años, los que también conllevan a dificultades médico-quirúrgicas durante el embarazo, parto y puerperio. (García, 2014)

2. **Escolaridad:** Grado de educación formal obtenido en las instituciones. La escolaridad es un factor de riesgo importante en la detección de posibles complicaciones durante el parto, tomando en cuenta que la muerte materna es una condición que se produce en los grupos más vulnerables de la sociedad, como resultado de las inequidades económicas y sociales imperantes, por lo tanto entre mayor grado de escolaridad tenga la mujer mayor será la comprensión de la importancia de prevención de los

diferentes factores que le pueden llevar a complicaciones durante el parto y así evitar la muerte. (Toledo, 2014)

3. **Procedencia:** Origen, principio de que algo procede. Los principales factores están relacionados a las dificultades geográficas, que presentan las mujeres principalmente de áreas rurales para acceder a servicios de salud de calidad. Sumado a los problemas de accesibilidad y utilización de servicios de salud para la atención del parto, se agrega que existe una atención diferenciada, dependiendo del nivel socioeconómico de la embarazada. La procedencia es uno de los factores de riesgo más frecuente asociado con la mortalidad materna ya que es en este ámbito donde el efecto de las tres demoras afecta a la población. (Toledo, 2014)
4. **Estado civil:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. El estado civil de las mujeres es factor importante para la prevención de complicaciones durante el parto, así que una mujer legalmente casada o con la existencia de un compañero fijo, tendrá mayor apoyo emocional y económico, por lo tanto, llevará a cabo un embarazo planeado, controlado y por consiguiente con detección oportuna de factores de riesgo. (Toledo, 2014)

Es normal en nuestro país que la mayoría de las mujeres adolescentes establece uniones consensuales en lugar de uniones formales, por lo tanto, las mujeres que se unen a una edad temprana probablemente serán también madres a una edad temprana y por tanto con riesgo de complicaciones, a menos que practiquen la planificación familiar para aplazar su primer nacimiento. (Toledo, 2014)

Antecedentes gineco obstétricos.

Antecedente es un término que proviene de un vocablo latino y sirve para referirse a aquello que antecede. En este caso se refiere a los antecedentes

ginecológicos y obstétricos de las gestantes en estudio los que en el Grafico 1 se precisa que:

- Edad de la primera menstruación espontánea (menarquía).
- Edad en la que la mujer dejó en forma natural de menstruar (menopausia)
- Características de las menstruaciones.
- Información de los embarazos: (G = número de embarazos; P = partos; A = abortos)
- Parto de término, Parto de pretérmino o prematuro, Aborto
- Métodos anticonceptivos
- Otras informaciones: fecha del último frotis cervical (Papanicolaou o PAP) y de la última mamografía.

Paridad: Es un factor importante para la hemorragia post parto, sobre todo en la Multiparidad, debido a que las fibras musculares se han estirado hasta el punto en que no pueden retraerse con rapidez y contraerse con la firmeza apta para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto. (Toledo, 2014)

Aborto: Es la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500 gramos de peso, que alcanza las 22 semanas. La mayoría de estos eventos ocurren súbitamente sin poderlos prevenir y si la mujer no recibe tratamiento a tiempo probablemente resultará incapacitada o morirá, las complicaciones del embarazo son comunes, un 50 a 70% de todos los óvulos fertilizados se pierden de forma espontánea, generalmente antes que la mujer sepa que está embarazada. (Toledo, 2014)

GRAFICO 1.

Hemorragia post parto en embarazos anteriores.

La hemorragia post parto se detalla como la perdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal, mayor de 1000 cc después de una operación cesárea, la caída en un 10% de los niveles de hematocrito con respecto a los niveles de hematocrito antes del parto o la cesárea o la perdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia. (Toledo, 2014)

Las mujeres que han tenido un incidente hemorrágico en partos anteriores tienen mayor riesgo de sufrirlo nuevamente en embarazos futuros y más aún si el período intergenésico es menor al recomendado, por lo que es un antecedente de suma importancia para la atención que debe recibir, como la identificación y corrección de la anemia en el embarazo, el manejo activo del tercer período del parto y la acción inmediata cuando se presenta una hemorragia en el post parto inmediato, la proporción de madres que mueren depende de que se dispense rápidamente la atención adecuada. (Toledo, 2014)

Fisiología de las contracciones uterinas.

La contracción uterina está favorecida por la estructura de las células miometriales, que durante la gestación aumentan hasta en 10 veces su tamaño. Están dotadas de una profusión de miofibrillas insertadas en el sarcoplasma, y poseen receptores intracelulares específicos para estrógenos y progesterona. Pero también existen otros muchos receptores como los adrenérgicos, prostaglandinas y sobretodo oxitocina. (Quinga, 2012)

Estos últimos aumentan de forma progresiva durante el embarazo, alcanzando en el momento del parto valores 100 veces mayores a los previos a la gestación. Aunque cada una de las células es una unidad funcional, éstas no están aisladas, sino que forman un sincitio, lo que es fundamental para asegurar la transmisión de la contracción. Es decir, cada célula posee una doble membrana que las separan de la vecina, está dotada de repliegues que aumentan su superficie favoreciendo el intercambio iónico. Al final de la gestación aparecen unos puentes (gap- junctions) entre las células para que se sincronicen. El sistema contráctil del Miometrio es semejante a la de la musculatura estriada, se basa en la liberación de energía producida por la reacción del ATP, actomiosina (actina + miosina) e iones (Ca y Na). La unión entre actina y miosina es esencial para que se produzca la contracción. (Quinga, 2012)

El calcio es el factor fundamental en todo el proceso. Las células musculares del Miometrio se contraen o se relajan en directa dependencia de la concentración que el ion calcio alcanza a nivel intracelular. La acción hormonal también es importante para que la fibra muscular uterina adquiera su capacidad de contraerse durante el parto. En el grafico 3 se especifican más los factores que toman acción en el proceso de contracción uterina.

- Estrógenos: son los responsables de la síntesis de miosina durante la gestación, también elevan el potencial de membrana haciendo la contracción más eficaz.
- Progesterona: al contrario que los estrógenos, favorecen la relajación uterina, inhiben la formación del gap junctions, incrementa la formación de receptores beta- adrenérgicos (es decir bloquea la contracción)
- Oxitocina: fundamentalmente favorece el transporte de Ca en la membrana celular (favorece la contracción) La vida media de la oxitocina es muy corta de ahí la importancia de tener muchos receptores de oxitocina para poder rentabilizarla al máximo
- Prostaglandinas: aumentan la permeabilidad de la membrana celular al calcio. Son las PG E y f2α las que realmente tiene poder oxitócico.

(Quinga, 2012)

Prevención De la Hemorragia post parto

La medida preventiva más efectiva corresponde al manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto. Para ello se realizan tres intervenciones: administración de un medicamento uterotónicos tras la salida del hombro anterior, masaje uterino, y tracción manual del cordón umbilical. Esta última se realiza de manera segura mediante la maniobra de BrandtAndrews, con tracción firme del cordón umbilical y contrapresión suprapúbica con la otra mano. Dichas medidas reducen el riesgo de HPP en un 60%, disminuyendo así los casos de anemia posparto y necesidad de transfusión. (Gaitan, 2020)

El uso profiláctico del uterotónico oxitocina por infusión intravenosa en bolo o inyección intramuscular de 10U sigue siendo la medida más efectiva y con menores efectos adversos sobre otros fármacos (18). En caso de no poseer oxitocina,

Sin embargo, esta última se encuentra contraindicada en pacientes con hipertensión arterial, incluido preeclampsia, eclampsia y cardiopatías. Además, no se ha demostrado que el uso de oxitocina en combinación a otro uterotónico sea más efectivo que la oxitocina sola como profilaxis de HPP. Las estrategias principales para la prevención de la progresión de HPP deben incluir el manejo

adecuado de la labor de parto, el uso conservador de uterotónicos y la restricción del uso de parto operatorio y quirúrgico (Gaitan, 2020)

Complicaciones

La hemorragia que requiere transfusión sanguínea se considera la primera causa de morbilidad materna severa. Una resucitación primaria inefectiva con hipoperfusión pone a la paciente en riesgo de desarrollar acidosis láctica y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. (Fumero, 2020)

Secuelas secundarias incluyen: síndrome de distrés respiratorio del adulto, shock, coagulación intravascular diseminada, falla renal aguda y pérdida de fertilidad. Asimismo, se ha reportado riesgo aumentado para:

- ❖ Histerectomía periparto
- ❖ Evento tromboembólico (trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, infarto al miocardio, ictus).
- ❖ Síndrome de Sheehan
- ❖ Síndrome compartimental abdominal
- ❖ Síndrome de Asherman
- ❖ Anemia severa posparto
- ❖ Trastorno de estrés postraumático

Por tanto, el seguimiento tras la resolución del cuadro hemorrágico requiere monitoreo no invasivo de signos vitales y búsqueda de datos que sugieran anemia. (Fumero, 2020)

Atonía Uterina

La atonía uterina se define como la incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento, lo que conlleva una falta de hemostasia del lecho placentario, con la consiguiente hemorragia excesiva en el postparto inmediato (más de 500 ml de sangre tras parto vaginal o más de 1000 ml tras cesárea en las primeras 24 horas). Constituye una verdadera emergencia, ya que este sangrado está asociado a clínica, originando hipovolemia, inestabilidad hemodinámica y shock. Siendo la principal causa de muerte materna en todo el mundo, especialmente en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. (Peralta, 2016)

1.1. JUSTIFICACIÓN

A pesar que la maternidad se compone como una de las prioridades de salud a nivel mundial en muchos casos el resultado obtenido no es el esperado, puesto que se presentan complicaciones obstétricas que ponen en riesgo la vida del binomio, una de ellas corresponde a la hemorragia post parto, la que se encuentra entre las tres primeras causas.

Este estudio es de interés para evidenciar los factores asociados a la hemorragia post parto en las pacientes atendidas y servir como fuente de información para el personal de salud a fin de mejorar la vigilancia del cumplimiento de normas y protocolo, actualización de conocimientos y prácticas que garanticen un parto

con mínimos riesgos a través de la excelencia del cuidado, también se podrá utilizar como una herramienta de medición para la unidad de salud evaluada.

Además, los resultados podrían servir como marco de referencia de futuras investigaciones que tengan la finalidad de mejorar la calidad de atención materno perinatal y como antecedente válido para investigaciones relacionadas con la temática planteada.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados a una conducta obstétrica en hemorragia post parto y atonía uterina.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores socio demográficos asociados a la aparición de hemorragia post parto y atonía uterina.
2. Definir la relación entre los antecedentes gineco obstétricos y la aparición hemorragia post parto y atonía uterina.

1.3. DATOS GENERALES

Nombres completos: XXX	Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 04/01/1992	Edad: 30 años
Nacionalidad: Ecuatoriana	Estado civil: Casada
Nivel de estudio: Tercer Nivel	Ocupación: Docente
Dirección: Palenque	Raza: Mestiza
Nivel sociocultural/económico: medio	Religión: No refiere
Fecha de ingreso: 02/10/2021	FUM: 18/12/2020

Fuente: Historia Clínica del Hospital Martín Icaza

Elaborado por: Gustavo Álvarez Rodríguez

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 30 años de edad cursa embarazo de 39 semanas de gestación está orientada en tiempo y espacio, llega al servicio de emergencia obstétrica desde el C.S de Palenque por cuadro clínico caracterizado por dolor hipogastrio de moderada intensidad, indicado a región lumbosacra más sangrado transvaginal de moderada cantidad.

Paciente se le observa a su llegada pálida, sudorosa, con tendencia a la hipotensión arterial, taquicardica. Se le manda a realizar múltiples exámenes para análisis de: laboratorio, seguimiento de signos vitales como: presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación, alerta proteinuria y score mama.

Antecedentes familiares:

- **Madre:** no refiere
- **Padre:** no refiere

Antecedentes personales: No refiere

Esquema de inmunizaciones: 2 dosis

Alergias: Polvo y algunos detergentes.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

- Gestas 2
- Abortos 1
- Cesarea 0
- Hijos vivos 2
- Menarquia: 11 años
- Uso de anticonceptivo: T de cobre
- FUM: 18/12/2020

HÁBITOS NOCIVOS

- Drogas: Niega
- Alcohol: Niega
- Fuma: Niega

2.2. Principios datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente femenino de 30 años de edad que acudió al área de emergencia obstétrica del Hospital Martín Icaza de Babahoyo referida de un C.S. de Palenque; al momento de la inspección la paciente estaba orientada en tiempo y espacio, colaboró con el interrogatorio, refiere que su fecha de última menstruación: 18/12/2020; refirió que llevaba sus controles mensuales en un Centro de Salud en Palenque. Presentó cuadro clínico de ± 2 días de evolución caracterizado por dolor tipo contráctil en hipogastrio de moderada intensidad que se irradió hacia la región lumbosacra + expulsión de tapón mucosanguinolento.

Al examen obstétrico: presenta abdomen globuloso compatible con útero gestante, se realizó maniobras de Leopold: Producto único vivo cefálico dorso longitudinal izquierdo, por altura del fondo uterino: 39 semanas.

Al tacto vaginal: dilatación: 6cm; borramiento: 60%; membranas: íntegras, primer plano de Hodge. Presencia de actividad uterina de 3 en 10 de 20 segundos cada una. Al monitoreo fetal reveló un RCTG con Frecuencia Cardíaca Fetal en línea basal de 150 latidos por minutos.

2.3. Examen físico (exploración clínica)

1. Signos vitales:

- Frecuencias cardiaca: 60 lpm
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm
- Temperatura: 36.8 °C
- Presión arterial: 98/65 mmHg
- Saturación de Oxígeno: 99%

2. Cabeza:

- Normocéfalo.
- Conjuntivas normales.
- Vías aéreas permeables.

3. Tórax :

- Simétrico, no masas visibles ni palpables. Campos pulmonares ventilados, no agregados
- Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, terceros ni cuartos ruidos.

4. Extremidades:

- Simétricas, sin adenopatías palpables.

5. Tacto Vagina:

- 6 cm de dilatación y 60% de borramiento

6 abdomen:

- Altura uterina 39 cm, feto, único, vivo, cefálico, dorso izquierdo con presencia de actividad uterina de 3 en 10 de 20 segundos cada una, latidos cardiacos fetales 150 x min.

7. Axilas:

- Mamas: simétricas, areolas pigmentadas, no se evidencia tumores
- Movimientos fetales presentes.

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Descripción:

- Hemoglobina: 7.7
- Hematocrito: 24
- Glóbulos rojos: 4.100.000
- Glóbulos blancos: 9.26
- Neutrófilos: 81.7
- Eosinófilos: 0.1
- Plaquetas: 109
- Grupo sanguíneo: O
- Factor RH: Positivo
- Vpm:9.3
- Tiempo de coagulación: 9 min y 55 segundos

QUIMICA SANGUINEA

Descripción:

- Glucosa: 78.00
- Creatinina: 1.0
- Urea: 12.1

REGISTRO CARDIOTOCOGRAFICO

Descripción:

- Dinámica uterina: 9 min y 55 segundos
- Variabilidad: presente
- Aceleraciones y desaceleraciones: dentro del parámetro normal
- Frecuencia cardiaca fetal: 150 latidos por minutos.

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Paciente de 30 años de edad embarazo de \pm 39 semanas de gestación por fum, presento trabajo de parto fase activa bajo normas de asepsia y antisepsia posterior a realizar episiotomía media lateral derecha se atiende parto eutócico cefalovaginal obteniéndose recién nacido único vivo masculino, Apgar 8-9, peso 2540 gramos, talla 48.5 cm, pc 33 cm.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Retención de restos placentarios, presencia de rotura uterina, trastorno de la coagulación.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Hemorragia post parto por Atonía uterina.

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Se realiza parto obteniéndose placenta tipo Shultze y membranas completas a los 10 minutos posteriormente se aplica manejo activo del tercer periodo por complicación de atonía uterina se presenta hemorragia post parto que se corrige con uterotónicos, se administra ergometrina intramuscular oxitocina 2^o UI en cloruro de sodio, se administra ácido tranexámico obteniéndose pérdida hemática aproximadamente 700 cc se procede a reparar episiorrafia.

Ante la pérdida hemática se decidió transfundir 1 unidad de glóbulos rojos concentrados, y por no haber conseguido la hemostasia absoluta por hipotonía uterina se decide la colocación de traje antishock. Puede ser trasladada a sala después de 2 horas de post operatorio. Signos vitales estables score mama 0.

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud,

considerando valores normales.

El tiempo de espera del periodo del alumbramiento indicado por las guías de Atención del Parto del (MSP) es de 15 a 30 minutos.

Se considera hemorragia cuando la pérdida de sangre en un parto vaginal es superior a 500 ml. La hemorragia masiva postparto es la principal causa de muerte materna, y generalmente se deben al desarrollo del shock hipovolémico y sus consecuencias, principalmente el síndrome de falla orgánica múltiple, cuyo manejo requiere terapia transfusional, restitución plasmática y en ocasiones la cirugía. La hemorragia durante el parto incluye una gran variedad de eventos fisiopatológicos, como el desprendimiento de placenta, la placenta previa y la hemorragia postparto.

Debemos intentar identificar la causa de la hemorragia e inicie los tratamientos específicos de acuerdo a la causa: Verifique la expulsión completa de la placenta, examínele para tener la certeza de que está íntegra, examine el cuello uterino, la vagina y el perineo para detectar desgarros, considere la posibilidad de coagulopatía.

2.8. Seguimiento.

Paciente de 30 años de edad múltipara, cursa con embarazo de 39 semanas por FUM, sin antecedentes patológicos personales, familiares ni quirúrgicos, acude a la emergencia del Hospital General Martin Icaza, refiriendo dolores bajo vientre de +/- 2 días de evolución acompañado de perdida de moco con sangre, refiriendo movimientos fetales activos.

Se procede a realizar valoración gineco-obstétrica confirmando al tacto vaginal una dilatación (6cm), borramiento del 60%, membranas integras, altura uterina 40cm, contracciones uterinas 3 en 10 de 20 segundos regulares. Se realiza rastreo ecográfico, producto único vivo cefálico dorso izquierdo, se realiza el ingreso de la paciente a sala de observación en el área de labor de parto sin aparente dificultad. FC: 65 LPM, PA: 158/99, SAT. O2: 99%, TEMPERTURA: 36 °C, FR: 20 RPM. Es llevada a quirófano ya que llevo a la dilatación adecuada para dar alumbramiento por método eutócico.

Da como resultado único producto vivo de sexo masculino. Presentó Hemorragia Post Parto por lo que fue controlada con administración de uterotónicos, refirió

dolor en hipogastrio que se irradia a región lumbosacra, se le transfunde 1 unidad de glóbulos rojos concentrados, paciente con traje antishock.

Paciente hemodinámicamente estable, orientada en tiempo y espacio, con signos vitales estables, cumplidas las 24 horas de traje antishock se considera paciente fuera de peligro por lo que se decide retirar traje de antishock según el protocolo, retirando cada segmento en espacios de 20 minutos, manteniéndose clínicamente estable y se observa útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, paciente continua estable con signos vitales normales, razón por la que pasa a sala de maternidad.

2.9. Observaciones o recomendaciones

Una vez revisadas múltiples fuentes de información con la finalidad de tener una mejor comprensión del tema se pueden evidenciar que la capacitación del personal de salud siempre debe ser oportuna, conocer sobre los factores de riesgos tanto de una hemorragia postparto como de una retención placentaria y patologías asociadas es de gran ayuda.

Cabe destacar que cada actividad a realizarle fue explicada a la paciente y sus familiares para así poder obtener su respectivo consentimiento y además esto también ayude a que tome conciencia de la gravedad y el riesgo que corre su vida, viendo necesaria una planificación familiar. Ya que la prevención de esta complicación es la mejor alternativa para evitarla.

CONCLUSIONES

Se da por concluido este estudio de caso sobre hemorragia posparto, definiendo que este es un tema crucial y que todos los profesionales de la salud debemos tener el conocimiento necesario de las complicaciones que afectan a las mujeres después del parto, las hemorragias pospartos afectan a las mujeres por varios factores como: por infertilidad útero, parto incompleto y desgarro del cuello uterino o la vagina en caso de la hemorragia posparto incontrolable, lo cual lo conducirá rápidamente a hipotensión severa, shock o muerte, es indudable que la prevención de la atonía uterina es la mejor alternativa de manejo para esta complicación y para ello contribuye acciones que no sólo están ligadas al momento de la hemorragia; si no también al control prenatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cabrera, S. (2010). Hemorragia Posparto. *Redalyc*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428195005.pdf>
- Fumero, D. S. (2020). *Revista Médica Sinergia*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms206i.pdf>
- Gaitan, D. E. (2020). *Medigraphic* . Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms206i.pdf>
- García, O. (2014). Obtenido de <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPC-BE%2046%20HPP.pdf>
- Karlson, H. (2009). Hemorragia Postparto. *Scielo*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014
- Peralta, M. A. (2016). *Congreso Virtual* . Obtenido de <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/55.pdf>
- Quinga, L. L. (2012). *Repositorio Universidad Central del Ecuador*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4536/1/T-UCE-0006-96.pdf>
- Toledo, L. (2014). Hemorragia obstétrica. *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009

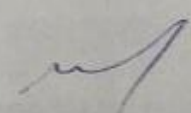
ANEXOS

Anexo #1. Exámenes realizados a la paciente.

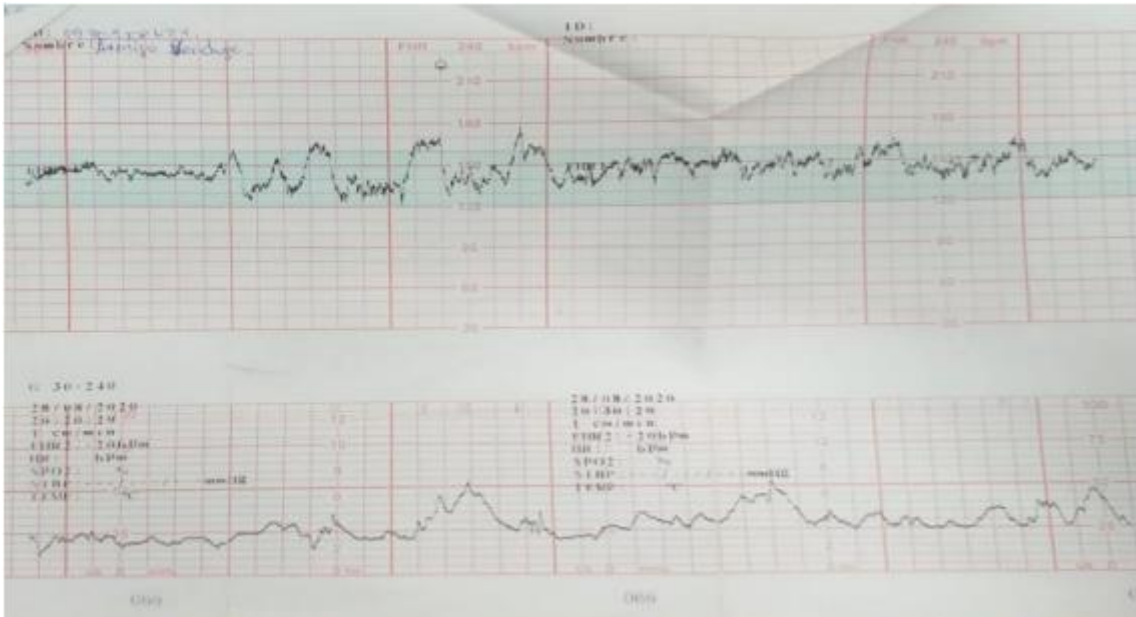
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Hospital General "Martin Icaza"
 Resultados del Servicio de Laboratorio Clinico

Ingreso	02/10/2021 7:21:16	Solicitud No.	1211002031
Paciente	MAYRA LISETH GUTIERREZ VELEZ	Genero	MUJER
Dr(a).	AIRAUDI NAIROBIS RIVAS HUERTA		32 AÑOS
Sala de Hospital	QUIROFANO		

Descripción del Examen	Resultado	Unidad	Valores Referenciales
TEMPO DE COAGULACION	9 min y 55 seg	min.seg	5 - 10
HEMOGRAMA			
LEUCOCITOS	23.26	10 ³ /uL	5.00 - 10.00
HEMATIÉS	2.65	x 10 ⁶ /l	3.50 - 5.00
HEMATOCRITO	24.0	%	37.0 - 47.0
HEMOGLOBINA	7.7	g/dl	11.0 - 15.0
MCV	90.6	fL	80.0 - 100.0
MCH	29.1	pg	27.0 - 34.0
MCHC	32.1	g/dl	32.0 - 36.0
RDW-CV	16.2	%	11.0 - 16.0
RDW-SD	54.6	fL	35.0 - 56.0
PLAQUETAS	109	10 ³ /uL	150 - 450
VPM	9.3	fL	6.5 - 12.0
NEUTROFILOS%	81.7	%	50.0 - 70.0
LINFOCITOS%	10.3	%	20.0 - 40.0
MONOCITOS%	7.1	%	3.0 - 12.0
EOSINOFILOS%	0.1	%	0.5 - 5.0
BASOFILOS%	0.1	%	0 - 1.0
IG%	0.7	%	
NEUTROFILOS#	19.01	10 ³ /uL	1.50 - 7.00
LINFOCITOS#	2.39	10 ³ /uL	1.60 - 4.00
MONOCITOS#	1.64	10 ³ /uL	> 0.90
EOSINOFILOS#	0.02	10 ³ /uL	> 0.40
BASOFILOS#	0.03	10 ³ /uL	> 0.10
GRUPO SANGUINEO	O		
GRUPO SANGUINEO			
FACTOR RH	POSITIVO		


 LEONOR PIEDAD CERCADO MURILLO
 02/10/2021 7:30:10

Anexo #2. Registro Cardiotocografico.



Anexo #4. Cuadro

EMPLACEMENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (M-F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA CLINICA
HENCI	Maysa	Gutierrez Velaz	F		0930549175.

1. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 30 años de edad, G6 PS A 1 CO, PIG a 4 meses curso embarazo de 39.5 sg y FUM y 39.1 sg por eco llega al servicio de emergencia Obstetrica desde el C.S de Palenque por cuadro clínico caracterizado por dolor en hipogastrio de moderada intensidad irradiado a región lumbosacra + acompaña tum vaginal de leve a moderada cantidad.

Paciente a la llegada pálida, sudorosa, con tendencia a la hipotensión arterial, taquicárdica, refiere dolor de gran intensidad en hipogastrio. FCF: 60 lpm.

2. RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

Se procede a canalizar dos accesos periféricos venozos con dextrosa al 5% 1000 ml y lactato al ringer 1000 ml para EV en 1 hora.

PA: 75/44
 FC: 55
 FR: 20
 T°: 36.7 C.

Estado de conciencia: alerta
 Proteinuria (+).
 SATOR: 98% con cámara nasal (1 litro)
 Score mama: 6

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

GB: 15.39
 N: 76.9%
 L: 18.8%
 HB: 8.2
 Plaquetas: 146.000
 G: 3Ph (+)

HTCO: 26.6%