



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

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

TEMA DEL CASO CLÍNICO

HEMORRAGIA UTERINA RELACIONADA A MULTIPARIDAD

AUTOR

GINGER PAMELA ARREAGA FLORES

TUTOR

DRA. KATTERINE KARIUXY VASQUEZ BONE

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

2019

RESUMEN

Cabe mencionar que el presente proyecto de investigación puntualiza la morbilidad de la hemorragia posparto, por lo que se lo realiza de manera retrospectiva, descriptiva, realista y documental.

Teniendo como lugar de origen el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, servicio de Gineco-obstetricia, en donde se produce un aproximado de 180 partos eutócicos al mes, de los cuales, alrededor de 1 o 2 llegan a complicarse de forma moderada.

Se establece que aunque, la raza, edad, número de gestas, paridad, nivel de instrucción, no son factores que influyan de manera alarmante para que se den este tipo de sucesos hemorrágicos, descrito está que a mayor número de partos menor capacidad contráctil del miometrio uterino hay, lo cierto es que sucede y es una realidad en nuestro medio, por lo que se propone la concientización y prevención de aquellos factores que lo predisponen.

PALABRAS CLAVE

Multiparidad, hipotonía uterina, atonía uterina, hemorragia posparto

SUMMARY

It is worth mentioning that this research project points out the morbidity of postpartum hemorrhage, so it is done retrospectively, descriptively, realistically and documentarily.

The Alfredo Noboa Montenegro General Hospital in the city of Guaranda, Gyneco-obstetrics service, where there are approximately 180 eutocic deliveries per month, of which about 1 or 2 become complicated in a way moderate

It is established that although race, age, number of pregnancies, parity, level of education, are not factors that influence alarmingly so that this type of hemorrhagic events occur, it is described that the greater the number of deliveries, the lower the contractile capacity of the Uterine myometrium is there, the truth is that it happens and it is a reality in our environment, so that awareness and prevention of those factors that predispose it is proposed.

KEYWORDS

Multiparity, uterine hypotonia, uterine atony, postpartum hemorrhage

Hemorragia Uterina Relacionada a Multiparidad

La hemorragia posparto es una de las principales causas de complicación obstétrica a nivel mundial, y la segunda causa de muerte materna en el Ecuador.

La importancia de reconocer a las pacientes con un mayor factor de riesgo para presentar esta complicación está dada en que, aunque, el manejo activo de la tercera etapa del parto ha sido la mejor manera de prevenir la hemorragia uterina por atonía, esta no previene la totalidad de los sucesos, y de todas las causas de hemorragia posparto descritas (tono, trauma, retención de tejidos y coagulopatías) la atonía uterina sigue siendo la principal causa (70%).

Existen otras causas menos comunes que pueden desencadenar una hemorragia por una carencia de la contracción uterina luego del parto, como miomatosis uterina, polihidramnios, uso de Oxitocina, uso de sulfato de magnesio, el agotamiento muscular por trabajo de parto prolongado, macrosomía fetal, trabajo de parto precipitado y antecedentes de hemorragia posparto.

I. Marco Teórico

La hemorragia uterina posparto que se relaciona con la multiparidad, es conocida, como la pérdida de sangre que supera los 500 ml en un parto vaginal como causa de atonía uterina, (incapacidad del útero para contraerse adecuadamente luego del alumbramiento), también se considera la pérdida o caída de 10 puntos del hematocrito, aunque, para fines clínicos se considera que toda hemorragia que sea capaz de provocar inestabilidad hemodinámica en una paciente púérpera se considera una hemorragia posparto ya que frecuentemente la cuantificación clínica del sangrado no es precisa.

Una paciente es considerada como multípara cuando ha tenido más de un embarazo el cual finaliza en parto eutócico simple o vaginal, mientras que una paciente gran multípara es aquella que ha tenido cuatro o más embarazos que tuvieron finalización mediante parto vaginal.

La atonía uterina es la incapacidad del endometrio de contraerse adecuadamente luego del tercer periodo del parto, lo que lleva a una hemorragia uterina, la misma que puede llegar a ser masiva y mortal si no es controlada de forma temprana y depende del grado de esta para su tratamiento.

1.1 Justificación

Según la OMS (2012), en el mundo la planificación familiar se reconoce como una intervención fundamental, que logra salvar la vida tanto de madres e hijos, tanto así que puede evitar más del 30 % de la mortalidad materna y del 10 % de la mortalidad infantil si las parejas logran espaciar los embarazos con intervalos de más de 2 años.

Debido al alto índice con el que se presenta esta complicación en nuestro país y el incremento que ha tenido de manera especial en otros países en vías de desarrollo, el objetivo de este estudio es dar a conocer la gravedad que representa la no planificación familiar y por ende la gran multiparidad materna.

Conocemos que en el Ecuador hay gran diversidad de culturas, las mismas que vienen acompañadas de costumbres, muchas de las cuales son implantadas bajo la ignorancia y

acción de pretéritas creencias, poniendo así en peligro a muchas mujeres que se someten a estas en el momento de gestar sin controles médicos correspondientes, lo cual lleva en ascendencia el porcentaje de esta problemática.

INCIDENCIA

Según ha descrito la Organización Mundial de la Salud alrededor de un 80% de las muertes maternas corresponden a causas directas, son cuatro los factores principales: hemorragias masivas, trastornos hipertensivos, parto obstruido y las septicemias y un gran porcentaje de estos casos son pacientes que viven en áreas rurales.

La multiparidad en nuestro país es una complicación de considerable importancia, se conoce que, hasta un 80% de las pacientes con este factor presentan inconvenientes durante su embarazo, parto y posparto, y hasta la actualidad no se ha podido solucionar de manera efectiva, por ello el énfasis de este proyecto de investigación en la prevención, la prontitud con la que se deben tomar decisiones, del contar con un personal capacitado y por supuesto de gozar de un establecimiento apropiado cuando se suscita este tipo de hechos, que muchas veces se maneja a la ligera y posteriormente se complica llegando incluso a ser fatal.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

- Dar a conocer la celeridad con la que se compromete la salud de una paciente durante una hemorragia posparto.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Comprender la fisiopatología producida durante la atonía e hipotonía uterina.
- Reconocer la importancia del actuar con rapidez y sensatez ante una emergencia obstétrica.

1.3 Datos

Nombres	MKCG
Edad	34
Etnia	Indígena
Estado civil	Casada
Nacionalidad	Ecuatoriana
Ocupación	Agricultura
Fecha de nacimiento	14/11/1982
Lugar de nacimiento	Guanujo/Guaranda
Lugar de residencia	Guanujo/ Guaranda
Nivel de instrucción	Primaria
Nivel socioeconómico	Bajo
Fecha de ingreso	21/09/2018
Establecimiento de salud	Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Tabla 1. datos generales de la paciente

Fuente: Historia clínica de paciente

II. Metodología del Diagnostico

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE.

Paciente femenina, gestante, de 34 años de edad, multípara.

Antecedentes patológicos personales: (niega)

Antecedentes patológicos familiares: (niega)

Antecedentes quirúrgicos: (niega)

Alergias: (niega)

Antecedentes Gineco- Obstétricos:

- Gestas: 4
- Partos vaginales: 4
- Menarquia: 12 años
- Ciclos menstruales: Regulares de 30 días
- Duración: 4-5 días
- Dismenorrea: si
- Inicio de Vida sexual: 18 años
- Parejas sexuales: 1
- PapTest : hace 2 años (normal)
- Métodos anticonceptivos: (niega)
- Fecha de ultima menstruación: 23/ 12/ 2017
- Fecha probable de parto: 30/ 09/ 2018
- Periodo intergenésico: 2 años
- Vacuna DT: Si
- Controles prenatales: 5

- Ecografías: 2
- Edad gestacional: 38.6 semanas por FUM.

Motivo de consulta

- Dolor abdominal localizado en hipogastrio.
- Salida del tapón mucoso.

2.2 ANAMNESIS

Paciente femenina, con 38.6 semanas de embarazo por fecha de ultima menstruación, acude al servicio de emergencia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, por presentar dolor tipo contracción abdominal, localizado en hipogastrio con irradiación a región lumbar, de moderada a gran intensidad, de aproximadamente 11 horas de evolución acompañado de eliminación de líquido mucoso por vía vaginal.

Durante el interrogatorio, previo al ingreso, la paciente refiere no haber presentado ningún tipo de inconvenientes durante el presente embarazo, sus controles prenatales los ha efectuado sin presentar ninguna alteración, pero relata que durante su último parto (hace dos años), sufrió una complicación en la cual fue necesario transfundirle sangre por haber padecido una hemorragia considerable.

2.3 EXPLORACIÓN CLÍNICA

Tensión arterial	110/80
------------------	--------

Frecuencia cardíaca	77/min
Frecuencia respiratoria	20/min
Temperatura corporal	36.5°c
Saturación	94%
Proteinuria en tirilla	-/+++
Estado de conciencia	Alerta
Score mamá	(0)

Tabla 2. Signos vitales al momento del ingreso

Fuente: Historia Clínica de la paciente

Examen físico

En el transcurso de la examinación física se evidencia que la paciente se encontró consciente, orientada en tiempo y espacio, afebril

Cabeza: normocefálica, mucosas orales húmedas

Cuello: móvil, sin adenopatías

Tórax: simétrico, expansible, murmullo vesicular conservado

Mamas: simétricas, secretantes

Abdomen: globuloso, ocupado por útero gestante, altura de fondo uterino(36cm), feto único, vivo, con dorso lateral derecho, presentación cefálica, latido cardiaco fetal (144/min),

movimientos fetales presentes, actividad uterina (4 en 10 minutos que duran un aproximado de 40 segundos)

Región inguino-genital: genitales de gran múltipara, se evidencia salida del tapón mucoso, a la exploración vaginal encontramos un cérvix centralizado, semiblando, con una dilatación de 6cm, un borramiento del 60%, y un I grado de encajamiento de Hodge, dando un BISHOP: 8 (favorable)

Extremidades: simétricas, no edema.

2.4 EXÁMENES

1. Hematológico	
Hematocrito:	45%
Hemoglobina:	14.4
Plaquetas	250.000
Leucocitos:	10.400
Grupo	O
Factor RH	Positivo
Tiempo de Protrombina (TP)	14 s
TTP	30 s

2. Serología	
VIH	No Reactivo
VDRL	No Reactivo

3. Química	
Glucosa en ayunas	72.5

Urea	17.1
Creatinina	0.57

4. Uroanálisis	
Densidad	1025
PH	6
Hemoglobina	negativa
Aspecto	Turbio
Piocytes	1-2
Eritrocitos	(-)
células	escasas
Bacterias	Escasas

Tabla 3. Exámenes complementarios previos al ingreso de la paciente

Fuente: Historia clínica de la paciente

2.5 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

Como se describe anteriormente, tenemos una paciente con un embarazo a término más una labor de parto en fase activa, actividad uterina regular, más granmultiparidad, por lo que se decide su ingreso para su posterior seguimiento de manera cercana a su primera fase del trabajo de parto (dilatación y borramiento cervical) y su progreso.

La primera etapa del parto evoluciona de manera favorable, los controles obstétricos no alertan de anomalías y en el transcurso aproximado de 5 horas desde el ingreso de la paciente se produce el parto eutócico cefalovaginal.

Nota posparto

Bajo normas de asepsia y antisepsia previa colocación de campos estériles se asiste parto eutócico simple cefalovaginal, a las 16H20 del 21/09/2018 obteniendo:

Recién nacido: vivo, Sexo: masculino, Peso: 3490 g, APGAR: 9-9, Perímetro cefálico: 34.5 cm, Talla: 51.5CM, Capurro: 39 semanas.

Se realiza manejo activo de la tercera etapa del parto con un alumbramiento completo a los 8 minutos, un sangrado aproximado de 300 cc, Episiotomía: No, Desgarros: No, Líquido amniótico: claro, con grumos en adecuada cantidad. Se da un Diagnóstico: Parto eutócico simple más Puerperio fisiológico inmediato y R.N vivo.

Indicaciones Posparto:

- NPO por 2 horas y luego dieta blanda
- Score Mamá C /8h
- Control De Loquios hemáticos e involución Uterina
- Masaje Uterino c/15 min por 2 Horas
- Ducha Perineal BID
- Dextrosa en Agua al 5% 1000 ml pasar A 40 gotas/min
- Oxitocina 10 UI IM STAT
- Diclofenaco 75 mg IM STAT
- Cefalexina 500 mg V.O C/6 H
- Paracetamol 500 mg V.O C/8h
- Lactancia Materna

- Apego Precoz
- Asesoría en Planificación Familiar

18h00 Nota:

Usuaría presenta dolor de moderada intensidad en hipogastrio, útero hipotónico, sangrado transvaginal abundante, facie pálida, en la toma de signos vitales encontramos:

- Tensión Arterial: 74/34
- Frecuencia Cardíaca: 120
- Frecuencia Respiratoria: 22
- Saturación de oxígeno: 92%
- Temperatura: 37.2° C
- Alerta
- Proteinuria en tirilla : -/+++
- SCORE MAMA (10)

Se procede a realizar revisión de cavidad, se constatan abundantes coágulos en la vagina, se evidencia cérvix sin desgarros, se descarta retención de restos, se da tratamiento con uterotónicos mas cristaloides obteniéndose resultados favorables, sangrado aproximado de 1,200 ml

Indicaciones:

- Lactato ringer 1000 ml IV STAT
- Cloruro de sodio al 0,9% 1000 ml IV STAT
- Misiprostol 600mcg V.O STAT
- Metilergometrina 0.2mg IM STAT

- Cloruro de sodio al 0,9% 1000 ml +
Oxitocina 20 UI pasar IV a 40 gotas/ min
- Control ingesta/excreta
- Diuresis horaria
- Colocación de sonda vesical
- Tapón vaginal por 24 h
- Biometría hemática STAT
- Valoración por medicina interna
- Activación de clave roja del Score mamá

HEMATOCRITO	34%
HEMOGLOBINA	11.2
PLAQUETAS	374.000
LEUCICITOS	11.500

Tabla 4. Biometría hemática posparto

Fuente: Historia clínica de la paciente

2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnóstico presuntivo

- HEMORRAGIA UTERINA CAUSADA POR HIPOTONIA UTERINA
- HEMORRAGIA UTERINA CAUSADA POR RETENCION DE PRODUCTOS DE LA CONCEPCIÓN

Diagnóstico diferencial

- ACRETISMO PLACENTARIO
- RUPTURA UTERINA
- TRASTORNO DE LA COAGULACIÓN
- DESGARROS DEL CANAL DE PARTO
- INVERSIÓN UTERINA

Diagnóstico definitivo

- HEMORRAGIA UTERINA A CAUSA DE HIPOTONÍA UTERINA

RELACIONADO A LA MULTIPARIDAD

Hipotonía uterina

La hipotonía o atonía uterina es un cuadro que se identifica por la insuficiente contractilidad de las fibras miométriales después de un parto, sea este por vía vaginal o abdominal. Las causas más comunes son:

- Macrosomía fetal
- Embarazos múltiples
- Polihidramnios
- Placenta previa
- Trabajo de parto prolongado
- Uso de oxitócicos de forma inadecuada
- Anemia materna

Sobredistensión: Se cree que la sobre distensión provocaría la disrupción de las fibras de actina-miosina debilitando su posterior fuerza contráctil.

Parto Precipitado: Asociado a agotamiento de la fibra uterina por la hiperdinamia

Factores Metabólicos: Nutrientes y el oxígeno son necesarios para el trabajo muscular, por lo tanto la acidosis metabólica, la hipoxia y la hipocalcemia influirán directamente en la contracción uterina.

Acretismo placentario

El Acretismo placentario se define como la inserción anómala parcial o total de la placenta a la cavidad uterina, en la actualidad es la segunda causa de hemorragia obstétrica, por lo general se detectada durante el embarazo mediante la resonancia magnética, ultrasonido doppler, cistoscopia, etc.

Existen tres tipos de Acretismo placentario:

Placenta acreta

Es la adherencia anormal de una parte o de toda la placenta a la cavidad uterina, pero sin que vellosidades coriales alcancen al miometrio

Placenta increta

Es la adherencia anormal de la placenta a la cavidad uterina, ya que las vellosidades coriales alcanzan al miometrio y lo atraviesan.

Placenta percreta

Es la adherencia anormal de la placenta a la cavidad uterina, ya que las vellosidades coriales traspasan a la serosa del útero, llegando incluso a órganos cercanos.

Ruptura Uterina

La ruptura uterina es una complicación hemorrágica desencadenada por contracciones uterinas intensas en frecuencia y duración, se caracteriza porque a nivel abdominal se palpa claramente al feto bajo la piel.

Existen diversos factores que inducen a esta complicación, entre los principales están:

- Gran multiparidad
- Legrados uterinos a repetición
- Trabajo de parto prolongado
- Antecedentes de ruptura uterina
- Cesárea o histerotomía previa
- Uso indiscriminado de oxitócicos y prostaglandinas.

Trastornos de la coagulación

Es bastante evidente que no se trata de una patología que destaque por su frecuencia entre las causas de hemorragia obstétrica, su prevalencia es alrededor de 1 en 2000.

La llamada gestosis hemorrágica se caracteriza por un trastorno grave de la coagulación determinado inicialmente por un descenso de las plaquetas y posteriormente del fibrinógeno, lo cual se debe a la existencia de un metabolismo anormal de este o de la fibrina.

Los trastornos de la coagulación y la fibrinólisis no son infrecuentes durante la gestación, y cuando aparecen ensombrecen el pronóstico global del embarazo.

Desgarros del canal del parto

Son aquellas lesiones que afectan al cuello uterino, vagina o periné y se producen en el segundo período del parto como consecuencia de una sobre distensión sea esta por:

- Realización de parto instrumentado
- Paso de una calota muy voluminosa
- Protección insuficiente del periné
- Parto precipitado

Se caracteriza por un sangrado activo y de color rojo rutilante, el tratamiento indicado es la sutura inmediata.

Inversión uterina

La inversión uterina es una complicación rara y grave, definida como una emergencia obstétrica del tercer estadio del parto. La inversión del útero consiste en un cambio de

disposición de sus paredes, la cara interna se convierte en externa y el órgano se invagina en forma de dedo de guante.

Los factores de riesgo se relacionan a un incorrecto manejo del alumbramiento, entre ellos la tracción inapropiada del cordón umbilical, las maniobras de presión, la extracción manual de la placenta, el acretismo placentario y la presencia de un cordón corto.

Sus principales características clínicas son hemorragia y dolor, pudiendo llegar al shock hipovolémico o neurogénico. El examen físico muestra una masa roja que protruye o no por el orificio vaginal, y a la palpación abdominal no se encuentra el fondo uterino. Los síntomas más frecuentes de inversión uterina crónica son la hemorragia irregular y el flujo vaginal. El diagnóstico preoperatorio es difícil incluso con el examen físico y generalmente se confirma durante la cirugía.

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Debido a que la atonía uterina es la principal causa de hemorragia, se lleva a cabo la prevención de la misma realizando el manejo activo de la tercera etapa del parto, reduciéndose así en un 60% los casos de sangrado posparto, además de disminuir también la anemia posparto y necesidades de transfusión sanguínea, lo indica así la guía de práctica clínica del ministerio de salud pública del Ecuador.

Oxitocina

La administración de 10 UI de Oxitocina por vía intramuscular dentro del primer minuto después del parto del recién nacido o 5 UI intravenosas administradas lentamente, es el agente de elección para el manejo activo de la tercera etapa del parto.

Misoprostol

Usar 600 mcg vía oral es menos efectivo que Oxitocina, pero puede utilizarse en caso que la Oxitocina no esté disponible o su administración no sea posible.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda el uso de forma rutinaria del MATEP como el mejor método basado en evidencia para la prevención de la HPP, y destaca que se deben tomar todas las medidas para asegurar el uso de MATEP en cada parto vaginal atendido por personal especializado.

Los componentes habituales del MATEP incluyen:

Paso 1:

Administración de Oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro de un minuto luego del nacimiento del recién nacido.

Paso 2:

Tracción controlada del cordón luego de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los dos minutos del parto.

Paso 3:

Masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado.

Tratamiento de la hemorragia posparto

Una vez que se ha identificado una HPP, es útil la organización del cuidado en cuatro componentes:

- Comunicación con todos los profesionales relevantes para el cuidado
- Reanimación
- Monitorización e investigación de la causa
- Implementación de medidas para detener el sangrado

Los cuatro componentes del manejo se deben implementar de forma SIMULTÁNEA en todos los casos de HPP.

TONO	TEJIDO	DESGARRO	COAGULOPATIAS
-------------	---------------	-----------------	----------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Masaje uterino • Compresión bimanual del útero • Uso de drogas uterotónicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Remoción Manual • Legrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Repare desgarros cervicales o vaginales • Corrija la inversión uterina • Identifique la ruptura uterina 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento específico
---	--	---	--

Tabla 5. Identificación y tratamiento de la causa de hpp.

Fuente: Guía de práctica clínica, Quito MSP (2013).

Clasificación del shock hemorrágico y opciones de prevención y tratamiento uterotónicos utilizados en el presente caso clínico

2.8 SEGUIMIENTO DEL CASO CLINICO

Visita nocturna | 21/09/2018 23h15

Diagnóstico: parto único espontáneo de 7 horas + Hemorragia posparto

- **S:** La paciente refiere mantenerse asintomática
- **O:** TA: 102/62, FC: 98, FR: 20, T: 37°C, SAT °: 96%

Paciente consciente, orientada, hidratada.

Mamas: secretantes

Abdomen: suave, no doloroso a la palpación

Altura de Fondo Uterino: O-1

RIG: con tapón vaginal, se evidencian loquios hemáticos escasos.

Miembros inferiores: no edema

- **A:** Score mamá: (2)
- **P:** continuar mismas indicaciones

INDICACIONES

- Dieta blanda
- Reposo relativo
- Score mamá c/4h
- Control de loquios
- Cloruro de sodio al 0,9% 1000 ml pasar IV a 28 gotas x min
- Cefalexina 500 mg VO c/6h
- Paracetamol 500 mg VO c/8h
- Comunicar novedades

Evolución Diurna | 22/09/2018 07:15 am

Paciente MKCG de 34 años

Días de hospitalización: 1

Diagnóstico: parto único espontaneo + hemorragia post parto (15 horas)

S: paciente asintomática

O: TA: 110/70, FC: 80, FR: 21, T°: 36.7 °C, SAT°: 95%

PROTEINURIA: negativa

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, conjuntivas rosadas

Tórax: simétrico, expansible

MAMAS: secretantes

Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación

Fondo uterino: o-1

RIG: loquios hemáticos en poca cantidad

Extremidades: simétricas, no edema

A: Score mamá (0)

P: Continuar Indicaciones

INDICACIONES

- Dieta blanda + Líquidos
- Ambulatorio
- Score mamá c/8h
- Cefalexina 500 mg V.O c/6h
- Ibuprofeno 400 mg V.O c/8h
- Sales de hierro 100 mg V.O QD
- Bh de control para 23/09/2018
- Comunicar novedades

HCTO	34%
HB	11
PLAQUETAS	250.000
LEUCOCITOS	11.500

Tabla 6. Biometría hemática 23/09/2018

Fuente: Historia clínica de la paciente.

EVOLUCION DIURNA | 23/09/2018 07:05 Am

Paciente MKCG de 34 años

Días de hospitalización: 2

Diagnóstico: Parto único espontáneo + hemorragia post parto (40 horas) + Planificación

Familiar

S: paciente asintomática

O: TA: 125/80, FC: 84, FR: 20, T°: 36.5 °C, SAT° : 95%

PROTEINURIA: Negativa

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, conjuntivas rosadas

Tórax: simétrico, expansible

Mamas: secretantes

Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación profunda afu: o-1

RIG: no se evidencia sangrado transvaginal

Extremidades: simétricos, no edema

A: Score mamá (0)

P: Valorar alta medica

INDICACIONES

- Alta + Indicaciones
- Consejería en Nutrición
- Consejería en Planificación Familiar
- Consejería en Lactancia Materna
- Post Consejería en VIH-VDRL
- Referencia Inversa A C. Salud Guanajuato
- Cefalexina 500 mg V.O C/6h X 5 días
- Paracetamol 500 mg V.O C/8h X 3 días
- Sales De Hierro 100 mg V.O QD
- Levonorgestrel 0.03 mg V.O QD
- Acudir por emergencia ante señal de peligro

2.9 Observaciones

- Durante el análisis de este caso clínico resalta la importancia de los controles prenatales, especialmente en pacientes con factores de riesgo, ya que conducen a tomar medidas de prevención oportunas y reducción significativa de las estadísticas de la hemorragia posparto.

- Es importante destacar que la cultura indígena y algunas de sus costumbres pueden influir de forma significativamente negativa, ya que muchas mujeres se niegan a realizarse revisiones médicas, adquirir métodos de planificación familiar e incluso a permitir supervisión médica durante su parto y sus posibles complicaciones.

Conclusiones y Recomendaciones

Ante un cuadro de hemorragia posparto la toma de decisiones debe ser inmediata, la monitorización, administración y ejecución de acciones que controlen el suceso tiene que hacerse de forma simultánea para así evitar llegue a mayores consecuencias.

La asistencia permanente del personal de salud y su capacidad profesional ante esta situación tuvo como resultado la resolución inmediata del cuadro clínico de la paciente.

A lo largo de mis prácticas pre-profesionales pude observar que un significativo número de pacientes que padecen esta complicación son aquellas que viven en zonas rurales y que no desearon obtener un método anticonceptivo antes, lo cual pudo haber acortado la cantidad de partos, mejorando así el estado nutricional familiar y evitar que se aumente la cifra de estos casos.

Se recomienda fortalecer aún más las habilidades, capacidades y destrezas del personal de salud, para una correcta atención del parto y estar prevenido ante una emergencia obstétrica.

Referencias

1. González Merlo J, Lailla Vicens J. M, González E, González E, Libro de Obstetricia 4ta edición, Hemorragia del Alumbramiento, Capítulo 52, Pag.823-825.
2. PALOMO TERCERO, Jorge B. “NCIDENCIA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONIA UTERINA EN LA SALA DE LABOR Y PARTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ESCUINTLA”. tesis Para obtener el grado de Maestro en ciencias en Ginecología y Obstetricia, Guatemala. 2014
3. Jijón L. A, Sacoto A. M. y Córdova U. A, Editores- Quito 2006, Alto Riesgo Obstétrico, Sangrados Posparto, Capítulo 70, Pag. 559-600.
4. .“Prevención y manejo de la Hemorragia Posparto”. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)- OPS-OMS. 1989.
5. Rodriguez Salazar, Elias : “ATONIA UTERINA: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y FACTORES ASOCIADOS EN EL INSTITUTO MATERNO PERINATAL”. LimaPeru. 2003. Tesis para obtener el titulo de especialista en ginecología y obstetricia. Lima – Peru. 2003.
6. MERCADO, Manuel. (s.f). Guías Para Manejo De Urgencias. Departamento Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia.

Sitios web visitados

https://www.mpfh.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/4052_13.pdf

http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41139/ruptura_uterina.pdf?sequence=2&isAlloved=y

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2177/1/T-UCE-0006-57.pdf>

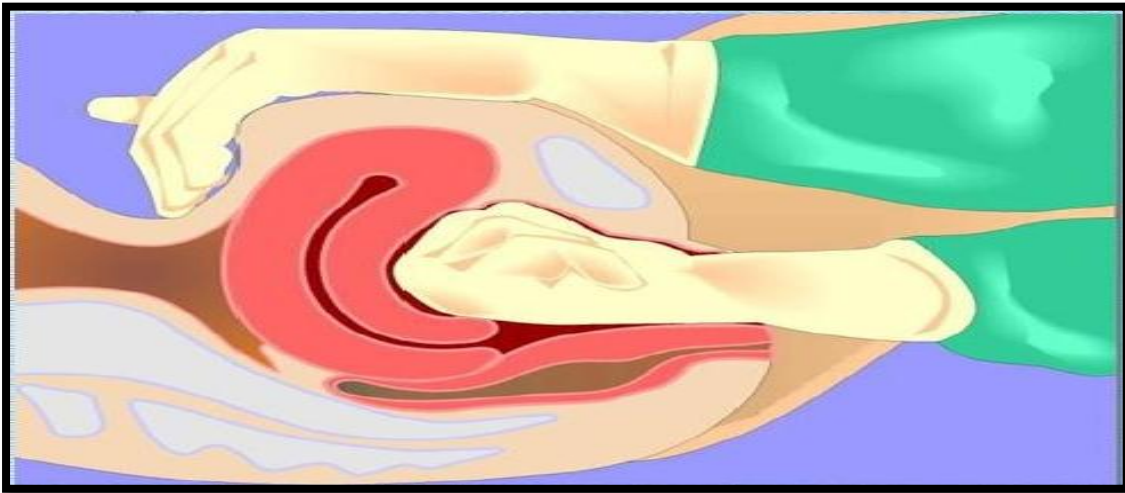
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4350/1/T-UCE-0006-82.pdf>

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112766/9789243506494_spa.pdf;jsessionid=0457B7273DD281A9ACB312B4510E11C5?sequence=1

Anexos

Compresión uterina bimanual.

Fuente: web



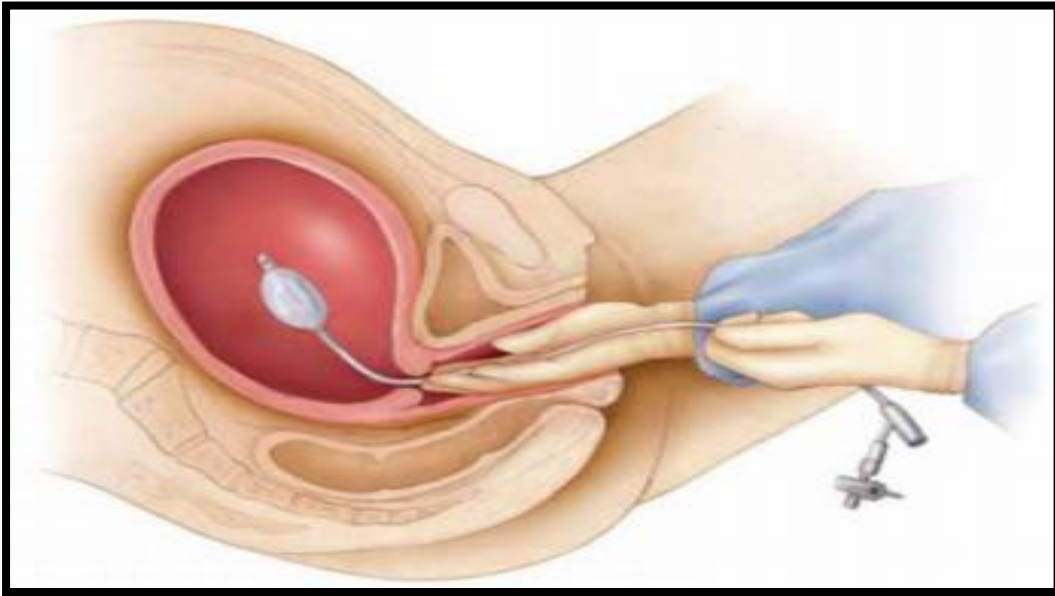
Colocación del traje Antishock no neumático

Fuente: fotografía tomada de Prácticas de HPP en el Hospital Alfredo Noboa M.



Colocación de balón de Bakri

Fuente: "Taponamiento uterino y cirugía conservadora" de XXV Reunión de la Sociedad Ginecológica Murciana. Yecla, 14 de Marzo de 2015, pág. 11.



Examen ecográfico realizado a las 34 semanas de embarazo a paciente

Fuente: Historia clínica de la paciente.



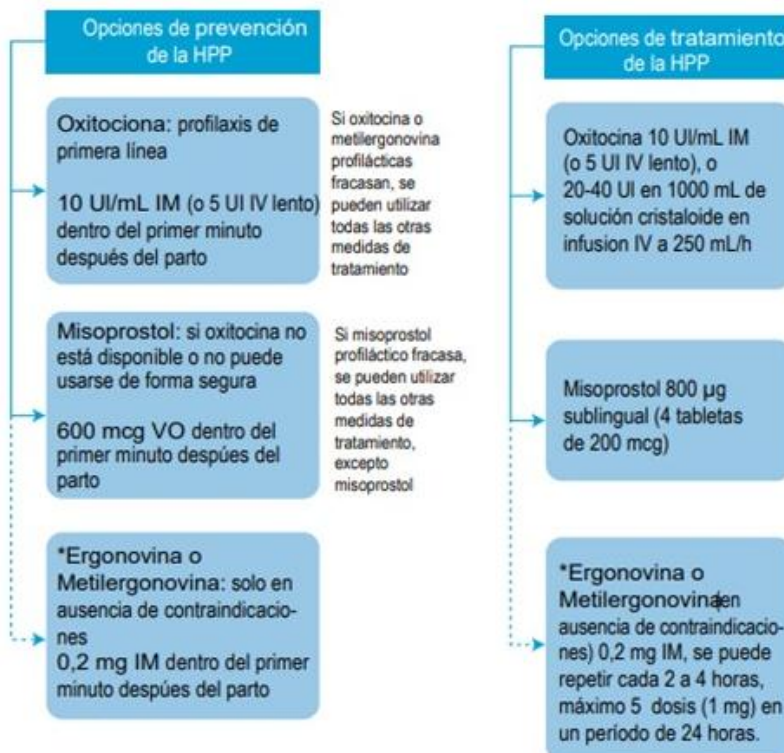
Clasificación del Shock Hemorrágico

Fuente: Web.

Clasificación del shock hemorrágico						
Perdida de volumen % y mL en mujer de 50 a 70 Kg.	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión sistólica	Grado del shock	Cristaloides a infundir
10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	80-90	>90	compensado	
16-25% 1000-1500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	leve	3000-4500 mL
26-35% 1500-2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad, sudoración	101-120	70-79	Moderado	4500-6000 mL
>35% >2000 mL	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, sudoración, llenado capilar >3 seg	>120	<70	severa	>6000 mL

Mapa conceptual de prevención y tratamiento de la hemorragia posparto

Fuente: Guía de práctica clínica. Quito MSP 2013.



* ADVERTENCIAS: Los alcaloides del ergot (ergonovina, metilergonovina) están contraindicados en mujeres con hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, preeclampsia o eclampsia porque elevan la presión sanguínea.