



UNIVERSIDAD TECNICA 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 PROPUESTO DEL CASO CLINICO

HEMORRAGIA POSTPARTO EN PRIMIPARA DE 27 AÑOS

AUTOR

JAMILETH SILVANA GARRIDO DULCEY

TUTOR

Obst. ANA YUPA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2019

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Justificación	13
1.2 Objetivos	14
1.2.1 Objetivo General	14
1.2.2 Objetivos Específicos	14
1.3 Datos Generales	15
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	15
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	15
Motivo de consulta	15
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	16
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	17
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	18
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	19
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	19
2.8. Seguimiento:.....	21
2.9. Observaciones	24
CONCLUSIÓN.....	25
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	26
ANEXOS	27

DEDICATORIA

En primer lugar, doy gracias a Dios, por haberme permitido estar en una de las etapas más emocionantes de mi vida, de mi carrera universitaria, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa superando todos los obstáculos y dificultades que se me presentaron.

También este proyecto está dedicado a mi familia, pilares fundamentales en mi vida sin ellos no hubiese podido conseguir lo que hasta este momento. Su apoyo incondicional y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general.

A mi madre por su dedicación y esmero en todo gracias a ella su empuje, su colaboración, compañerismo, en todo el tiempo de mi carrera universitaria. Gracias a todas las personas que ayudaron en la realización de este proyecto.

AGRADECIMIENTO

Los resultados de este proyecto, están dedicados a DIOS por guiarme en este camino de aprendizaje y a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación. Mis sinceros agradecimientos están dirigidos hacia toda mi familia, amigos, pareja, que, con su ayuda desinteresada, me brindaron su apoyo, a mi tutora la Obst. Ana Yupa que me brindo su ayuda y parte de sus conocimientos, ayudando a resolver cada una de mis curiosidades sobre este proyecto. Gracias a todas las personas que de alguna manera me extendieron la mano y me acompañaron por este largo camino que fue mi carrera universitaria.

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:

“HEMORRAGIA POSTPARTO EN PRIMÍPARA DE 27 AÑOS”

RESUMEN

Se considera a la Hemorragia Posparto como una de las principales complicaciones obstétricas, que puede producir muerte materna especialmente en países subdesarrollados, cabe recalcar que esta complicación puede ser prevenida en muchos casos si se diagnostica a tiempo y si se sigue los pasos correctamente el manejo activo de la tercera etapa del parto.

Hay varias complicaciones que pueden producir una hemorragia postparto, entre ellas tenemos, atonía uterina, y traumas a nivel del canal de parto que son las patologías de mayor prevalencia, pero existen otras causas como coagulopatias.

La mayoría de los casos en que se presenta esta complicación se da dentro de las 24 horas después del parto. Si bien es muy importante identificar en las puérperas ya sea fisiológica o quirúrgica sus antecedentes y factores de riesgo que pueden provocar una hemorragia postparto, aunque es importante resaltar que en muchos casos la hemorragia postparto se presenta sin que la paciente haya tenido factores de riesgo que la predispongan a padecerla.

Palabras clave: hemorragia, complicación, atonía, traumas, prevalencia

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is considered as one of the main obstetric complications, which can cause maternal death especially in underdeveloped countries, it should be noted that this complication can be prevented in many cases if it is diagnosed in time and if the active management steps are followed correctly of the third stage of labor.

There are several complications that can cause postpartum hemorrhage, including uterine atony, and traumas at the level of the birth canal that are the most prevalent pathologies, but there are other causes such as coagulopathies.

Most cases in which this complication occurs within 24 hours after delivery. Although it is very important to identify in the postpartum patients, whether physiological or surgical, their antecedents and risk factors that can cause postpartum hemorrhage, although it is important to highlight that in many cases postpartum hemorrhage occurs without the patient having had risk factors that predispose her to suffer it.

Keywords: hemorrhage, complication, atony, trauma, prevalence

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto (HPP) se define comúnmente como una pérdida de sangre de 500 mililitro o más en el término de 24 horas después del parto, mientras que la Hemorragia postparto grave se define como una pérdida de sangre de 1000 mililitro o más dentro del mismo marco temporal. (OMS, 2014, p. 8)

Según Cabero, (2009) Si nos ajustamos a las definiciones de la Organización Mundial de la Salud, la hemorragia puerperal es la responsable del 25-30% de los casos de mortalidad materna por causas obstétricas directas con una distribución muy desigual según se trate de países pobres o ricos. (p. 277).

Se ha calculado que 60% de las muertes maternas se producen posterior al nacimiento y, de ellas, 45% se produce en las primeras 24 horas de ocurrido este. Pero, el riesgo de la hemorragia es más grave aún si la madre tenía patologías asociadas a su condición de salud materna, como la anemia y la malnutrición, patologías que frecuentemente acompañan a las pacientes pobres y que lleva a la hemorragia posparto a tener una mayor severidad clínica. (Calle, Barrera, & Gerrero, 2008, p. 234)

La hemorragia postparto está asociada no solo a casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo, sino que también es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos. Cuando hablamos de hemorragia postparto tenemos que tener en cuenta que ésta representa un factor significativo que contribuye a largo plazo a una morbi-mortalidad materna, ya que existen muchas enfermedades que se asocian a esta complicación cuando ha habido una pérdida sanguínea, un ejemplo de estas es shock, disfunción orgánica. (OMS, 2014, p. 8)

El sangrado activo no controlado genera choque hipovolémico secundario cuando se alcanza una pérdida de volumen sanguíneo del 40%. En este estado las demandas de los tejidos no están suplidas a través del aporte de oxígeno; la profundidad y el tiempo del choque hipovolémico generan hipotermia, coagulopatía y acidosis metabólica, conocida como la tríada de la muerte. (Fescina, Mucio, Ortiz, & Jarquin, 2012, p. 49)

En el año 2000 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció dentro de los Objetivos del Milenio (ODM) la meta 5 ta que consiste en reducir a tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015; uno de los objetivos del Milenio propone: Mejorar la Salud Materna , reduciendo la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes, a nivel nacional , la reducción de mortalidad materna – perinatal es una prioridad y se refleja en las metas del Plan Nacional de Desarrollo en el objetivo uno: “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” (Senplades,2017,p.53).

El trabajo a presentarse a continuación esta realizado por medio de un seguimiento y control que se le dio a la paciente de de 27 años en cuanto a su patología de hemorragia postparto y su leve tendencia a shock hipovolemico.

I. MARCO TEÓRICO

Se define a la hemorragia posparto como la pérdida de sangre que supera los 500 mililitro en un parto vaginal y que supera 1000 cc en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una Hemorragia postparto. (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto, 2013, p. 10)

Calle, Barrera, & Gerrero, (2008) afirma: Se define hemorragia posparto (HPP) usualmente como el sangrado del tracto genital de 500 mililitro o más en las primeras 24 horas luego del nacimiento del niño. Algunas personas consideran 600 mililitro como punto de corte y sugieren que un diagnóstico clínico más útil podría ser incluir solamente aquellos casos donde la pérdida de sangre estimada fuera de 1 000 mililitro o más. (p.233)

No existe una definición universal de la hemorragia obstétrica, porque no se ha establecido claramente, lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva, La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 mililitro /minuto (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen), que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, que supera los 500 mililitro, postparto o 1000 mililitro post cesárea. Actualmente se define como HPP a la pérdida sanguínea de gran magnitud que produce cambios hemodinámicos. (Asturizaga & Jaldin, 2014)

Una causa muy importante de muerte materna es la hemorragia postparto, en el 2005 la hemorragia postparto ocupó el primer lugar a nivel mundial de causar muerte materna según la Organización mundial de la salud. (SOLARI, SOLARI, WASH, GUERRERO, & ENRIQUEZ, 2014)

La Hemorragia postparto primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente el 70% de los casos de Hemorragia postparto inmediata se producen debido a atonía uterina. Se define como atonía del útero a la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto. (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto, 2013, p. 10)

La Hemorragia postparto secundaria o tardía, se produce entre las 24 horas y 6 semanas posparto. La mayoría de los casos de Hemorragia postparto tardía se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas. (MSP, 2013, p. 10)

Las principales causas de las Muertes Maternas hasta la SE 29 son los Trastornos hipertensivos del embarazo con el 25,76%(17MM), las hemorragias obstétricas con el 24,24% (16MM) y las causas indirectas 19,7(13MM), comparando las muertes maternas del año 2019 con el año 2018 hay una disminución para el 2019 del 12% (9MM). (MSP, GACETA DE MUERTE MATERNA SE 29, 2019, p. 1)

Factores De Riesgo

Entre los mas importante podemos destacar los que ocurren anteparto e intraparto: **Anteparto:** Nuliparidad, gran distencion uealina, antecedente de cesarea anterior, antecedente de hemorragia postparto previa, antecedentes de trastornos de la coagulacion. **Intraparto:** Trabajo de parto prolongado, periodo expulsivo prolongado, episiotomia, desgarrros del canal de parto, utilizacion de forceps. (Calle, Barrera, & Gerrero, 2008)

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. (Canchila, Laguna, Paternina, Arango, & barrera, 2009 p.4)

Un adecuado control prenatal, es una de las principales estrategias para mejorar los resultados perinatales. Se identificarán a aquellas pacientes con mayor riesgo para sufrir complicaciones, entre ellas las hemorragias (grandes multíparas, embarazos múltiples, placenta previa, etc.). De todas formas, 2/3 de los casos de hemorragia post-parto ocurren en mujeres sin Factores de Riesgo que puedan identificarse. (Cuetos, y otros, 2015, p. 12)

Causas De La Hemorragia Postparto

Tono (atonía uterina): Esta causa es la mas frecuente de las hemorragias postparto causandola en un 80-90%, siendo la sobredistencion uterina, agotamiento muscular, factores de riesgos importantes para que no haya contraccion uterina. . (H. Karlsson, 2009)

Retención placentaria: La tercera etapa del parto no debe durar mas aya de 45 minutos, si esto no ocurre se puede tratar de una adherencia placentaria, tambien siendo poco frecuentes podemos encontrarlas cuando ha habido placenta acreta, increta o percreta. (H. Karlsson, 2009)

Traumatismo del canal de parto: Despues de la atonia uterina estos comprenden la segunda causa mas frecuente de hemorragia postaprt. Los partos precipitados, partos con utilizacion de forceps, la realizacion de episiotomias innecesarias pueden lesionar el canal blando, estas lesiones pueden llegar a darse en ciertas zonas como: perine, canal vaginal, cervix.

Trastornos de la coagulación: Entre las que se pueden dar son: congenitas como la enfermedad de Von Willebrand, y las adquiridas: Sindrome de Hellp, Sepsis etc. (H. Karlsson, 2009)

La causa más frecuente de sangrado excesivo durante el alumbramiento es: Un útero que no comienza a contraerse tras el alumbramiento y que, en cambio, permanece suelto y distendido (una afección llamada atonía uterina), Cuando el útero no comienza a contraerse después del alumbramiento, los vasos sanguíneos que se abrieron tras el desprendimiento de la placenta siguen sangrando. (Moldenhauer, 2016 p.1)

Otras causas de hemorragia posparto incluyen: Laceraciones del tracto genital, extensión de una episiotomía, rotura uterina, trastornos hemorragíparos, tejidos placentarios retenidos, hematoma, inversión uterina, corioamnionitis, subinvolución (involución incompleta) del sitio placentario (que en general se produce rápidamente, pero que puede tardar hasta 1 mes del parto). (Moldenhauer, 2016)

Tono (70%): Incluye la atonía o inercia uterina, **Trauma (19%):** Incluye trauma uterino (rotura e inversión uterina) y laceraciones de cuello y vagina, **Tejidos (10%):** Incluye retención de restos placentarios y coágulos y placentación anormal, **Trombina (1%):** Incluye coagulopatías congénitas o adquiridas. (SOLARI, SOLARI, WASH, GUERRERO, & ENRIQUEZ, 2014)

Prevención De La Hemorragia Postparto

Manejo Activo De La Tercera Etapa Del Parto.

La conducta activa puede incluir las siguientes acciones: Administración de uterotónicos antes de que transcurra 1 minuto después del nacimiento del bebé, aplicar una tracción controlada del cordón umbilical, aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta, según las condiciones apropiadas. (MARTINEZ-GALIANO, 2009, p. 21)

El manejo activo del tercer período consiste en la aplicación de intervenciones que facilitan la expulsión de la placenta aumentando las contracciones uterinas y, acortando los tiempos, para prevenir la hemorragia post-parto por atonía uterina. Los volúmenes de sangre que se pierden son inversamente proporcionales al tiempo en que se produce la expulsión de la placenta. (DI MARCO, HECTOR, FABIANO, FRANZE, & SAR, 2018, p. 5)

Sus tres componentes o pasos son: Administración de uterotónicos, preferentemente oxitocina, inmediatamente después del nacimiento, tracción controlada del cordón (TCC) para desprender la placenta, masaje del fondo uterino después de la expulsión de la placenta. (DI MARCO, HECTOR, FABIANO, FRANZE, & SAR, 2018, p. 5)

Según. **Cuetos, y otros (2015)** afirma que: “El manejo activo del trabajo de parto constituye la principal estrategia de prevención de la hemorragia post parto. Disminuye la hemorragia post-parto en un 60%”. (p.13)

Los Componentes Habituales Del Manejo Activo De A Tercera Etapa Del Parto (Matep)

Incluyen:

Uso de agentes uterotónicos: Dentro del primer minuto luego del nacimiento del producto, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) producto(s) y administre 10 Unidades Internacionales de oxitocina intramuscular (IM). Se prefiere la oxitocina a otros medicamentos uterotónicos debido a que hace efecto entre 2 y 3 minutos luego de la inyección, si no hay oxitocina disponible, se puede usar 600 microgramos de misoprostol por vía oral. (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto, 2013, p. 14)

Otros uterotónicos como: 0.2 miligramos intramuscular de ergometrina o metilergometrina; sintometrina (una combinación de 5 Unidades internacionales de oxitocina y 0.5 miligramos de

ergometrina en ampollas IM 10) deben evitarse en mujeres con enfermedad cardíaca, preeclampsia, eclampsia o presión arterial alta. (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto, 2013, p. 14)

Tracción y contracción del cordón umbilical: No se recomienda la tracción controlada del cordón sin la administración de fármacos uterotónicos o antes de observar signos de separación de la placenta, ya que esto puede provocar la separación parcial de la placenta, la ruptura del cordón, sangrado excesivo y/o inversión del útero, no se debe realizar la tracción del cordón umbilical sin aplicar la contracción por encima del pubis con la otra mano. (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto, 2013, p. 14)

Masaje uterino posparto: Después del alumbramiento, masajee el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga. Durante las 2 primeras horas se debe controlar que exista una adecuada retracción uterina y que los loquios sean normales. (MSP, 2013, p. 14)

Clínica De La Hemorragia Posparto

Durante una hemorragia postarto es importante llevar en cuenta la pérdida sanguínea y la repercusión que tiene esta sobre la estabilidad hemodinámica de la paciente.

La presentación de la hemorragia posparto es dramática; usualmente altera los signos y síntomas y se observa la presencia típica del shock hipovolémico. Casi siempre se visualiza la pérdida sanguínea por vagina y más aún es visible si la placenta ya fue expulsada. (Calle, Barrera, & Gerrero, 2008, p. 239)

Tabla 1

Grados de Shock

Perdida del volumen sanguíneo	Presion arterial	Signos y sintomas	Grado de shock
De 500 a 1000 (10 a 15%)	Normal	Palpitaciones, taquicardia, mareo	Compensado
De 1000 a 1500 (15 a 25%)	Caida leve de (80-100 mmhg)	Debilidad, taquicardia, transpiracion	Leve
De 1500 a 2000 (25 a 35%)	Caida severa de (70-80 mmhg)	Inquietud, palidez, oluguria.	Moderado
De 2000 a 3000 (35 a 50%)	Caida marcada de (50-70 mmhg)	Colapso, anuria	Severo

Fuente: (Calle, Barrera, & Gerrero, 2008, p. 240)

Herramienta Score Mamá

El Score MAMÁ es una herramienta de puntuación de signos vitales para el reconocimiento y respuesta temprana del deterioro de signos clínicos y fisiológicos, orientada a identificar tempranamente la patología obstétrica, teniendo principal relevancia en el primer nivel de atención en salud, permitiendo una toma de decisiones oportuna. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017, p. 9)

Esta herramienta se compone de seis indicadores fisiológicos: frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y nivel de conciencia y

una prueba cualitativa, la proteinuria. A estos indicadores se les dará una puntuación de 0 a 3, considerando 0 como valor normal. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017, p. 9)

Acciones a realizarse en los establecimientos de salud: puesto de salud centros de salud tipo A, B, y de atención Prehospitalaria. Si el puntaje de score mama es de 0: analizaremos los factores de riesgo, bienestar materno-fetal y signos de alarma. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017)

si el puntaje es 1: valoramos score mama cada 4 horas, registraremos su puntaje, solicitaremos exámenes, identificamos factores de riesgo, valoramos bienestar fetal, si logramos revertir el puntaje enviamos a la paciente a su domicilio y realizamos interconsulta con especialista. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017)

Si el puntaje es de 2 a 4: valoramos score mama cada hora, registramos su puntaje, valoramos bienestar fetal, exámenes complementarios, activar clave roja, azul o amarilla según el caso, transferimos a la paciente a una casa de salud de mayor complejidad. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017)

Si el puntaje es mayor de 5: valoramos score mama cada 30 minutos, registramos su puntaje, valoramos bienestar fetal, exámenes complementarios, activar clave roja, azul o amarilla según el caso, transferimos a la paciente a una casa de salud de mayor complejidad. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017)

Acciones a realizarse en los centros de salud tipo C y hospitales básicos: si el puntaje de score mama es de 0: analizaremos los factores de riesgo, bienestar materno-fetal y signos de alarma. **si el puntaje es 1:** valoramos score mama cada 4 horas, registraremos su puntaje, solicitaremos exámenes, identificamos factores de riesgo, valoramos bienestar fetal, si logramos

revertir el puntaje enviamos a la paciente a su domicilio y realizamos interconsulta con especialista. Seguimiento del caso. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017)

Si el puntaje es de 2 a 4: valoramos score mama cada hora, registramos su puntaje, se comunica al especialista quien debe valorar a la paciente dentro de 30 minutos como máximo, activar clave roja, azul o amarilla según el caso, si el valor del score mama no revierte en una hora valoramos bienestar fetal y transferimos a la paciente a una casa de salud de mayor complejidad. Seguimiento del caso. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017)

Si el puntaje es mayor a 5: valoramos score mama cada 30 minutos, registramos su puntaje, se comunica al especialista quien debe valorar a la paciente dentro de 15 minutos como máximo, activar clave roja, azul o amarilla según el caso, si el valor del score mama no revierte en 30 minutos valoramos bienestar fetal y transferimos a la paciente a una casa de salud de mayor complejidad. Seguimiento del caso (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017)

Activación De La Clave:

Clave Roja: Manejo de las hemorragias obstétricas en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención.

Coordinador (a): Será un profesional de la salud con pleno conocimiento sobre el manejo de las claves obstétricas y como dirigir su grupo, su posición es al nivel de la pelvis de la mujer.

Asistente 1: debe estar capacitado para participar en el manejo de claves obstétricas su posición es en la cabecera de la paciente

Asistente 2: debe estar capacitado para participar en el manejo de claves obstétricas su posición es a un lado de la paciente.

Circulante: debe estar capacitado para participar en el manejo de claves obstétricas. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017)

Acciones generales a realizar. (las acciones deberán realizarse al mismo tiempo por el equipo conformado en la clave roja): Realizar examen físico completo que incluya signos vitales completos y nivel de conciencia. Colocar traje antishock no neumático, de acuerdo a disponibilidad. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017, p. 20)

Asegurar vía aérea: Proporcione oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90%, asegure dos accesos venosos con catéter N° 16 o N°18 o N°20 (realizar exámenes de laboratorio) e iniciar infusión rápida de líquidos preferiblemente calientes, Iniciar reposición de líquidos en infusión rápida con cristaloides, luego bolos de 500 cc según evolución clínica hasta que la presión arterial sistólica (PAS) suba sobre 90 mmhg. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017, p. 21)

Manejo De La Hemorragia Postparto

El tiempo que transcurre desde que nace el producto y las primeras horas después del parto son importantes para el diagnóstico de la hemorragia postparto. Lentamente, durante el paso de las horas puede haber una pérdida sanguínea sin que se la detecte que puede hacer que la paciente entre repentinamente en shock, siendo una amenaza para la vida. **Una vez que se haya identificado la hemorragia postparto se debe tener presente 4 componentes:** Comunicación al personal pertinente, reanimación e inicio de maniobras de reposición de líquidos y oxigenación, monitorización e investigación de la causa, detención del sangrado. (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Postparto, 2013)

Atonía uterina: Inicie masaje uterino o compresión bimanual permanente. Con guantes estériles el puño de una mano se coloca en la vagina presionando la cara anterior del útero, con la otra mano se comprime a través del abdomen la cara posterior del útero. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017, p. 21)

Administre uterotónicos si el caso lo amerita: Oxitocina 10 Unidades internacionales/mililitro intramuscular (o 5 UI intravenoso lento) y 20-40 Unidades internacionales en 1000 mililitro de solución cristaloides en infusión intravenosa a 250 mililitro /hora, misoprostol 800 microgramos sublingual o vía oral u 800 microgramos vía rectal, metilergonovina o ergonovina (en ausencia de preeclampsia) 0,2 miligramo intramuscular, se puede repetir cada 2 a 4 horas, máximo 5 dosis (1 mg) en un período de 24 horas. Si a pesar del masaje uterino y la administración de uterotónicos la hemorragia no cede, se deberá colocar el balón de compresión uterina. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017, p. 22)

En caso de que la causa de la hemorragia postparto sea por **trauma del tracto genital**. MSP, score mama y claves obstétricas (2017) afirma: “Realizar inspección visual de la cavidad, aplicar presión, realizar reparo de las lesiones, en caso de no obtener resultados adecuados, TRANSFERIR”. (p.22)

Si la causa de hemorragia postparto es por inversión uterina. MSP, score mama y claves obstétricas (2017) refiere. “No coloque uterotónicos, no intente remover la placenta, TRANSFERIR a la paciente para resolución definitiva a un establecimiento de mayor complejidad”. (p.22)

En cuanto a la causa de hemorragia postparto provocada por **retención de restos:** según MSP. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto (2013). “Se realiza remoción manual, legrado”. (p.17)

Coagulopatía: TRANSFERIR a la paciente para resolución definitiva, administrar ácido tranexámico a dosis de 1 g IV (luego cada 6 horas) en caso de, hemorragia posparto (HPP) secundaria a traumatismo de canal del parto, sospecha trastornos de coagulación por historia clínica, HPP que no cede al manejo inicial con uterotónicos. (MSP, Score MAMÁ y claves obstétricas, 2017)

En caso de obtener buenos resultados derivar a la paciente a una casa de salud de mayor complejidad.

1.1 Justificación

En el año 2000 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció dentro de los Objetivos del Milenio (ODM) la meta 5ta que consiste en reducir a tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015; uno de los objetivos del Milenio propone: Mejorar la Salud Materna , reduciendo la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes, a nivel nacional , la reducción de mortalidad materna – perinatal es una prioridad y se refleja en las metas del Plan Nacional de Desarrollo en el objetivo uno: “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” (Senplades,2017,p.53).

El presente trabajo pretende analizar las causas principales de hemorragia postparto ya que es una de las complicaciones obstétricas más importante relacionada con una alta morbi-mortalidad materna, siendo en Ecuador la segunda causa principal de muerte materna según el ministerio de salud pública, es muy importante conocer sobre las principales causas que pueden desencadenar esta complicación obstétrica, entre ellas tenemos atonía uterina, trauma del canal de parto siendo estas las de mayor producción, y en menor producción están retención de restos placentarios, coagulopatias.

Si se detecta los factores de riesgo de una paciente y se trata a tiempo esta complicación es altamente evitable, sin embargo, en ciertas casas de salud no existe un correcto manejo activo de la tercera etapa del parto y la activación de la clave obstétrica.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Proporcionar conocimiento para una aproximación rápida de la prevención y manejo para la identificación oportuna de la hemorragia posparto (HPP) que contribuya a disminuir en nuestro país la morbi-mortalidad materna.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Prevenir la hemorragia posparto con la aplicación correcta del manejo activo de la tercera etapa del parto.
- Identificar a tiempo los factores de riesgo de la puerpera para evitar mayores complicaciones
- Conocer la etiología sobre las causas de hemorragia posparto para su plena identificación y oportuna detención.

Tabla 2

1.3 Datos Generales

<i>Nombres Completos:</i>	<i>NN</i>
<i>Edad:</i>	<i>27 Años</i>
<i>Sexo:</i>	<i>femenino</i>
<i>Fecha Y Lugar De Nacimiento:</i>	<i>09/12/1991 SANTA ELENA</i>
<i>Área De Procedencia:</i>	<i>rural</i>
<i>Estado Civil:</i>	<i>Unión libre</i>
<i>Hijos:</i>	<i>1</i>
<i>Nivel De Estudios:</i>	<i>Primaria</i>
<i>Nivel Sociocultural/Económico:</i>	<i>Muy bajo</i>
<i>Raza:</i>	<i>Mestiza</i>
<i>Religión:</i>	<i>Católica</i>
<i>Ocupación:</i>	<i>Ama de casa</i>

Fuente: Historia clínica de la paciente

I. Metodología Del Diagnostico

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Motivo de consulta

Paciente de 27 años de edad con 5 horas de puerperio fisiológico inmediato, es referida del hospital de Manglaralto, por hemorragia post parto con una perdida sanguínea de aproximadamente 1.000 ml, paciente hipotensa con una presión arterial de 80/70 mmhg,

taquicardica con 120 latidos por minuto, fascies pálidas, sudorosa, con leve tendencia a la somnolencia.

Asiste a este hospital con score mama de 6 por tensión arterial de 80/70 mmhg, frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto y proteinuria +.

Tabla 3

Antecedentes

Antecedentes Personales	Sin antecedentes personales de importancia
Antecedentes Gineco-Obstétricos	Un embarazo anterior con cesárea Periodo intergenesico: 10 años
Antecedentes Familiares	Madre hipertensa
Alergias	No refiere

Fuente: Historia clínica de la paciente

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

Paciente de 27 años de edad, con 5 horas de puerperio por parto vaginal, es referida del hospital de Manglaralto por hemorragia post parto con una perdida sanguínea de aproximadamente 1.000 ml, presenta anemia severa con hemoglobina de 7.5 por hemorragia post parto vaginal, leucocitosis, paciente al momento se encuentra hipotensa con una presión arterial de 80/70 mmhg, taquicardica con 125 latidos por minuto, fascies pálidas, sudorosa, con leve tendencia a la somnolencia, medico de transferencia refiere que le transfundieron dos concentrados de glóbulos rojos, administraron 4.000 ml de líquido (lactato y cloruro), haemaccel dos paquetes de 500 ml, oxitocina.

Asiste a este hospital con score mama de 6 por tensión arterial de 80/70 mmhg, frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto y proteinuria +.

Tabla 4

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Cabeza	NORMOCEFALO, FASCIES PÁLIDAS
Cuello	Sin adenopatías
Tórax	Sin alteraciones
Abdomen	Abdomen blando depresible, utero contraído, se procede a colocar traje anti shock.
Pelvis	Se encuentra compresa de gasa en canal vaginal, sangrado activo leve.
Extremidades	Normales

Fuente: Historia clínica de la paciente

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Tabla 5

Reporte de exámenes de laboratorio realizados en este hospital:

Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial
Glóbulos blancos	21.98	10 ³ /UL	4.50-11.00
Glóbulos rojos	2.46	10 ³ /UL	4.50-5.00
hemoglobina	7.5	g/dl	12.0-16.0
hematocrito	22.2	%	37-54%

plaquetas	148.0	10 ³ /UL	150-450
Grupo sanguíneo	O positivo	-----	-----
Factor RH	Positivo	-----	-----
VIH	No reactivo	-----	-----
Urea	18.0	Mg/dl	10.45mg/dl
Ácido úrico	5.4	Mg/dl	2.0-6.0 mg/dl
Bilirrubina directa	0.30	Mg/dl	Hasta 0.20mg/dl
Bilirrubina indirecta	0.70	Mg/dl	0.2-0.8 mg/dl
Tiempo de protrombina (TP)	18	seg	14 seg
Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)	32.7	seg	45 seg
Sífilis	No reactivo	-----	-----

Fuente: Historia clínica de la paciente

Reporte De Ecografía: Útero sin presencia de restos placentarios.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico Presuntivo: hemorragia post parto por atonía uterina

Diagnóstico Diferencial: hemorragia por coagulación intravascular diseminada

Diagnóstico Definitivo: hemorragia postparto por desgarro de cuello uterino

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

Origen del Problema:

Paciente con 5 horas de puerperio fisiológico inmediato, con una pérdida sanguínea de aproximadamente 1000 ml, hipotensa, taquicárdica con fascies pálidas, sudorosa con leve tendencia a la somnolencia, paciente con score mama de 6 por tensión arterial de 80/70, frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto y proteinuria +

Procedimientos a realizar:

EL Ministerio de Salud Pública en la Guía de Práctica Clínica de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto refiere: “Una vez que la hemorragia posparto ha sido identificada, el manejo del caso debe tener en cuenta cuatro componentes, los que deben llevarse a cabo **SIMULTÁNEAMENTE**” (2013, p.15)

Comunicación al personal pertinente, reanimación e inicio de maniobras de reposición de líquidos y oxigenación, monitorización e investigación de la causa, detención del sangrado. Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, inicie con maniobras de reanimación y detención del sangrado y derive a la paciente sin pérdida de tiempo a otra institución de capacidad resolutoria apropiada. (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto, 2013, p. 15)

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Intente identificar la causa de la hemorragia e inicie los tratamientos específicos de acuerdo a la causa: Verifique la expulsión completa de la placenta, examínela 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. (MSP, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto, 2013, p. 16)

Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, evalúe los mayores requerimientos del caso y, si lo estima necesario, derive a la paciente sin pérdida de tiempo a otra institución de mayor complejidad. (MSP, 2013, p. 16)

Evaluación inicial y reanimación

Reanimación: Solicite ayuda, coloque vía IV gruesa, monitoree pulso, presión frecuencia respiratoria y otros síntomas (ej. dolor)

Evaluar la causa, evalúe útero, tono, existencia de restos o laceraciones, explore el tracto vaginal, observe la formación de coágulos

Datos de Laboratorio, solicite estudios de coagulación, evalúe la indicación de transfusión de sangre compatible, practique prueba de coagulación junto a la cama. (MSP, 2013 p 16)

Identificación y tratamiento de la causa

Tono uterino, masaje uterino, compresión bimanual del útero, uso de drogas uterotónicas

Tejidos retenidos: Remoción manual, legrado,

Trauma o laceraciones, repare desgarros cervicales o vaginales, corrija la inversión uterina, identifique la ruptura uterina,

Coagulopatía, tratamiento específico. (MSP, 2013, p. 17)

2.8. Seguimiento:

Indicaciones del médico al momento de ingreso de la paciente.

Pasar a paciente a observación de emergencia, control de signos vitales cada 15 minutos, se solicita valoración por unidad de cuidados intensivos.

Transfundir 2 paquete de concentrados de glóbulos rojos, dos paquetes de plasma, haemaccel terminar de transfundir el segundo paquete a 30 gotas por minuto, lactato de ringer 1.000 ml a 30 gotas por minuto, cloruro de sodio 1.000 al 0.9 % pasar a 30 gotas por minuto.

Sonda de Foley abierta a permanencia

Ampicilina más sulbactam 3 gramos intravenosa stat, y después 1.5 gramos intravenosa cada 6 horas

Metronidazol 500 mg intravenosa cada 8 horas

Ketorolaco 60 mg intravenosa cada 8 horas

Misoprostol 600 microgramos rectal stat.

Pasar a paciente a quirófano para revisión de canal de parto.

Se realiza revisión de canal de parto y se encontró compresa en tercio interno de vagina que se retiró, se observa sangrado activo leve, se observa desgarramiento de cuello uterino en su mitad derecha, se procede a realizar traquelectomía con cat gut crómico del 1, paciente deja de sangrar, no hay complicaciones.

Pasar a paciente a unidad de cuidados intensivos

Continuar con traje antishock

Cánula de oxígeno a 3 litros

Valorar score mama cada 15 minutos

Vigilar sangrado transvaginal

Reposo absoluto

Cuidados de enfermería

Nada por vía oral

Se solicitan exámenes de laboratorio post transfuncional

Resultados de exámenes:

hemoglobina de 10.3, hematocrito 31.1, glóbulos rojos 3.35, glóbulos blancos 20.000, plaquetas 231.0, neutrófilos 70.5, linfocitos 17.5, monocitos 5.4, eosinófilos 5.6, basófilos 0.3

Signos Vitales

Tensión arterial: 100/67 mmhg

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto

Frecuencia cardiaca: 73 latidos por minuto

Temperatura: 36.5 °C

Saturación de oxígeno: 97%

Proteinuria: +

Paciente al día siguiente se encuentra con score mama de 1 por proteinuria, se revisa sangrado genital se observa loquios hemáticos escasos no fétidos, llama la atención el incremento de

leucocitos por lo que se le agrega gentamicina al esquema antibiótico, paciente colaboradora con interrogatorio, orientada en tiempo y espacio.

Después de 24 horas, paciente con score mama 0, sin complicaciones, leucocitos en descenso con cifras de 17.000 se procede a pasar a paciente a sala de hospitalización de gineco-obstetricia, se mantiene en observación durante 24 horas más.

Al cuarto día de puerperio fisiológico, la paciente se encuentra tranquila, orientada en tiempo y espacio, biometría dentro de parámetros normales score mama 0, se indica alta hospitalaria y continuar control en centro de salud correspondiente.

2.9. Observaciones

Una observación, mientras se identificó la hemorragia postparto, el personal de salud no tocó la alarma del score mama, por lo tanto, no se puso en alerta rápidamente a los otros servicios como laboratorio, personal de quirófano y se perdió tiempo mientras vino el personal de laboratorio a tomar la muestra de sangre a la paciente para los exámenes y también se perdió tiempo en pasar a paciente a quirófano para la revisión del canal del parto.

En cuanto a la identificación de la hemorragia postparto fue acertada y rápidamente se repararon los desgarros a nivel cervical y se detuvo la hemorragia, sin mayores complicaciones.

CONCLUSIONES

En el Ecuador la hemorragia postparto es la segunda causa de muerte materna. En este caso la Hemorragia postparto se presentó por desgarro cervical producto de un periodo de expulsivo prolongado, el cual fue diagnosticado, atendido y solucionado de manera oportuna, evitándose graves consecuencias que pongan en riesgo la vida de la madre, por ser un caso de referencia no se encontraron evidencias clínicas sobre el porqué del periodo expulsivo prolongado en el hospital del que vino referida.

Queda demostrado que, si se aplica correctamente las Guías de Práctica Clínica (GPC), identificando a tiempo la causa del sangrado, puede haber una detención del mismo sin mayores consecuencias, y el conocimiento de los factores de riesgo son de gran ayuda a la hora de prevenir una hemorragia postparto.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Asturizaga, P., & Jaldin, L. T. (2014). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. *Revista Medica La Paz*.
- Cabero, L. (2009). *Operatoria Obstetrica*. Mexico.
- Cabrera, D. S. (2010). *Hemorragia Posparto*.
- Calle, A., Barrera, M., & Gerrero, A. (2008). Diagnostico y Manejo de la Hemorragia Posparto. *Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia*.
- Canchila, Laguna, Paternina, Arango, & barrera, D. I. (2009). *Prevención de la hemorragia postparto*.
- Cuetos, M. J., Nigri, C., Crespo, H., Marco, I. D., García, O., López, G., . . . Seoane, I. (2015). *manual breve para la practica clinica en Emergencia Obstetrica*.
- DI MARCO, I., HECTOR, D., FABIANO, P., FRANZE, F., & SAR, S. (2018). *CONSENSO Hemorragia Postparto (HPP)*.
- Fescina, Mucio, D., Ortiz, & Jarquin. (2012). *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*.
- H. Karlsson, C. P. (2009). HEMORRAGIA POSPARTO. *SciELO Analytics*.
- MARTINEZ-GALIANO, J. M. (2009). Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. *MATRONAS PROFESION* .
- Moldenhauer, J. S. (2016). (Hemorragia puerperal o posparto).
- MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*.
- MSP. (2013). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto. *guia de practica clinica*. QUITO.
- MSP. (2017). *Score MAMÁ y claves obstétricas*.
- MSP. (2019). *GACETA DE MUERTE MATERNA SE 29*.
- OMS. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*.
- SOLARI, A., SOLARI, C., WASH, A., GUERRERO, M., & ENRIQUEZ, O. (2014). Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *REVISTA MEDICA CLINICA LAS CONDES*.
- Stephenson, P., & USAID. (2006). *Manejo Activo del Tercer Periodo del Trabajo de Parto: Una práctica simple para prevenir una hemorragia post parto* .

ANEXOS

Anexo 1.

Exámenes de laboratorio de la historia clínica de la paciente

Medico:	ZAMERANO ZAMERANO LUIS ANTONIO			
Direccion:	BARRIO CENTRAL CALLE 3 DE NOVIEMBRE FRENTE AL PARQUE VILLA COLOR VERDE			
Telefono:	0969683462			
1907223 - BIOMETRIA				
Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial	Usuario
GLOBULOS BLANCOS (NEC)	21.83	$10^3/UL$	4.50 - 11.00	g_demera
GLOBULOS ROJOS (REC)	2.46	$10^6/UL$	4.50 - 5.00	g_demera
HEMOGLOBINA (HGB)	7.5	g/dL	12.0 - 16.0	g_demera
HEMATOCRITO (HCT)	22.2	%	37 - 54 %	g_demera
VOL. CORP. MEDIO (MCV)	90.20	fL	80.0 - 100.0	g_demera
HEMO. CORP. MEDIO (MCH)	30.50	Pg	27.0 - 32.0	g_demera
CONC. HGB. CORP. MEDIO (MCHC)	33.80	g/dL	31.0 - 37.0	g_demera
DIST. GB ROJOS - SD	45.10	fL	37.0 - 51.0	g_demera
DIST. GB ROJOS - CV		%	11.0 - 15.0	
PLAQUETAS	148.0	$10^3/UL$	150 - 450	g_demera
VOL. PLAQUET. MEDIO (MPV)	10.20	fL	7.0 - 11.0	g_demera
RETICULOSITOS	---	%	0.5 - 2.5	g_demera
FORMULA LEUCOCITARIA				
NEUTROFILO	36.2	%	50.0 - 73.0	g_demera
LINFOCITO	6.0	%	30.0 - 38.0	g_demera
MONOCITO	7.5	%	0.0 - 12.0	g_demera
EOSINOFILO	0.0	%	0.0 - 3.0	g_demera
BAFOFILO	0.0	%	0.0 - 1.0	g_demera
1907231 - UROANALISIS				

Anexo 2.

Ecografía de historia clínica de la paciente

