



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado académico de Obstetrix**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

ATONÍA UTERINA POST PARTO EUTÓCICO SIMPLE

AUTORA

JENIFFER ALEXANDRA RIQUERO CARVAJAL

TUTOR

DRA. LILIAM MUÑOZ

BABAHOYO- LOS RÍOS- ECUADOR

GUARANDA-ECUADOR

2020

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
TÍTULO DE CASO CLÍNICO	5
I. MARCO TEÓRICO	6
I.1. JUSTIFICACIÓN	16
I.2. OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
I.3. DATOS GENERALES	17
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	18
II.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO	18
II.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL	18
II.3. EXAMEN FÍSICO	19
II.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	19
II.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y DIFERENCIAL.	20
II.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	21
II.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	24
II.8. SEGUIMIENTO	26
II.9. OBSERVACIONES	31

CONCLUSIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	34
ANEXOS	40

RESUMEN

La hemorragia postparto es una de las principales emergencias obstétricas. La tasa de mortalidad materna por hemorragias oscila entre 30 y 50%. Los factores de riesgo más importantes son: edad materna avanzada y enfermedades crónicas.

Universalmente 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) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo.

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 y esta última puede darse por diferentes factores de los cuales uno de ellos fue el factor que desencadenó la hemorragia en el presente caso.

La multiparidad se asocia al incremento del tejido fibroso que puede interferir en la contracción muscular, ya que la sobre distensión uterina agota el tono de las fibras musculares por eso un útero de múltipara tiene mayor tendencia a atonía. Su prevención se basa en el manejo activo del trabajo de parto y el tratamiento va desde el uso de terapias farmacológicas con uterotónicos hasta la histerectomía de urgencia.

PALABRAS CLAVES.

HEMORRAGIA POSTPARTO

MULTIPARIDAD

ATONIA UTERINA

UTEROTÒNICOS

PÉRDIDA HEMÁTICA

ABSTRACT

The postpartum hemorrhage is one of the main causes of obstetrics emergencies. The maternal mortality rate due to hemorrhages ranges from 30% to 50%. The most important risk factors are advanced maternal age and chronic pathologies.

It is universally defined as haematic loss above 500 ml following a vaginal delivery or above 1,000 ml following a caesarean. An early postpartum haemorrhage (EPH) is one that occurs during the first 24 hours following delivery and is generally the most serious. The late is what happens after 24 hours after delivery until 6 weeks after it.

The causes of PPH include uterine atony, traumas/ lacerations, retention of products of conception and coagulation disorders, the most frequent being atony and the latter can occur due to different factors of which one of them was the factor that triggered the hemorrhage in the present case.

Multiparity is associated with an increase in fibrous tissue that can interfere with muscle contraction, since uterine over- distention exhausts the tone of muscle fibers, which is why a multiparous uterus is more prone to atony. It can be prevented by an active management of the third stage of labour and its treatment goes from the use of uterotonic drugs to an emergency hysterectomy.

KEY WORDS.

POST-PARTUM HAEMORRHAGE.

MULTIPARITY

UTERINE ATONY.

UTEROTONIC.

BLOOD LOSS

INTRODUCCIÓN

En países desarrollados y en vías de desarrollo la hemorragia posparto (HPP) es una de las primeras causas de morbilidad materna severa y mortalidad. Según análisis de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica dificulta a 10,5% de los nacimientos en el mundo, lo que en números totales representan 13.795.000 mujeres que experimentan mencionada complicación cada año. En Latinoamérica constituye la segunda causa de mortalidad materna con 20,8%, tras la patología hipertensiva.

Este trabajo clínico se basa en una paciente de 30 años gran múltipara que llega al servicio de emergencia con embarazo de 39 SG por ecografía del primer trimestre, manifestando dolor abdominal localizado en Hipogastrio tipo contracción de moderada intensidad que se irradia a región lumbosacra acompañado de eliminación de tapón mucoso desde aproximadamente 6 horas de evolución.

Se procede con la valoración de la paciente realizando tacto vaginal para constatar si ha iniciado trabajo de parto. Se procede su ingreso a centro obstétrico ya que se encuentra en trabajo de parto fase expulsiva, atendiendo un parto eutócico simple. Posteriormente al llamado de enfermería para valoración Obstétrica ya que paciente refiere intenso dolor en hipogastrio, se evidencia paciente, pálida, fría, con sangrado transvaginal rojo rutilante abundante, se palpa útero flácido atónico por lo cual se activa clave roja.

TÍTULO DE CASO CLÍNICO

ATONÍA UTERINA POST PARTO EUTÓSICO SIMPLE

I. MARCO TEÓRICO

ATONIA UTERINA POST PARTO EUTOSICO SIMPLE.

DEFINICIÓN

La atonía uterina se define como la incapacidad del útero de contraerse después del parto, lo que resulta en una falta de hemostasia en el lecho placentario, lo que resulta en un sangrado masivo (más de 500 ml de sangre tras parto vaginal o más de 1000 ml tras cesárea). Aunque según fines clínicos consideramos que toda paciente que presente inestabilidad hemodinámica después del parto es una hemorragia post parto porque no podemos cuantificar la cantidad exacta del sangrado

La hemorragia post parto por atonía se vincula con diferentes factores mencionados a continuación.

ETIOLOGÍA. Causas De Atonía Uterina.

	Causas	Factores de riesgo
Atonía uterina (Tono)	Sobre distensión uterina.	Gestaciones múltiples. Hidramnios. Feto macrosoma.
	Corioamnionitis	RPM prolongada. Fiebre.
	Agotamiento	Parto prolongado

	muscular	y/o rápido. Elevada multiparidad.
--	----------	---

Fuente: (Juan Antonio Suárez González, 2016)

EL CUADRO CLÍNICO POR ATONÍA SE CARACTERIZA POR LO SIGUIENTE:

- Sangrado rojo rutilante con o sin coágulos a chorro, masivo, abundante
- Reducción de la consistencia del útero a la palpación:

Clínicamente se evidencia que el útero después de haberse desocupado por completo aún tiene un tamaño mayor que lo normal, ya que el fondo se encuentra por encima del ombligo. Al estimularlo manualmente se contrae y disminuye su tamaño, incrementa su consistencia y pronto vuelve a su estado normal.

- Presencia súbita de estado de shock hipovolémico.
- Anemia por diagnóstico clínico o de laboratorio.
- Alteraciones hemodinámicas.

Los signos más comunes son: Palidez generalizada, hipotensión arterial, sudoración, piel húmeda, mareos, náuseas y lipotimia.

Shock: Incremento de la FC > 100 por minuto, FR > 15 por minuto, Reducción. vol. Urinario. (Gerardo Fernández*, Enrique Torres Guerra**, María Diez-Ewald**, Mariela Delgado-Fox***, Nelson Fernández**, Jesús Quintero**, Gilberto Vizcaíno**, Marisol Fernández, 2009)

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que alrededor de 140.000 mujeres mueren cada año (aproximadamente el 26.5% de la tasa de mortalidad materna global), una cada cuatro minutos por hemorragia obstétrica.

La tasa de mortalidad materna por hemorragia es entre el 70 y 75%. Se considera 3 veces más frecuente en mujeres afroamericanas, comparadas con otras latitudes. (C. Shellie, 2008)

FISIOPATOLOGÍA

Las contracciones continuas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos sanguíneos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el útero no puede contraerse de manera coordinada, existe atonía uterina y los vasos sanguíneos de la placenta no se contraen y se produce la hemorragia.

La taquicardia puede ser el único signo de hemorragia hasta que se pierde el 30-40% de la capacidad de circulación, que es cuando se desarrolla la hipotensión y la contracción de los vasos sanguíneos circundantes. Las arterias uterinas y ováricas irrigan la unidad útero placentaria.

El flujo sanguíneo uterino durante el embarazo aumenta de <5% a 12% del gasto cardiaco (700-900 ml/min). Por lo tanto, la pérdida de sangre desde el lecho útero placentario puede ser activa y difícil de controlar. (Dávila J G, Zuleta-Tobón J, 2009)

CLASIFICACIÓN

Hemorragia Postparto Primaria: se da dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Alrededor del 70% de la HPP inmediata se da debido a atonía uterina.

Hemorragia Postparto Secundaria o Tardía: Ocurre dentro de las 24 horas a 6 semanas después del parto. La mayoría de los casos de HPP se deben a retención de restos placentarios, infecciones o las dos. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

PÉRDIDA HEMÁTICA

La forma habitual para evaluar la pérdida hemodinámica durante el trabajo de parto es inexacto porque consiste en su estimación visual. Sin embargo, podemos analizar mejor las pérdidas, intentando medir la sangre acumulada y los coágulos o pesar las compresas.

La presencia de hipotensión y taquicardia sugiere un volumen sanguíneo insuficiente, pero su ausencia no la descarta. La oliguria es un signo temprano. El riñón es sensible a la irrigación insuficiente, reduciendo el flujo renal, filtrado glomerular y diuresis, antes de que ocurran cambios en los signos vitales y hematocrito. (Gladis Adriana Vélez- Álvarez, 2009)

ARGUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HEMORRAGIA POR ATONÍA UTERINA.

Manifestaciones iniciales	Signos y síntomas que se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia
Hemorragia postparto inmediata.	Útero blando y no retraído Taquicardia Hipotensión.	Atonía uterina	70%

(Protocolo claves obstétricas, 2016)

MANEJO ESPECÍFICO POR ATONÍA UTERINA

Debemos informar a la paciente. Asegúrese una correcta permeabilidad aérea. Administración de oxígeno de 8 a 10 litros con mascarilla a 10 litros/minuto o cánula nasal a 4 litros por minuto en caso de no haber mascarilla. Iniciamos masaje uterino bimanual como primera medida para expulsar la sangre y los coágulos sanguíneos, mientras se prepara de forma simultánea el manejo farmacológico.

Colocamos dos vías intravenosas de gran calibre 16G o 14G. Vía 1: Suministramos soluciones cristaloides (lactato de Ringer o cloruro de sodio) en volumen hasta de dos litros en infusión rápida y luego a 60 gotas por minuto. Vía 2: suministrar 20-40 UI oxitocina en 1000 ml de solución cristaloides en infusión IV a 250 ml/h.

Misoprostol 800 ug sublingual o rectal (4 tabletas de 200 mcg). Ergonovina o Metilergonovina (en ausencia de contraindicaciones) 0,2 mg IM, se puede repetir cada 2 o 4 horas, máximo 5 dosis (1mg) en un periodo de 24 horas. No usar en caso de: preeclampsia, hipertensa, cardiopatía. (Guía de práctica clínica., 2013)

ÁCIDO TRANEXÁMICO

Estudios internacionales basados en evidencia mencionan la importancia del uso del Ácido tranexámico, durante las tres primeras horas pero para tener mayor efectividad en los primeros 15 minutos. Fármaco antifibrinolítico útil tanto para la prevención como para el tratamiento de la hemorragia.

Administrar junto con otros medicamentos y procedimientos para controlar el sangrado. Infundir 1 g durante 10 a 20 minutos, ya que la infusión > 1 ml / minuto puede causar hipotensión. Si el sangrado continuo puede administrarse una segunda dosis de 1 g. La vida media es de dos horas y el efecto antifibrinolítico dura hasta 8 horas. No debe administrarse a pacientes con hemorragia subaracnoidea o coagulación intravascular.

Disminuir la dosis en pacientes con insuficiencia renal o antecedente de trombosis venosa o arterial. Alrededor del 90% del medicamento se elimina dentro de las 24 horas posteriores a la administración intravenosa. Colocar una sonda vesical para monitorizar el gasto urinario (Diuresis mayor a 30 ml por hora mayor o igual a, 5 ml/kg/h.) ya que si no hay diuresis podemos intoxicar a la paciente causándole un edema agudo del pulmón. (Piamo MAJ, García RMA , 2018)

TRAJE ANTISHOCK

El pantalón antishock se debe colocar en el momento que se activa la clave, la finalidad de este es la distribución de líquidos ya que con cada componente del traje estaremos distribuyendo 250 ml de sangre que permiten oxigenar cerebro pulmones y corazón.

La colocación se inicia por la porción distal; simultáneamente ambos componentes de cada pierna del 1 al 3, luego el componente pélvico 4 y finalmente, la bola del componente 5 se acoplan sobre el cuerpo uterino y se fija con el componente 6. Lo pueden colocar una o dos personas.

La presión circunferencial debe ser la mayor posible (excepto del componente 6 que deberá colocarse sin ejercer demasiada presión). (Dr. Nicolas Basanta, DPablo Fabiano, Dr. Javier Lukestik, Dr. Roberto Tissera, Dra Claudia Travela., 2019)

COMPRESIÓN BIMANUAL INTERNA

Si no se dispone de traje antishock, se debe realizar compresión bimanual mientras se prepara el balón de Bakri. Esta técnica consiste en colocar un puño dentro del canal vaginal (mano izquierda) dirigido al fondo del saco anterior a nivel de la vejiga. La mano derecha va por encima del abdomen hacia el fondo uterino y entre los dos realiza la compresión en forma continua. (Rev. peru. ginecol. obstet. vol.60 no.1 Lima, 2014)

BALÓN DE BAKRI

Es un dispositivo intrauterino creado específicamente e indicado para reducir o controlar la HPP debida a atonía uterina cuando el tratamiento conservador está justificado. Si el sangrado no se detiene se debe realizar manejo conservador del útero, mediante el taponamiento endouterino con balón de Bakri.

Su mecanismo de acción consiste en el incremento de la presión intraluminal sobre las paredes uterinas y por lo tanto, sobre la vasculatura uterina. El balón, cuando está insuflado, se ajusta a la forma de la cavidad, comprime las paredes del útero y detiene el sangrado por aumento de la presión intracavitaria.

La permanencia se estima entre 12 y 24 horas y durante este período debe colocarse un taponaje vaginal para evitar desplazamientos del balón ya que el cuello del útero está completamente dilatado, luego procedemos a la colocación de los componentes 5 y 6 del traje antishock que comprimen el útero. (C. Georgiou., 2009)

TÉCNICA DE ZEA

Si pese a usar todos estos recursos no cesa el sangrado se debe proceder al pinzamiento de arterias uterinas o también llamada técnica de Zea cuyo objetivo es la oclusión arterial para estabilizar a la paciente, a nivel del ligamento cardinal útero sacro en la unión

del cuello con el ligamento. ((Zea-Prado F, Espino-y-Sosa S, Morales-Hernández FV, 2011)

ÍNDICE DE SHOCK

Es la integración de 2 variables fisiológicas, en la que se divide Frecuencia cardíaca y presión arterial sistólica y es utilizado en la evaluación de pacientes con hemorragia. El IC es normal 0,7- 0,9 mayor a 1 se considera anormal.

La evidencia ha comprobado que es el predictor más eficaz de Hipovolemia; es útil en la estimación de pérdida de sangre masiva y en la predicción de transfusión sanguínea. Se debe considerar transfundir si la pérdida es mayor del 30% y está causando inestabilidad hemodinámica, o la pérdida se calcula mayor a 1500 ml con sangrado activo.

En emergencias y sin resultados inmediatos de laboratorios se puede administrar dos paquetes de glóbulos rojos O negativos. Pero si las condiciones de la paciente lo permiten y si la hemoglobina es menor a 7g/dl se considera hemoderivados ya que cada plaqueta aumenta un 3% al hematocrito y 1 g/dl a la hemoglobina.

Sin embargo si una paciente pierde 4 gramos de hemoglobina o 10% de hematocrito ya hizo hemorragia postparto ejemplo: si la paciente ingresa con una hemoglobina de 12 y llega a tener una hemoglobina de 8, aparentemente no es una anemia grave pero si presenta síntomas decaimiento, cefalea, frecuencia cardiaca alta o hipotensión esta paciente necesita transfundirse, es decir cuenta

mucho el estado hemodinámico de la paciente. (Hirst J, Jeffery H, 2013).

Laboratorio óptimo: La Hemoglobina / hematocrito no refleja la cantidad de pérdida de sangre en forma aguda. Hemoglobina mayor a 7 (Provee una adecuada oxigenación tisular). Plaquetas menores 100.000 valor de mal pronóstico.

Pedimos creatinina porque la pérdida masiva de sangre daña el riñón, pedimos tiempos de coagulación para analizar si la paciente no está cayendo en una coagulopatía intravascular diseminada. Si observamos que la paciente está deteriorada es importante pedir transaminasas y bilirrubinas para ver si no hay daño hepático, es importante recordar que el shock severo causa daño de los órganos blancos, cerebro si hay mucha hipoxia esto lo podemos ver clínicamente.

Un método cercano para evaluar la coagulación se puede realizar utilizando 5ml de sangre venosa periférica, colocada en un tubo de vidrio limpio y seco, se observa tiempo de coagulación (hasta que la sangre no fluya cuando el tubo este invertido), a 37 grados. Lo normal es entre 5-8 minutos, si no coagula o inicia y se disuelve expresa una deficiencia en factores.

Ácido láctico mayor a 3 y en especial mayor a 6 es indicador de severidad. (Dr. Nicolas Basanta, Dr. Pablo Fabiano, Dr. Javier Lukestik, Dr. Roberto Tissera, Dra Claudia Travela., 2019)

I.1. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación es un componente práctico del examen complejo el cual describe el caso clínico de una paciente de 30 años gran multípara, que llega a emergencias la cual su diagnóstico es embarazo de 39 SG por eco más labor de parto fase expulsiva.

La cual evoluciona favorablemente dándose un parto eutócico simple, luego al llamado de enfermería para valoración Obstétrica ya que la paciente refiere intenso dolor en hipogastrio, se evidencia paciente, pálida, fría, con sangrado transvaginal rojo rutilante abundante, se palpa útero flácido atónico por lo cual se activa clave roja para el manejo de esta emergencia obstétrica.

El fin de dar a conocer este caso es cuán importante y grave es la poca responsabilidad de las pacientes en la planificación familiar lo que lleva a la multiparidad por ende a una posible complicación como se presenta en este caso.

Además conocer el manejo de la paciente y que podemos mejorar para casos posteriores ya que su incidencia es alta. Este tipo de emergencias se considera como una de las más grandes complicaciones Gineco-Obstétricas por ende necesita de su actuación inmediata en el momento que se presente.

I.2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la importancia de una correcta y rápida identificación de atonía uterina, así como de su prevención y manejo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recolectar información disponible basada en evidencia científica en el diagnóstico y manejo de hemorragia post parto eutósico simple por un caso presentado en hospital Alfredo Noboa Montenegro.
- Determinar el factor de riesgo presente en la hemorragia pos parto eutósico simple
- Presentar las estrategias en la disminución de la mortalidad materna por hemorragia postparto en nuestro País.

I.3. DATOS GENERALES

- Sexo: femenino
- Edad: 30 años
- Estado civil: casada
- Hijos: 4
- Profesión: Ama de casa
- Nivel de educación: Primaria

- Dirección de residencia actual: Guaranda/ Vinchoa.
- Etnia: indígena

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

II.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO

Paciente de 30 años acude al servicio de emergencia por presentar dolor abdominal localizado en hipogastrio tipo contracción de moderada intensidad que se irradia a región lumbar de más o menos 6 horas de evolución. Paciente no refiere antecedentes personales, familiares y quirúrgicos. No consume drogas ni alcohol. Antecedentes Gineco-Obstetricos G: 4 P: 4 A: 0 C: 0, menarquia: 13 años con ciclos irregulares, se realizó 4 controles prenatales en centro de salud Vinchoa, aplicación de vacunas completas, FUM: no recuerda.

II.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL.

(Anamnesis)

Paciente acude a emergencia por presentar dolor abdominal tipo contracción uterina de más o menos 6 horas de evolución, de moderada intensidad localizado en hipogastrio irradiado a región lumbar acompañado de eliminación de tapón mucoso, motivo por el cual acude. Se calcula edad gestacional por ecografía del primer trimestre y se estima 39 SG, se procede valoración FCF: 150 latidos por minuto, con actividad uterina: 4/10/30. Al tacto

vaginal se evidencia D: 10 B: 100%, tercer plano, membranas rotas por el cual se decide su ingreso a centro obstétrico para la atención del parto.

II.3. EXAMEN FÍSICO

Signos vitales: Tensión Arterial: 120/70, Frecuencia Cardíaca: 85, Frecuencia Respiratoria: 20, T: 36,2, Saturación de oxígeno: 96%, alerta, no se realiza proteinuria en tirilla por periodo de fase expulsiva, score mama de cero.

Paciente consiente orientado afebril, hidratada, fascia normal, mucosas orales húmedas, cabeza normo cefálica, cuello móvil sin adenopatías, tórax simétrico expansible, mamas simétricas secretantes, ruidos cardíacos rítmicos, abdomen globoso ocupado por útero gestante, feto único vivo, AFU: 39 cm, actividad uterina: cuatro, en diez minutos de treinta segundos, al examen ginecológico por tacto vaginal, se evidencia genitales de multípara, cérvix dilatado 10 cm, borramiento 100%, presentación cefálica, tercer plano, membranas rotas, extremidades sin presencia de edema.

II.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Exámenes previos al ingreso de la paciente.

Hematológica con resultados de:

Leucocitos: 9.880, Hemoglobina: 11,9, hematocrito: 37.8, plaquetas: 407.000 Mm³, grupo sanguíneo O (+), TP: lab sin reactivo, TTP: 34.8 seg.

Química:

Glucosa en ayuna: 81.2, Urea: 21.1, Creatinina: 0.60, TGO: 29.4,
TGP: 31.0

Serología:

VIH: No reactivo, VDRL: No reactivo.

II.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y DIFERENCIAL.

Al momento que se presentó la hemorragia se analizó las 4 posibles causas, tono, trauma, tejido, trombina. Se palpo útero flácido atónico, además se realizó revisión en cavidad vaginal, cavidad uterina, evidenciando cérvix sin desgarros, se descarta retención de restos ovulares y se realiza prueba Hemostática, coagulándose a los 6 minutos. Se descartó los dos primeros diagnósticos y tomando en cuenta lo antes mencionado y se llegó al diagnóstico definitivo.

Diagnostico presuntivo

- ✓ Hemorragia uterina por retención de restos placentarios.
- ✓ Hemorragia por desgarros del canal del parto.
- ✓ Hemorragia post parto por atonía uterina.

Diagnóstico Diferencial.

- ✓ Inversión uterina.
- ✓ Acretismo placentario.
- ✓ Ruptura uterina

Diagnóstico definitivo

- ✓ Hemorragia post parto por atonía uterina.

II.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

En este caso la paciente es gran multípara siendo este su quinto parto, es decir una paciente con un factor de riesgo ya que conocemos que el incremento del tejido fibroso interfiere en la contracción muscular, y la sobre distensión uterina agota el tono de las fibras musculares por esto un útero de multípara tiene mayor tendencia a atonía, además podemos notar el problema que representa que las pacientes se rehúsen a utilizar un método anticonceptivo exponiéndose a una posible complicación.

Como detallamos anteriormente se trata de una paciente en labor de parto fase expulsiva, por lo que se decide su ingreso a centro obstétrico, produciéndose después de 11 minutos el parto eutócico céfalo vaginal.

Nota Post Parto.

Bajo normas de asepsia y antisepsia previa colocación de campos estériles se asiste parto eutócico simple céfalo vaginal, obteniendo recién nacido vivo, sexo masculino a las 17H01 del 28/01/2020, Peso: 2900 gr, APGAR: 8-9, Perímetro cefálico 33.5, Talla: 47cm, Capurro 39 sg.

Se realiza manejo activo de la tercera etapa del parto con alumbramiento completo a los 15 minutos, con un sangrado de 400 cc. Episiotomía: No, Desgarro: No, líquido amniótico claro con grumos en adecuada cantidad. Diagnóstico: Parto eutócico simple, puerperio fisiológico inmediato más nacido vivo.

Normas esamyn: vestimenta hospitalaria, placenta no desea, acompañamiento no desea, posición litotomía.

Indicaciones

- ✓ NPO por dos horas y luego dieta blanda.
- ✓ Control de signos vitales c/15 minutos por dos horas.
- ✓ Score mama c/8 horas.
- ✓ Control de loquios e involución uterina.
- ✓ Control de altura uterina.
- ✓ Masaje uterino c/15 minutos por dos horas.
- ✓ Ducha perineal BID.
- ✓ Reposo relativo.
- ✓ Oxitócina 10 UI IM STAT.
- ✓ Diclofenaco 75 mg IM STAT.
- ✓ Paracetamol 500 mg c/8h.
- ✓ Lactancia materna exclusiva.
- ✓ Apego precoz.
- ✓ Biometría hemática de control 1:00 AM.

Revisión 17:20

Se acude ha llamado de enfermería ya que la paciente refiere intenso dolor en hipogastrio, se procede valoración se evidencia paciente pálida, fría, con sangrado transvaginal rojo rutilante abundante.

Se palpa útero flácido atónico 0+2, se procede a dar masaje uterino continuo más revisión de cavidad vaginal y uterina, cérvix sin desgarros, se descarta retención de restos ovulares.

Presión Arterial: 80/58 (4), Frecuencia Cardíaca: 110 (1)
Frecuencia Respiratoria: 23 (2), Saturación de Oxígeno: 90% (1),
Temperatura: 36,2 C° (0), Alerta (0), Proteinuria en tirilla: - (0),
SCORE MAMA (8). Se activa clave roja y se colocó traje antishock. Sangrado total: 1300 ml.

Indicaciones

- ✓ NPO
- ✓ Monitorización continua de signos vitales c/15 minutos por dos horas.
- ✓ Score mama c/30 minutos.
- ✓ Control ingesta /excreta.
- ✓ Control de Diuresis horaria.
- ✓ Oxígeno por bigotera a 4 l/m
- ✓ Vía 1: lactato de Ringer 2000 ml iv stat y luego 60 gotas por minuto.
- ✓ Vía 2: cloruro de sodio 0,9% 1000ml mas oxitocina 20 UI pasar a 120 ml hora.
- ✓ Misoprostol 800 mcg vía rectal ya.
- ✓ Infundir 1 g Ácido tranexámico en 10cc pasar en 10 minutos.
- ✓ ketorolaco 60mg iv cada 8h.
- ✓ Colocar sonda vesical.
- ✓ Colocar traje antishock.
- ✓ Biometría hemática stat.
- ✓ Activar clave roja.
- ✓ Comunicar novedades.

Biometría hemática postparto.

Se recibe resultados de laboratorio (17:35)

- ✓ Hematocrito: 23%
- ✓ Hemoglobina: 7.4 g/dl
- ✓ Plaquetas: 313.000 mm³
- ✓ Leucocitos: 14.400

Diagnóstico: anemia severa.

Se calcula Índice de shock: Frecuencia cardiaca / Presión arterial sistólica: 1,3

Indicaciones

- ✓ Transfundir dos concentrados de glóbulos rojos ORH+.
- ✓ Comunicar novedades.

II.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Una vez identificado la hemorragia se implementó de manera contemporáneo cuatro elementos importantes del manejo de esta emergencia.

- ✓ Se le comunico al personal que corresponde.
- ✓ Se realizó reposición de líquidos y se oxígeno a la paciente.
- ✓ Monitorizamos y buscamos la causa.
- ✓ Detención del sangrado.

Basándose en la guía de práctica clínica del ministerio de salud pública. La paciente fue informada del procedimiento que se le estaba realizando, permeabilizamos la vía aérea y se suministró oxígeno por cánula nasal.

El personal de enfermería realizó una rápida evaluación de los signos vitales de la paciente dando como resultado una puntuación de score mama de ocho, el médico tratante teniendo esta información clasifico un grado de shock leve e inicio con la búsqueda de la causa de hemorragia, aplicando la nemotecnia de las 4 T, palpando útero flácido atónico 0+2, procede a dar masaje uterino más revisión de cavidad vaginal y uterina encontrando cérvix sin desgarros y se descarta retención de restos placentario, además se evalúa la coagulación utilizando 5ml de sangre venosa, colocada en un tubo de vidrio, se observa tiempo de coagulación coagulándose al minuto 6.

Llegando a la causa del sangrado en este caso atonía uterina, e indica que se inicie tratamiento como lo indica la guía de práctica clínica del manejo de hemorragia post parto, simultáneamente previa asepsia evacua vejiga y coloca sonda Foley para medición de eliminación urinaria.

Además se coloca traje antishock junto con la ayuda del personal de enfermería para colocación de los componentes ya que el médico tratante señala que en nuevas actualizaciones de FASGO y en estudios basados en evidencia lo recomiendan, cuya finalidad de este es la redistribución de líquidos ya que con cada componente del traje estaremos distribuyendo 250 ml de sangre que permiten oxigenar cerebro pulmones y corazón, además los componentes 5 y 6 del traje antishock comprimen el útero.

Se calculó el índice de shock entre 2 signos clínicos: La frecuencia cardíaca sobre la Tensión Arterial Sistólica, calculando un índice de shock 1,3, la evidencia ha demostrado que es el pronosticador más eficaz de Hipovolemia; es valioso en la estimación de pérdida de sangre abundante y en la predicción de transfusión sanguínea, en este caso se consideró transfusión de dos paquetes globulares, teniendo en consideración el índice de shock, el estado hemodinámico de la paciente y los resultados de Biometría hemática con una hemoglobina de 7,4 g/dl.

II.8. SEGUIMIENTO

Nota de revisión 17:50

Tras administrar líquidos (cristaloides)

- ✓ Presión Arterial: 89/59
- ✓ Frecuencia Cardíaca: 105 latidos por minutos.
- ✓ Frecuencia Respiratoria: 22
- ✓ Temperatura Corporal: 36.2
- ✓ Saturación de oxígeno: 99%
- ✓ Consiente
- ✓ SCORE MAMA (5)
- ✓ Útero contraído en O-1.

Nota de revisión - 18:20

- ✓ Presión Arterial: 105/80
- ✓ Frecuencia Cardíaca: 101
- ✓ Frecuencia Respiratoria: 22
- ✓ Temperatura Corporal: 36,8
- ✓ Saturación de oxígeno: 98%
- ✓ Consiente
- ✓ SCORE MAMA (1)
- ✓ Útero contraído en O-1.

Nota de revisión 18:50

- ✓ Presión Arterial: 110/70
- ✓ Frecuencia Cardíaca: 98 xm.
- ✓ Frecuencia Respiratoria: 21 xm
- ✓ Temperatura Corporal: 36,5
- ✓ Saturación de oxígeno: 97%
- ✓ Consiente
- ✓ SCORE MAMA (0)
- ✓ Útero contraído en O-2
- ✓ Loquios en escasa cantidad.

Nota de revisión 19:20

- ✓ Presión Arterial: 110/75
- ✓ Frecuencia Cardíaca: 95 xm.
- ✓ Frecuencia Respiratoria: 21 xm
- ✓ Temperatura Corporal: 36,5
- ✓ Saturación de oxígeno: 97%
- ✓ Consiente
- ✓ SCORE MAMA (0)
- ✓ Útero contraído en O-2
- ✓ Loquios en escasa cantidad.

Evolución nocturna 28/01/2020 hora: 20:00

Paciente de 30 años, Diagnóstico: parto eutócico simple de tres horas de evolución + hemorragia post parto por atonía uterina + anemia severa.

S: paciente al momento refiere dolor en hipogastrio de leve intensidad.

O: FC: 93, TA: 100/60, FR: 20, T: 36.1, SAT O2: 90, ALERTA, Proteinuria: (-) SCORE MAMA: 0

Consiente orientada afebril, mucosas orales húmedas, fascia pálida, cuello móvil sin adenopatías, tórax expansible simétrico, cardiopulmonar normal, glándulas mamarias secretantes, corazón rítmico.

Abdomen: suave depresible doloroso a la palpación, útero contraído o-2.

RIG: loquios hemáticos en poca cantidad.

Extremidades Simétricas, no edema.

A: paciente aparentemente estable.

P: actualmente se está Transfundiendo concentrados globulares.

Indicaciones

- ✓ NPO
- ✓ Score mama c/6 horas
- ✓ Reposo absoluto.
- ✓ Ducha perineal BID
- ✓ Control de loquios e involución uterina
- ✓ Cloruro de sodio 0,9% 1000 cc pasar IV a 28 gotas por minuto.
- ✓ Paracetamol 500 mg c/8h.
- ✓ Continuar transfusión.
- ✓ Mantener sonda vesical.
- ✓ BH post transfusión pendiente.
- ✓ Comunicar novedades.

Evolución diurna del 29/01/2020 hora 7:30 AM

Paciente de 30 años, Diagnostico: parto eutócico simple de 14 horas de evolución + hemorragia post parto por atonía uterina superada + anemia leve

S: Paciente al momento asintomática.

O: FC: 93, TA: 100/60, FR: 20, T: 36.1, SAT O2: 90, alerta, Proteinuria: (-), SCORE MAMA: 0

Consciente orientada afebril, mucosas orales húmedas, fascia pálida, cuello móvil sin adenopatías, tórax expansible simétrico, cardiopulmonar normal, glándulas mamarias secretantes, corazón rítmico.

Abdomen: suave depresible no doloroso a la palpación, útero contraído o-2.

RIG: loquios hemáticos en poca cantidad.

Extremidades: Simétricas, no edema.

A: paciente hemodinámicamente estable

P: se recibe biometría post transfusión

HGB: 10,4

HCTO: 29.5

PLT: 339.000

Leucocitos: 14.400

Indicaciones

- ✓ Dieta hiperferrica.
- ✓ Score mama c/8 Horas.
- ✓ Reposo relativo.
- ✓ Paracetamol 500 mg c/8h
- ✓ Hierro elemental 200mg QD.
- ✓ Retirar sonda vesical.

- ✓ Comunicar novedades.

Evolución nocturna 29/01/2020 19:30 pm

Paciente de 30 años con Diagnóstico: parto eutócico simple por embarazo de 39 sg por eco, de 26 horas de evolución + hemorragia post parto superada + anemia leve

Al momento no refiere molestias.

FC: 90, TA: 100/70, FR: 20, T: 36.1, SAT O2: 96%, ALERTA, PROTEINURIA: (-), SCORE MAMA: 0

Consciente orientada afebril, mucosas orales húmedas, cuello móvil sin adenopatías, tórax expansible simétrico, cardiopulmonar normal, glándulas mamarias secretantes, corazón rítmico.

Abdomen: suave depresible no doloroso a la palpación, útero contraído o-2.

RIG: loquios hemáticos escasos.

Extremidades Simétricas.

Paciente hemodinamicamente estable.

Indicaciones.

- ✓ Mismas indicaciones

Evolución diurna de alta 30/01/2020

Paciente de 30 años, Diagnóstico: Parto eutócico simple de 38 horas de evolución, más hemorragia postparto superada más anemia leve.

S: Paciente al momento asintomática hemodinamicamente estable.

O: TA: 120/80 FC: 80x'FR: 20 TC: 36.6° SATURACIÓN: 94%, Paciente Alerta, Proteinuria: -, SCORE MAMA (0)

Paciente consciente orientada afebril, mucosas orales húmedas, cuello móvil, tórax simétrico expansible, corazón rítmico, mamas simétricas secretantes.

Abdomen: Suave depresible no doloroso a palpación.

RIG: Genitales de multípara loquios hemáticos en escasa cantidad.

Miembros inferiores: Simétricos no edema

A: Al momento en condiciones de alta.

P: Indicaciones

Indicaciones

- ✓ Alta más indicaciones.
- ✓ Post consejería en VIH-VDRL
- ✓ Post consejería en lactancia materna
- ✓ Post consejería en planificación familiar
- ✓ Post consejería en nutrición.
- ✓ Levonorgestrel 0,03 mg cada día.
- ✓ Paracetamol 500mg vo cada 8h x 3 días
- ✓ Sales de hierro 200 mg CD por 30 días.
- ✓ Referencia inversa a centro salud vinchoa.
- ✓ Signos de alarma.

II.9. OBSERVACIONES

- ✓ Es importante mencionar que se le informó a la paciente sobre todos los procedimientos y por ende su firma en los respectivos consentimientos informados, aceptando el manejo expuesto en el desarrollo del presente caso.

- ✓ Además la paciente evolucionó favorablemente dándose el alta dos días post parto.
- ✓ Se le explico a la paciente y su pareja el riesgo que presenta al no utilizar un método anticonceptivo y el riesgo de un próximo embarazo, por ser una paciente Gran múltipara. Pese a las explicaciones y consejería en planificación familiar rechazó cualquier tipo de método, pero se cumplió con la prescripción y entrega del anticonceptivo oral.

CONCLUSIONES

- ✓ La importancia del correcto manejo de esta emergencia permitió lograr estabilidad hemodinámica en la paciente y la acción en la hora dorada que determina la vida de la paciente.
- ✓ En el desarrollo de este caso nos podemos dar cuenta el problema que representa que las pacientes se rehúsan a utilizar un método anticonceptivo llevando esto a una problemática tanto para ellas como en el sector de salud público, ya que esto es un factor de riesgo para complicaciones obstétricas.
- ✓ Además de constatar de cerca la vulnerabilidad de la mujer apegada a su cultura, creencias, dogmas, tradiciones ante las decisiones personales de la salud materna, el bajo compromiso

de paternidad responsable por decidir sobre la salud de la mujer y su familia y la repercusión en la salud sexual y reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología FLASOG. Uso del misoprostol en Obstetricia y Ginecología. marzo 2007. Editor Anibal Faúndes, 2ª edición
2. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings International Journal of Gynecology and Obstetrics, 11 (2012), pp. 108-118
3. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto, Guía de Práctica Clínica (GPC) 2013
4. CONSENSO Manejo de la Hemorragia Obstétrica Crítica
Coordinador: Raúl H. Winograd Expertos: Liliana Salcedo,
Pablo Fabiano, Hector Bolatti.
<http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/conhemoob.pdf>
5. Majumdar, S. Saleh, M. Davis, I. Hassan, P.J. Thompson. Use of the balloon catheter tamponade for massive postpartum haemorrhage.

J Obstet Gynecol, 30 (2010), pp. 586-593

6. Gómez- Dávila J G, Zuleta-Tobón J

Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica.

7. Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007

8. Score MAMÁ y claves obstétricas 2017

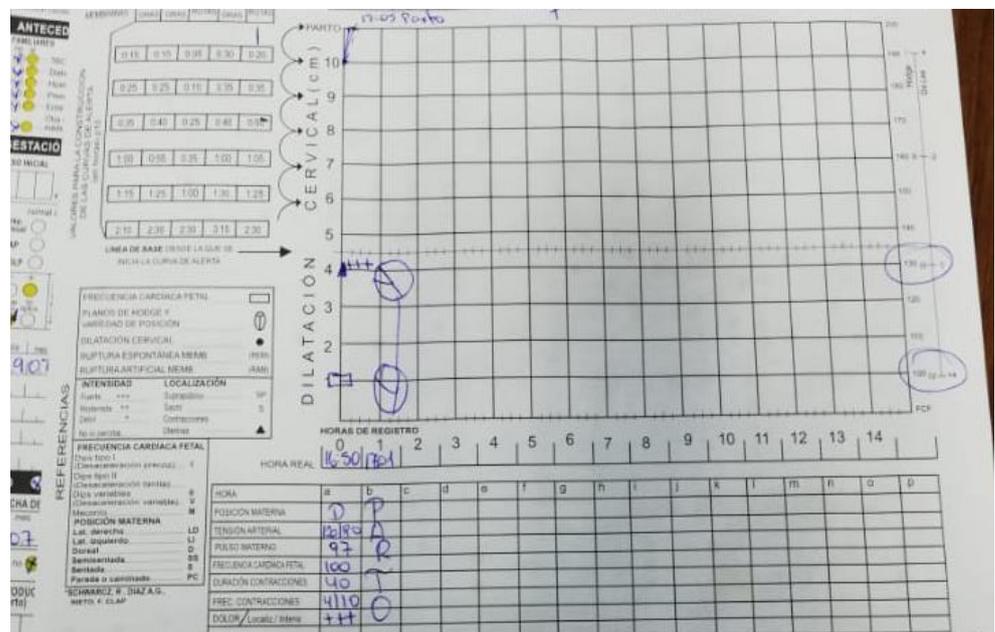
9. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia
<https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428195005.pdf>

10. Consenso HPP SOGIBA 2018

http://www.sogiba.org.ar/images/Consenso_HPP_SOGIBA_2018.pdf

ANEXOS

Fuente: historia clínica



Exámenes de ingreso de la paciente.

02530E
 PAUCAR CHELA VANESSA Sala: Adaptador: EMERGENCIA
 Coment. muestra: Pos.: 01/28/2002
 Doctor: 01/28/2002
 Nacimiento: 01/28/2002
 Alias: XN

Positive Morph.

WBC	9.88	[10 ³ /uL]	
RBC	5.26	[10 ⁶ /uL]	
HGB	11.9	[g/dL]	
HCT	37.8	[%]	
MCV	71.9	[fL]	
MCH	22.6	[pg]	
MCHC	31.5	[g/dL]	
PLT	407	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	39.1	[fL]	
RDW-CV	14.9	[%]	
MPV	9.1	[fL]	
NEUT	6.39	[10 ³ /uL]	64.7 [%]
L YMPH	2.59	[10 ³ /uL]	26.2 [%]
MONO	0.75	[10 ³ /uL]	7.6 [%]
EO	0.03	[10 ³ /uL]	0.3 [%]
BASO	0.05	[10 ³ /uL]	0.5 [%]
IG	0.07	[10 ³ /uL]	0.7 [%]

WDF
 SSC
 WDF
 SSC
 RBC

VANESSA MARIBEL
 FECHA DE ENTREGA: 28-ENERO-2020 RCL

3 COPROLOGICO Y COPROPARASITARIO

RETICULOCITO	0	COLOR	HEMPLC	ESPORES	FIBRAS
COAGULOS	0	CONSIST	ORINA	MOCCO	ALMORON
FACTOR RH	POSITIVO	pH	GRASA	TRGF	GRASA
COOMBS		PROTOZOARIOS	QUIST	HELMINTOS	RODEO
TIEMPO DE COAG					LA 80
TIEMPO DE SANG					
TT P	34.8 SEG				

ROTAVIRUS:

4 QUIMICA

DETERMINACION	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA	DETERMINACION	RESULTADO	UNIDAD DE	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN AYUN	81.2	mg/dl	70-115	TRANSAMINASA PRUVICA (AST)	31.0	u/l	31-41
GLUCOSA 2 HORAS		mg/dl	110-130	TRANSAMINASA OKALACETICA	29.4	u/l	31-35
UREA	21.1	mg/dl	15-50	TOSTATASA ALCALINA		U/l	Mn170
CREATININA	0.60	mg/dl	0,6-1,1	LDH		mg/dl	240-480
BILIRUBINA TOTAL		mg/dl	Mn1,1	COLESTEROL TOTAL		mg/dl	Mn 200
BILIRUBINA DIRECTA		mg/dl	Mn0,2	COLESTEROL HDL		mg/dl	My35
BILIRUBINA INDIRECTA		mg/dl	Mn0.85	COLESTEROL LDL		mg/dl	
PROTEINA TOTAL		g/dl	5,7-8,0	TRIGLICERIDOS		mg/dl	75-150
ALBUMINA		g/dl	3,5-5,2	AMILASA		u/l	Mn100
GLOBULINA		g/dl	2,3-3,3	LIPASA		u/l	Mn 60
ACIDO URICO		mg/dl	2,3-8,2	SODIO		mmol/l	
GGT		U/l	Mn 50	POTASIO		mmol/l	
HbA1C		%		CLORO		mmol/l	

RESP: LUCIA JESSICA TAPIA

6 SECRECIONES VAGINALES

Biometría Post Hemorragia

HOSPITAL GENERAL ALFREDO N
 CODIGO HGANM-30012020

APELLIDO PATERNO: PAUCAR
 APELLIDO MATERNO: CHILLO
 PRIMER NOMBRE: VANESSA
 SERVICIO: GO
 FECHA DE ENTREGA:

1 HEMATOLOGICO

RECJO	23	%	HB	7.4	g/l	VCR	73	RETICULOCITO
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION PLAQUETAS						HCR	23.6	GRUPO
LEUCOCITOS			313.000			CHCM	32.6	FACTOR RH
PLAQUETAS			14.400			HTOCRO		COOMBS
RETAM		%	BASEO		%	PLA		TIEMPO DE COAG
CAYAD		%	E MON		%	ANISOCY		TIEMPO DE SANG
SEGME	76	%	DC	2.2	%	POIQUILO		TT P
EOSIN	2	%	LINFO		%	CO		
		%	ATIFI		%	MICROST		
		%			%	OSIS		
		%			%	POLICRO		
		%			%	MAT		

RESP: LIC JESSICA TAPIA

2 UROANALISIS

ELEMENTAL		MICROSCOPIO	
DENSIDAD		ASPECTO	
PROTEINA		PROCTOS /C	
GLUCOSA		ERITROCITOS /C	
CETONA		CELULAS	
HEMOGLOBINA		BACTERIAS	
BILIRUBINA		HONGOS	
UROBILINOGENO		MOCO	
NITRITO		CRISTALES	
LEUCITOS		CILINDROS	
GRAM:			

4 QUIMICA

DETERMINACION	RESULTADO
GLUCOSA EN AYUN	
GLUCOSA 2 HORAS	
UREA	
CREATININA	
BILIRUBINA TOTAL	
BILIRUBINA DIRECTA	
BILIRUBINA INDIRECTA	
PROTEINA TOTAL	
ALBUMINA	
GLOBULINA	
ACIDO URICO	
GGT	
HbA1C	

5 SEROLOGIA

VIIH		ASTO	
------	--	------	--

6 SECRECIONES VAGINALES

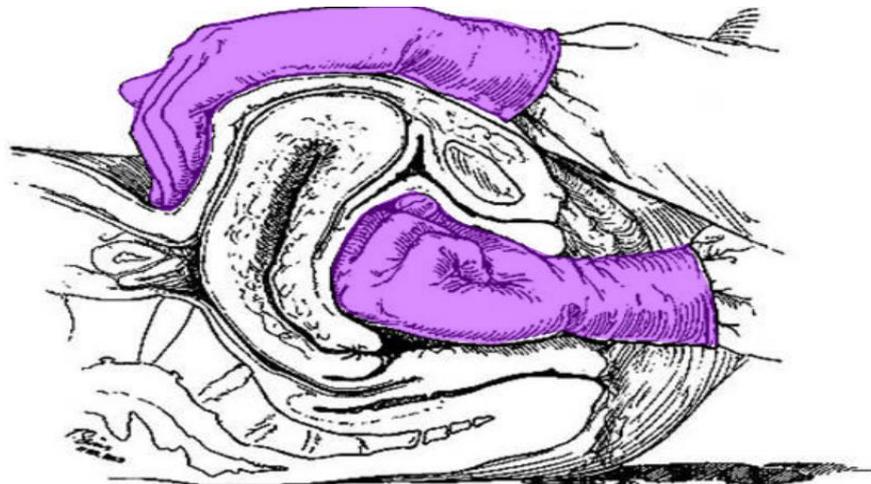
Fotografía tomada en prácticas hospitalarias.

Correcto uso del traje anti shock



Imágenes tomadas de la web.

Compresión bimanual



Clasificación del shock

Clasificación del shock hemorrágico

Perdida de volumen % y mL en mujer de 50 a 70 Kg.	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión sistólica	Grado del shock	Cristalodes a infundir
10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>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

Score Mama

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
 GERENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE DISMINUCIÓN MORTALIDAD MATERNA
SCORE MAMA

Parámetro	3	2	1	0	1	2	3	Parámetro	TOTAL
FC	≤ 90	–	91-99	100-109	110-119	120-129	≥ 130	FC	
Sistólica	≥ 70	71-89	–	90-139	–	140-159	≥ 160	Sistólica	
Diastólica	≥ 50	51-59	–	60-89	90-99	100-109	≥ 110	Diastólica	
PR	≥ 11	–	–	12-23	–	24-29	≥ 30	PR	
T (°C)	–	≥ 36.5	–	36.6-37.3	37.4-38.4	–	≥ 38.5	T (°C)	
Sat (%)	≥ 95	96-99	100-102	104-100	–	–	–	Sat	
Estado de Conciencia	–	confuso / agitado	–	despierto	respuesta a la voz / consciente	respuesta a dolor / intubado	no responde	Estado de Conciencia	
Respiración (***)	–	–	–	(1)	(1)	–	–	Respiración	

En cualquier momento de algunos vitales puede haber una vital.

TOTAL SCORE MAMA

Considere que en la labor de parto los valores de vitales podrían alterarse

(*) Temperatura axilar

(**) Saturación de O₂ en pacientes que viven sobre los 2.000 metros, sobre el nivel del mar podría ser un rango de 0

En la respiración se tomará un signo de cualquier momento.

(***) Valor los 30 segundos de gestación

Etiología	Causas	Factores de riesgo
Tono 70% Atonía uterina	Sobredistensión uterina, parto prolongado/precipitado	Gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía, gran multipara, hidrocefalia severa
	Agotamiento muscular uterino	Trabajo de parto prolongado, corioamnionitis
Trauma 20% Lesiones canal del parto	Desgarros del canal del parto	Parto intervenido, parto precipitado, episiotomía
	Ruptura uterina	Parto intervenido, cirugía uterina previa, hiperdinamia
	Inversión uterina	Acretismo, maniobra de Crede, excesiva tracción del cordón, gran multipara
Tejido 9% Retención de tejidos	Retención de restos placentarios	Acretismo, placenta previa, útero bicorne, leiomiomatosis, cirugía uterina previa
	Anormalidades de la placentación	
Trombina 1% Alteraciones de coagulación	Adquiridas	Preeclampsia, HELLP, embolia de líquido amniótico, sepsis, <i>abrupcio</i> de placenta, CID consumo, transfusiones masivas
	Congénitas	Enfermedad von Willebrand, hemofilia A

Guía de hemorragia posparto Código Rojo

Biometría Post Hemorragia.

HOSPITAL GENERAL ALFREDO N
CODIGO HGANM-30012020

APELLIDO PATERNO PAUCAR		APELLIDO MATERNO CHILLO		PRIMER NOMBRE VANESSA	
SERVICIO		GO		FECHA DE ENTREGA	

1 HEMATOLOGICO

HCTO	23	%	HB	7.4	g/dl	VCM	73	RETICULOCITO
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION PLACUETAS			313.000			HCM	23.6	CRFOS
LEUCOCITOS			14.400			CHCM	32.6	FACTOR RH
NEUTAM		%	BASO		%	HIPOCROMIA		COOMBS
CAVAD		%	E MON		%	ANISOCIT		TIEMPO DE COAG
SEGME	76	%	DE	22	%	POICITULO		TIEMPO DE SANG
EOSIN	2	%	LINFO		%	CT		T P
			ATIP		%	DSIS		
					%	POLICRO MAT		

RESPLIC JESSICA YANA

2 UROANALISIS		MICROSCOPIO	
ELEMENTAL		ASPECTO	
DENSIDAD		ROCIOS /C	
PROTEINA		ERITROCITOS /C	
GLUCOSA		CELULAS	
CETONA		BACTERIAS	
HEMOGLOBINA		HONGOS	
BILIRUBINA		MOCO	
UROBILINOGENO		CRISTALES	
NITRITO		CILINDROS	
LEUCITOS			
GRAM:			

4 QUIMICA		RESULTADO
DETERMINACION		
GLUCOSA EN AYUN		
GLUCOSA 2 HORAS		
UREA		
CREATININA		
BILIRUBINA TOTAL		
BILIRUBINA DIRECTA		
BILIRUBINA INDIRECTA		
PROTEINA TOTAL		
ALBUMINA		
GLOBULINA		
ACIDO URICO		
GGT		
HBALC		

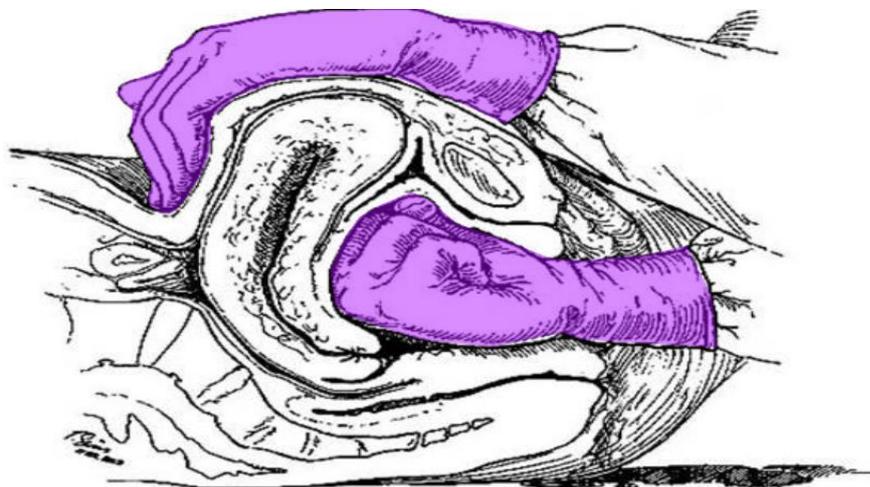
5 SEROLOGIA		6 SECRECIONES	
VIIH		ASTO	

Fotografía tomada en prácticas hospitalarias.

Correcto uso del traje anti shock



Compresión bimanual



Clasificación del shock

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	60-90	>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

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
GERENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE DISMINUCIÓN MORTALIDAD MATERNA

SCORE MAMÁ

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤ 50	-	51-60	60-100	101-110	111-119	≥ 120	FC	
Sistólica	≥ 70	71-89	-	90-139	-	140-159	≥ 160	Sistólica	
Diastólica	≥ 30	31-39	-	40-89	90-99	90-109	≥ 110	Diastólica	
FR	≤ 11	-	-	12-21	-	22-29	≥ 30	FR	
T (°C) (°)	-	36.5	-	36.6-37.2	37.3-38.4	-	≥ 38.5	T (°C)	
Sat (°°)	≥ 95	85-89	90-93*	94-100	-	-	-	Sat	
Estado de Conciencia	-	confuso, agitado	-	alerta	respuesta a la voz / correspondiente	respuesta al dolor / entuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Presión arterial (***)	-	-	-	(1)	(1)	-	-	Presión arterial	
<p>En tablas de temas de signos vitales puede salvar una vida.</p> <p>Considere que en la labor de parto los valores de signos vitales podrían alternar.</p> <p>(°) Temperatura axilar</p> <p>(°°) Saturación de O₂ a RN en pacientes que viven sobre los 2.500 metros, sobre el nivel del mar podría ser un puntaje de 0</p> <p>En tablas de temas de signos vitales puede salvar una vida.</p> <p>(***) Valor los 30 minutos de gestación</p>								TOTAL SCORE MAMÁ	

Nemotecnia 4 T

Etiología	Causas	Factores de riesgo
Tono 70% Atonía uterina	Sobredistensión uterina, parto prolongado/precipitado	Gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía, gran multipara, hidrocefalia severa
	Agotamiento muscular uterino	Trabajo de parto prolongado, corioamnionitis
Trauma 20% Lesiones canal del parto	Desgarros del canal del parto	Parto intervenido, parto precipitado, episiotomía
	Ruptura uterina	Parto intervenido, cirugía uterina previa, hiperdinamia
	Inversión uterina	Acretismo, maniobra de Crede, excesiva tracción del cordón, gran multipara
Tejido 9% Retención de tejidos	Retención de restos placentarios	Acretismo, placenta previa, útero bicorne, leiomiomatosis, cirugía uterina previa
	Anormalidades de la placentación	
Trombina 1% Alteraciones de coagulación	Adquiridas	Preeclampsia, HELLP, embolia de líquido amniótico, sepsis, <i>abrupcio</i> de placenta, CID consumo, transfusiones masivas
	Congénitas	Enfermedad von Willebrand, hemofilia A

Guía de hemorragia posparto Código Rojo