



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“CAUSAS DE HEMORRAGIA POS PARTO EN UN HOSPITAL DE  
ESSALUD - 2017”**

**PRESENTADO POR**

**KATHERINE CHAMORRO PORTAL**

**ASESOR**

**MGR. JAQUELINE MIRIAM PORTUGAL PUMA**

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO  
RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2019**

## ÍNDICE

RESUMEN.....	v
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Descripción del Problema de Investigacion .....	1
1.2. Justificación .....	2
1.3. Marco Teórico .....	3
1.3.1. Antecedentes.....	3
1.3.2. Conceptos básicos de la enfermedad o evento .....	9
CAPÍTULO II: CASO CLÍNICO .....	22
2.1. Objetivos .....	22
2.2. Sucesos Relevantes del Caso Clínico.....	22
2.3.1 Anamnesis .....	22
2.3.2 Exploración física .....	24
2.3.3 Prueba Complementaria.....	24
2.3.4 Diagnóstico clínico .....	30
2.3.5 Tratamiento y evolución.....	30
2.3.6 Epicrisis .....	40
2.3. Discusión .....	41
2.4. Conclusiones .....	45
2.5. Recomendaciones .....	46
BIBLIOGRAFÍA .....	47
ANEXOS Y APÉNDICES.....	50

## RESUMEN

El presente caso clínico se trata de una paciente de 25 años de edad, segundigesta nulípara de 39 semanas de edad gestacional, que ingresó al Servicio de Emergencia de un Hospital de EsSalud refiriendo contracciones uterinas frecuentes sin ninguna otra molestia. Es evaluada con dilatación 3cm y hospitalizada para atención de parto. Poco menos de 5 horas después, haciendo un parto precipitado, se produce el expulsivo de un neonato de sexo femenino, con un peso de 2900 gramos, talla 47cm, con APGAR 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Luego se administra oxitocina 10 UI VIM para el manejo activo del alumbramiento; no se produce este y la paciente pasa a Sala de Operaciones (SOP) por retención placentaria. En SOP, le practican extracción manual de placenta y suturan la episiotomía media lateral derecha, percatándose que había un desgarro cervical, por lo que proceden a la traquelorrafia. La paciente continúa sangrando, pues hizo atonía uterina. Es manejada con misoprostol vía rectal y fluidoterapia con cloruro de sodio y haemacel; tras lo cual cede la hemorragia y pasa a Sala de Recuperación. Posteriormente le transfunden dos paquetes globulares, se aplica antibioticoterapia y analgésicos; evolucionando favorablemente.

**Palabras clave:** Parto precipitado, hemorragia postparto, retención placentaria, atonía uterina, desgarro cervical, alumbramiento.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

Pese a que en la actualidad ha habido importantes adelantos en cuanto al manejo y procedimientos operatorios, la hemorragia pos parto (HPP) continúa figurando como una de las patologías obstétricas más relevantes en la salud materna a nivel mundial, constituyendo la primera causa de muerte materna. Se dice que cada año la HPP es la responsable de 140 000 decesos maternos, siendo los países africanos y asiáticos a los que se atribuye la mayor parte de los decesos. Sin embargo, países del primer mundo han logrado disminuir considerablemente la mortalidad materna debida a HPP al haber implementado estrategias como el uso de compuestos derivados de la sangre, el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y los progresos en cuidados críticos maternos. Revisando las estadísticas a nivel internacional, vemos que en Estados Unidos la HPP viene a ser la segunda causa de muerte materna con aproximadamente 17% (1). En el Perú, el Ministerio de Salud por intermedio del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico en Salud Pública (2015) ha reportado la hemorragia (36.5%) como la primera causa de

muerte materna directa, dentro de la que se encuentran un grupo de patologías como son el embarazo ectópico, la placenta previa y principalmente la hemorragia postparto (2).

Las tres primeras causas más frecuentes de HPP la conforman: en primer lugar, la atonía uterina (50-60%), que se da en 1 de cada 20 partos, siendo culpable de la mitad de las defunciones maternas en los países pobres; en segundo lugar la retención de restos placentarios (20-30%) y en tercer lugar los desgarros del cérvix y/o la vagina (10%); representando esta triada en conjunto un 95% de las causas de HPP (3,4,5).

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

La tasa de muerte materna en el Perú sigue siendo elevada y se sabe que gran porcentaje de estas muertes ocurren a consecuencia de la hemorragia postparto. Por ello se hace imperativo reducir las defunciones por HPP, para poder lograrlo está claramente probado que es necesario contar con el capital humano debidamente capacitado y los materiales médicos e insumos necesarios para ofrecer una atención de calidad a las pacientes que así lo requieran.

Como hemos podido ver anteriormente, muchos de los factores de riesgo para HPP se pueden prevenir si son detectados oportunamente, el reconocerlos posibilita tomar acciones preventivas y así evitar posibles complicaciones e incluso salvar la vida de la madre y el feto. Por consiguiente se plantea el

presente trabajo académico, para de esta forma contribuir al estudio de la HPP.

### **1.3. MARCO TEÓRICO**

La hemorragia pos parto es definida por la Organización Mundial de la Salud como la pérdida sanguínea mayor o igual a 500 cc dentro de las 24 horas de producido el nacimiento (4,6).

Cabe resaltar que la HPP es la causa más frecuente que determina la muerte materna en los países más pobres y alcanza hasta un 25% del total a nivel mundial. Estudios han demostrado que estas muertes se lograrían prevenir al tomar medidas como el manejo activo del trabajo de parto empleando oxitocina vía intramuscular entre otras (7).

#### **1.3.1. Antecedentes**

##### **Internacionales**

Flores (Ecuador, 2016) realizó un estudio sobre “Prevalencia y factores de riesgo asociados a hemorragia postparto durante el puerperio inmediato en las mujeres gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, período marzo-agosto 2015”, con el propósito de conocer la prevalencia y factores de riesgo asociados a HPP durante el puerperio inmediato, fue un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, en el que se registraron 763 partos y 572

cesáreas de los cuales 27 tuvieron HPP, obteniendo una prevalencia de 2%. Como principal conclusión se encontró la multiparidad, sobredistensión uterina, trastornos hipertensivos del embarazo entre los principales factores de riesgo preparto, y episiotomía medio-lateral, inducción del trabajo de parto, trabajo de parto prolongado como factores de riesgo de hemorragia durante el primero y segundo periodo (8).

Cruz (Ecuador, 2016) realizó la tesis “Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital José María Velasco Ibarra octubre 2013 – marzo 2014”, con el objetivo de conocer los factores de riesgo de HPP que se presentaron en mayor porcentaje. Para ello hizo un diseño de casos y controles, donde se estudiaron 165 mujeres admitidas con diagnóstico de HPP inmediata, encontrando que los factores de riesgo para HPP más frecuentes fueron: anemia, atención prenatal insuficiente, parto domiciliario, la edad materna y el lugar de procedencia. Dentro de las causas de HPP se encontraron: atonía uterina, desgarros perineales y retención de restos placentarios (9).

Palomo (Guatemala, 2014) en su tesis sobre “Incidencia de hemorragia postparto por atonía uterina” realizado en el Hospital Regional de Escuintla, llevó a cabo una investigación de tipo descriptiva, retrospectiva y transversal en mujeres que presentaron HPP en el periodo de marzo a octubre del 2011; Resultados: el 35.8% de pacientes tenían de 15 a 19 años

de edad, seguidas del 34.3% con edad de 20 a 24 años. El 40.3% eran multíparas y el 32.8% nulíparas. El 77,6% llevaron a término su gestación y 68.6% culminaron en parto normal. El 31.2% de los partos por vía alta se debieron a desproporción céfalo pélvica y el 25% por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Los factores de riesgo encontrados fueron la acentuación del trabajo de parto con oxitocina (52,24%) y el parto precipitado (14.93%). Conclusión: Los factores de riesgo más frecuentes para HPP por atonía uterina fueron edad mayor de 30 años, mujer multigesta, multípara, terminación del embarazo por vía alta, antecedente de cesareada anterior y antecedentes de atonía uterina (10).

Butwick, Carvalho y El-Sayed (Estados Unidos, 2014) realizaron la investigación “Factores de riesgo de morbilidad obstétrica en pacientes con atonía uterina sometidas a cesárea” en 57 182 pacientes que culminaron en parto por cesárea, en las que un 4% tuvo como complicación HPP debida a atonía uterina. Encontraron que la incidencia del riesgo de morbilidad era más en las pacientes afroamericanos (OR=2.36), los hispanos (OR=1.4), las pacientes con embarazo múltiple (OR=1.59), placenta previa (OR=4.89), pacientes con ASA clase III (OR=1.4) o ASA clase IV (OR=5.88), la utilización de anestesia general (OR=2.4), la combinación entre anestesia general y regional (OR=4.0) y el antecedente de 2 o más cesáreas previas (OR=1.62), factores que resultaron siendo significativos (11).

Madariaga (Colombia, 2012) en su tesis titulada “Hemorragia postparto en pacientes con obesidad y/o anemia durante el embarazo: revisión sistemática”, realizó su investigación usando la evidencia científica que había hasta ese momento. Las palabras clave de la búsqueda fueron hemorragia postparto, anemia severa, sobrepeso, obesidad, etc. La información científica obtenida fue agrupada por su nivel de evidencia antes de proceder con el meta-análisis. Resultados: Se halló 321 artículos acerca de anemia, 276 sobre obesidad, de los cuales solamente 8 y 14 respectivamente aprobaron los criterios de inclusión y de exclusión, los demás no fueron considerados principalmente debido a la metodología empleada. La gran parte de artículos fueron catalogados como evidencia nivel IV para anemia y nivel II-III para obesidad. Conclusión: No se encontró evidencia estadísticamente significativa que demostrara asociación entre anemia u obesidad con HPP, pero sí se observó esbozos de relación directamente proporcional entre el peso materno y la HPP (12).

### **Nacionales**

Vásquez (Perú, 2016) realizó la tesis “Obesidad materna como factor de riesgo de hemorragia post parto por atonía uterina, Hospital Regional Docente de Trujillo, periodo 2004-2013”, cuyo propósito fue investigar la presunta relación entre obesidad materna y hemorragia post parto debida a atonía uterina; para lo cual realizó un estudio analítico de diseño de casos

y controles, obteniendo un total de 47 casos y 94 controles de la revisión de historias clínicas. Resultados: se detectó un 32% de gestantes obesas en el grupo de casos, el 33% tuvo HPP, las gestantes obesas tuvieron una probabilidad cuatro veces mayor de presentar HPP por atonía uterina como complicación (OR: 4.42; IC 95%, p menor 0.05). Conclusión: la obesidad materna constituye un factor de riesgo para HPP debida a atonía uterina (13).

Gil (Perú, 2015) realizó la tesis “Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero-septiembre del 2015”, con el propósito de conocer los factores relacionados a HPP inmediato secundaria a atonía uterina en pacientes de dicho establecimiento de salud. Se trató de una investigación de tipo analítica, retrospectiva y transversal, con un diseño de casos y controles. El universo lo conformaron aquellas mujeres que presentaron HPP inmediato secundaria a atonía uterina y que guardaban los criterios de selección. La muestra estuvo constituida por 80 casos y 80 controles, tomando en cuenta para el grupo control los partos ocurridos contiguamente luego del caso. Resultados: las mujeres que tuvieron parto por vía alta (OR = 6,64), de edad mayor 30 años (OR = 3,64), cesareada anterior (OR = 2,95), múltipara (OR = 2,17) o multigesta (OR 2,15) fueron las que tuvieron mayor riesgo de hemorragia postparto por atonía uterina, resultando estadísticamente significativos (14).

Altamirano (Perú, 2012) realizó la tesis “Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009”, con el propósito de conocer los factores que influyen sobremanera en la hemorragia postparto. Para lo cual se diseñó un estudio de casos y controles, que corresponde al tipo analítico, retrospectivo y transversal. Formaron parte del universo todas aquellas púerperas inmediatas que guardaron los criterios de selección, obteniendo una muestra representativa de 65 casos y 65 controles apareados con por grupos de edad y referencia. Para analizar la información recopilada se empleó regresión logística múltiple, la razón de momios con un intervalo de confianza de 95% y el chi cuadrado ( $\chi^2$ ). Resultados: Se obtuvo una incidencia de HPP del 1.52%. Los factores de alto riesgo para HPP que se presentaron durante la gestación fueron: primigravidez (23.8%), infección del tracto urinario (11,9%), periodo intergenésico largo (11.1%), talla corta (8.7%), edad materna mayor o igual 35 años (7.4%) y anemia (6.3%). Durante el trabajo de parto, los factores que se presentaron fueron: episiotomía (40.3%), rotura prematura de membranas (14,7%), parto precipitado (12,8%), acentuación con oxitocina (10%) y expulsivo prolongado (7,3%); de los cuales sólo dos resultaron estadísticamente significativos con un valor de p menor a 0.05 y fueron la episiotomía y el parto precipitado. Al realizar el cruce de variables se observó que las pacientes a las que se les practicó la episiotomía tuvieron un riesgo 2.3 veces mayor de presentar HPP en comparación con las que no se les

practicó dicho procedimiento; así también, aquellas pacientes que tuvieron un parto precipitado casi triplicaron el riesgo de tener una HPP (OR=2.7).

Conclusiones: Las principales factores de riesgo elevado asociados a la hemorragia postparto fueron las lesiones del canal del parto, la atonía uterina y la retención de restos placentarios (15).

### **1.3.2. Conceptos básicos de la enfermedad o evento**

#### **Generalidades**

La definición clásica de hemorragia pos parto indica que esta se presenta cuando existe una pérdida hemática mayor o igual a 500 cc después de un parto normal y mayor o igual a 1000 cc luego de un parto quirúrgico (1,16,17). Sin embargo, este concepto presenta el inconveniente de cómo valorar objetivamente la pérdida sanguínea, ya que esta varía de un observador a otro y el profesional médico generalmente tiende a subvalorar la cantidad de volemia perdida que a sobrevalorarla. Si tomamos en cuenta ello, la HPP incrementaría hasta en un 50% de todos los tipos de parto (1,17).

La hemorragia pos parto también puede ser conceptualizada clínicamente como resultado de los signos y síntomas producto de la hemorragia descompensada, principalmente los siguientes: taquicardia, hipotensión, oliguria y saturación de oxígeno inferior al 95%. El perjuicio del uso de este concepto es que en la práctica estos signos y síntomas de HPP se presentan tardíamente, cuando ya se ha perdido más del 20% de volumen

hemático, lo cual puede dilatar la instalación del manejo apropiado de esta patología. Pues es sabido que durante el embarazo el volumen sanguíneo materno se incrementa hasta en un 50% resguardándola de la pérdida sanguínea que se produce naturalmente durante el parto y pos parto (1).

La hemorragia pos parto es catalogada como primaria cuando se da dentro de las primeras 24 horas después del parto y secundaria cuando ocurre luego de las 24 horas y 6 a 12 semanas del luego del parto (1,17).

La hemorragia pos parto ocurre en el 4% de los partos normales y 6% de las cesáreas (1).

- ❖ Atonía uterina: Es la inercia uterina que ocurre después de la expulsión de la placenta (3).
  
- ❖ Hemorragia pos parto: Es la pérdida hemática mayor o igual a 500 cc que ocurre dentro de las 6 semanas después del parto o la disminución mayor o igual al 10% del hematocrito (4).
  
- ❖ Hemorragia pos parto inmediato: Es la pérdida hemática mayor o igual a 500 cc que ocurre en el canal de parto dentro de las primeras 24 horas después del parto (6).
  
- ❖ Hemorragia pos parto tardía: Es la pérdida hemática mayor o igual a 500 cc que ocurre en el canal de parto y que se presenta después de las 24 horas posteriores al parto y hasta los 42 días (6).

- ❖ Hemorragia pos parto severa: es aquella en la que es necesaria la transfusión mayor o igual de cuatro derivados sanguíneos, por presentar sintomatología de anemia aguda o una anomalía hematológica de anemia severa (19).
  
- ❖ Parto precipitado: Es aquel en el cual se tiene una dinámica uterina aumentada pero bien sincronizada y con una duración, desde que se inicia la fase activa hasta el nacimiento del producto, de menos de 3 horas. Caracterizada por un periodo de dilatación muy veloz, con contracciones uterinas muy intensas y frecuentes que producen un descenso de la presentación muy precipitado. Puede ser provocado por el uso indiscriminado de oxitocina u otros uterotónicos.(20).
  
- ❖ Puerperio: Es la etapa que sigue inmediatamente después del parto hasta las seis semanas posteriores a él (4).

### **Etiología**

Normalmente, luego de haberse producido el parto y el alumbramiento, las fibras musculares lisas del útero se contraen para cerrar las arteriolas espirales y reducir progresivamente la pérdida hemática a nivel macro, mientras que a nivel micro se activa la cascada de la coagulación produciéndose la agregación plaquetaria; finalmente logrando el globo de seguridad de Pinard en el puerperio inmediato. Sin embargo, si la pérdida

de sangrado vaginal persiste, es necesario verificar la existencia de lesiones del canal del parto (1,17).

La hemorragia pos parto se debe a 4 causas fundamentales, divididas de acuerdo a la nemotecnia de la cuatro “T” : tono, tejido, trauma y trombina; lo cual explicaremos continuación (1,17).

#### ❖ **Tono**

La atonía uterina es la causante del 80% de casos de hemorragia pos parto y complica 1 de cada 20 partos. Generalmente daña una sección localizada del útero, en especial el segmento inferior del útero y el cérvix, debido a que poseen escasas fibras miométriales, evitando así que las arteriolas espirales puedan ocluirse eficazmente a raíz de la insuficiente contractilidad de la zona (1,17).

Entre algunas causas que predisponen a esta complicación, tenemos:

##### **a. Sobredistensión uterina:**

- Multiparidad.
- Gestaciones múltiples.
- Macrosomía fetal.
- Polihidramnios.

**b. Agotamiento uterino:**

- Expulsivo prolongado.
- Alumbramiento mal dirigido.
- Mal uso de oxitócicos.
- Preeclampsia.
- Corioamnionitis.

**c. Taponamiento del útero:**

- Placenta previa.
- Acretismo placentario.
- Retención de partes fetales.

La sobredistensión uterina constituye un factor de riesgo para atonía uterina que puede darse por crecimiento fetal excesivo, incremento anormal de líquido amniótico o malformaciones en el feto, aunque también puede darse por alguna anomalía uterina o un problema en el tercer periodo del parto, produciendo hemorragia. El agotamiento uterino por un trabajo de parto prolongado puede desencadenar su escasa contractilidad, más aún si hubo acentuación con oxitocina. A su vez la contractilidad uterina puede verse reducida por el empleo de fármacos como el sulfato de magnesio, el nifedipino u otros ampliamente utilizados en obstetricia. Entre otros factores tenemos: inserción baja de la placenta, infecciones como corioamnionitis o

endometritis, útero de Couvelaire por desprendimiento de placenta y la inversión uterina (1,17).

#### ❖ **Tejidos**

Normalmente la expulsión de la placenta se produce durante la primera media hora después del nacimiento, al no ocurrir esto, capazmente estaríamos ante la presencia de un trastorno como el acretismo placentario, que aunque es poco frecuente (las estadísticas indican que tiene lugar en 1 de cada 2500 partos) viene aumentando su incidencia; se plantea que esto es posible por el incremento en la tasa de cesáreas y antecedente de legrado uterino, que producen cicatrices uterinas favoreciendo el riesgo de presentar esta patología. No obstante, podemos decir que la principal causa se da por retención de restos placentarios. Otra causa también menos frecuente es la placenta previa (17).

#### ❖ **Trauma**

El trauma puede ocurrir por lesiones en los genitales superiores e inferiores. El primer grupo se relaciona fuertemente con roturas uterinas a consecuencia de extirpación de leiomioma o de dehiscencia de herida operatoria de una cesárea previa, también están las lesiones incurridas en el mismo acto operatorio. En el segundo grupo, las

lesiones más frecuentes son las laceraciones o desgarros producidos en el canal del parto, las cuales se pueden llegar a producir hematomas retroperitoneales e interligamentarios. Otros factores asociados a HPP debida a trauma son: cerclaje, parto instrumentado, mala actitud de presentación, episiotomía, parto precipitado, macrosomía fetal y distocia de hombros (1,17).

#### ❖ **Trombina**

Las alteraciones de la coagulación son causa infrecuente de HPP pero pueden ser reconocidas a través de los antecedentes familiares hereditarios y pueden ser de dos tipos, congénitas o adquiridas.

Entre las causas congénitas se encuentran la púrpura trombocitopénica idiopática, púrpura trombótica trombocitopénica, enfermedad de von Willebrand y la hemofilia; y dentro de las causas adquiridas están el síndrome de HELLP, preeclampsia severa, embolia de líquido amniótico, DPP y sepsis (1,17).

#### **Diagnóstico y manifestaciones clínicas**

El diagnóstico de la hemorragia pos parto es clínico, determinando la magnitud de la pérdida sanguínea y monitorizando los signos vitales.

Cuando mencionamos la atonía uterina, nos estamos refiriendo a la primera causa de mortalidad materna por hemorragia en el puerperio inmediato, que tiene lugar en países periféricos como el nuestro. Se estima que su incidencia es de 1 por cada 20 nacimientos, lo que equivale al 5% de partos. Gran parte de los casos tienen una respuesta favorable al tratamiento de primera línea, sin embargo, la otra parte requiere de tratamiento médico quirúrgico de emergencia para evitar mortalidad.

La atonía uterina es la inercia del útero que causa hemorragia puerperal precoz, por pérdida de la contractilidad uterina luego de ocurrido el tercer periodo del parto. Lo que comúnmente debería ocurrir es que el útero se contraiga luego de la expulsión de la placenta provocando una ligadura fisiológica en el lugar donde estuvo adosada la placenta, lo cual conjuntamente con la activación de la cascada de la coagulación evitarían el sangrado puerperal excesivo. En cambio, en la atonía uterina este mecanismo se ve alterado por lo que se encuentra útero suave, poco contraído o flácido, posterior al manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto produciendo hemorragia.

Los desgarros y/o laceraciones conforman la segunda causa más frecuente de HPP después de la atonía uterina. Comúnmente se manifiesta con pérdida sanguínea vía vaginal color rojo activo producto de partos instrumentados o con episiotomía, otras veces también puede manifestarse en forma de hematomas.

En tercer lugar, pero no menos importante, se encuentra la retención de restos placentarios, que cuando no es detectada a tiempo puede conducir a la muerte porque conlleva altísimo riesgo de hemorragia, choque hipovolémico e infección, así también repercusiones asociadas a su remoción. Su diagnóstico se realiza al examinar manualmente la cavidad uterina, o bien, a través de ultrasonido al no darse la expulsión de la placenta de forma espontánea 30 minutos después del parto. La hemorragia generalmente sucede tras el alumbramiento.

### **Tratamiento, Evolución y Pronóstico**

El enfoque fundamental en el tratamiento de la hemorragia postparto debe ser la prevención y la predicción de esta complicación; por consiguiente debemos tomar acciones encaminadas a lograr estos objetivos; una medida es por ejemplo, realizar una historia clínica minuciosa a toda gestante identificando factores de riesgo para HPP mediante una buena anamnesis; otra medida es proveer tratamiento para la anemia en pacientes antes del parto ya sea normal o por vía alta, en las que se ha detectado algún factor de riesgo para hemorragia (1).

En términos generales, en primer lugar, debemos determinar el factor causante, dentro del equipo sanitario debe haber un líder que maneje la emergencia y derogue determinadas tareas a cada miembro del equipo mediante disposiciones explícitas y concisas, activando al personal involucrado en la atención de la emergencia. Para ello, la detección

oportuna de la hemorragia excesiva en el puerperio inmediato es vital, pues la puérpera puede perder 10 a 15% de su volemia sin que presente cambios hemodinámicos visibles. La hipotensión se produce cuando ya se ha perdido hasta un 30% de volumen hemático. Considerando lo expuesto, es fundamental averiguar de dónde proviene el sangrado y su severidad para instaurar el manejo necesario y reducir o evitar repercusiones desfavorables, sabiendo que el control de los signos vitales pueden retardar el diagnóstico (1,17,18).

### **Manejo**

La clave es reconocer oportunamente la hemorragia después de producido el parto. Recordar que cuando la puérpera ha perdido un 30% de su volumen hemático es cuando se producen los cambios hemodinámicos que posteriormente nos conducen a la alteración paulatina de las funciones vitales; razón por la cual no podemos dejarnos guiar por el deterioro de las funciones vitales para empezar a instaurar el manejo o estimar la severidad de la hemorragia, puesto que con ello demoramos el brindar tratamiento precoz.

La principal causa de hemorragia pos parto es la atonía uterina, por tanto la meta de nuestras acciones debe ser restablecer la función contráctil del útero; para lo cual primero se debe evacuar la vejiga para luego realizar el examen pélvico bimanual, poniendo una mano en forma de puño en el fondo de saco anterior y empujando contra el cuerpo del útero, al tiempo

que por la pared abdominal se comprime el fondo uterino con la otra mano. Se debe masajear fuerte y continuamente el fondo uterino, mínimamente durante 15 segundos hasta que el útero adquiriera firmeza y posibilite emprender las acciones requeridas para comenzar la resucitación de la paciente. El tratamiento de primera elección es la aplicación de uterotónicos adicionales. Un par de estrategias de prevención para disminuir la HPP debida a atonía uterina es el manejo activo del alumbramiento en el parto vaginal y un alumbramiento espontáneo de la placenta después del parto por cesárea (1,17,18).

A continuación se describe el manejo activo del alumbramiento (1):

1. Administración profiláctica de uterotónicos.
2. Pinzamiento temprano y
3. Tracción controlada del cordón umbilical para la extracción de la placenta.

Se pueden emplear tres tipos de uterotónicos, la oxitocina, alcaloides del cornezuelo de centeno y las prostaglandinas. No existe un orden en el uso de estas drogas, que haya probado un resultado superior observable clínicamente. Su selección va estar en función de los efectos secundarios y contraindicaciones de estos medicamentos (1).

Es factible que el cuadro resultado de la atonía uterina remita transcurridos 30 minutos. De lograr la contracción permanente del útero, se debe revisar el canal del parto para verificar si existen laceraciones. Así vemos que las

acciones en caso de HPP deben seguir un orden para lograr una respuesta apropiada por parte de la paciente, que siempre empieza con maniobras uterinas, medicamentos hasta llegar al grado intervencionista de ser necesario (1).

Podemos sintetizar el manejo en los siguientes pasos:

1. Primer paso: el equipo de salud debe poner especial atención a la pesquisa de las tres primeras causas de Hemorragia Post Parto: retención de restos placentarios, atonía uterina y lesiones del canal del parto; para luego accionar de acuerdo a la causa de la hemorragia según lo que relatamos anteriormente (1,17,18).
2. Segundo paso: si fracasan las primeras acciones para parar la hemorragia; lo siguiente es la administración de oxitócicos por vía intramuscular e intravenosa. Hasta aquí no debe haber pasado más de media hora. Otra medida a emplear es el taponamiento uterino. En conjunto se debe proceder a la reanimación y monitorización (1,17,18).
3. Tercer paso: ante el fracaso en la detención de la hemorragia se procede a instaurar un manejo más agresivo, el cual debe desarrollarse hasta el máximo de una hora. Consiste en oclusión de las arterias uterinas, embolización radiológica hasta en última instancia la histerectomía de emergencia. La totalidad de pasos deben hacerse de manera ordenada, lo cual requiere de una excelente comunicación entre los integrantes del equipo de salud involucrados en la atención, asimismo permitirá darle

un uso eficiente a los recursos con que se cuenta, dando por sentado una reanimación eficaz y un manejo eficiente (1,17,18).

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **“CAUSAS DE HEMORRAGIA POS PARTO EN EL HOSPITAL ESSALUD II PASCO - 2017”**

##### **2.1. OBJETIVOS:**

- Conocer los datos generales y los antecedentes obstétricos de la paciente.
- Identificar las causas de la hemorragia después del parto.
- Reconocer las manifestaciones clínicas de la paciente con hemorragia pos parto.
- Analizar si el diagnóstico y manejo se hicieron adecuadamente y en forma oportuna.

##### **2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO:**

###### **2.2.1 Anamnesis**

###### **Datos de generales**

Apellidos y Nombres : XXX

Edad : 25 años

Grupo étnico : Mestizo

Religión : Católica

Grado de instrucción : Superior técnico

Ocupación : Ama de casa

Estado civil : Conviviente

Lugar de nacimiento : Pasco

Lugar de procedencia : Pasco

Fecha de ingreso : 06-11-17

Tiempo de enfermedad : 16 horas Inicio: Brusco Curso: Progresivo

Enfermedad Actual: Paciente acude a la Emergencia manifestando contracciones uterinas, no otras molestias, no sangrado ni otras molestias.

Funciones biológicas: Apetito, sed, orina, deposiciones (normales)

Antecedentes Personales:

- Obstétricos:

Fórmula obstétrica : G<sub>2</sub> P<sub>0010</sub>

Fecha de última regla (FUR) : 02-02-17

Fecha probable de parto (FPP) : 09-11-17

Edad gestación (EG) : 39 semanas

Centro pre natal (CPN) : 08

- Patológicos: No
- Quirúrgicos: No

Antecedentes familiares: Ninguno

### 2.2.2 Exploración física

Funciones vitales: Presión arterial (PA) 100/60 mmHg Frecuencia  
cardiaca (FC): 80 por minuto Frecuencia respiratoria (FR): 18 por minuto  
Temperatura (T): 36.5°C

Peso habitual: 52 Kg Talla: 1.51 m

Paciente afebril, Aparente regular estado general (AREG), Lucida orientada  
en tiempo y espacio (LOTEP)

Piel: Tibia hidratada

Aparato cardiovascular: no soplos

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular (MV) pasa bien En ambos  
campos pulmonares (ACP)

Examen obstétrico:

Altura uterina (AU): 32cm Feto en Longitudinal cefálico derecho (LCD)

Frecuencia cardiaca fetal (FCF): 144 por minuto Movimientos  
fetales (MF) (++)

Dinámica uterina (DU): 3/10, ++

Tacto vaginal (T.V.): D: 3cm                      Incorporación (I): 70%

Membranas ovulares integras (M I) Pelvis ginecoide

### 2.2.3 Pruebas complementarias

- Glucosa (09-08-17) : 78 mg/dl
- Creatinina (09-08-17) : 0.95 mg/dl
- HIV (09-08-17) : No reactivo
- VDRL (09-08-17) : No reactivo
- Hemoglobina (09-08-17): 15.6 g/dl
- Hematocrito (09-08-17): 47%
- Leucocitos (09-08-17) : 8 200 p/mm<sup>3</sup>
- Recuento de plaquetas (09-08-17): 293 000 p/mm<sup>3</sup>
- Grupo sanguíneo y factor: "O" positivo
- Sedimento urinario (09-08-17)

Leucocitos : 0-2 por campo

Hematíes : No se observan (NSO)

Cilindros : -----

Cristales : -----

Bacterias : escasas

- Ecografía Obstétrica (19-08-17): Gestación única activa de 27 3/7ss EG por Biometría fetal

Peso fetal: 1007 grs índice de líquido amniótico (ILA): adecuado

LCF: 143 por minuto

Placenta corporal posterior No circular de cordón

- Examen citológico (22/08/17): Negativo para células neoplásicas
- Ecografía Obstétrica y Doppler (11-09-17): Gestación única activa de 29 ss y 4 d por BF. Doppler fetal conservado. Peso fetal en percentil 15. Peso fetal: 1480 grs LA: normal LCF: 144 por minuto Placenta fúndica, grado I/III

IP Art umbilical : 1.02 (menor (<)P95) índice C/P: 1.64  
(mayor (>)P5)

IP Art cerebral media : 2.20 (mayor (>)P5)

- Examen completo de orina (25-09-17)

Leucocitos : 4-7 por campo

Hematíes : 0-1 por campo

Cel. Epiteliales : abundantes

Bacterias : regular cantidad

➤ Hemograma (25-09-17)

Leucocitos	9 860	mm <sup>3</sup>		
Eritrocitos	0.00	mill/mm <sup>3</sup>		
Hemoglobina	14.80	g/dl		
Hematocrito	45.00	%		
Volumen corpuscular medio (Vcm)		0.00	um <sup>3</sup>	
Hemoglobina corpuscular media) Hcm		0.00	pg	
Plaquetas	225 000	mil/mm <sup>3</sup>		
Mielocitos	: 0%		Metamielocitos:	0%
Abastoados	: 4%		Eosinófilos	: 5%
Segmentados	: 53%		Basófilos	: 0%
Monocitos	: 5%		Linfocitos	: 33%

➤ Tiempo coagulación (25-09-17): 8'00"

➤ Tiempo sangría (25-09-17): 2'30"

➤ HIV (25-09-17) : NHR

➤ VDRL (25-09-17) : NHR

➤ Glucosa (25-09-17) : 81 mg/dL

➤ Creatinina (25-09-17) : 0.81 mg/dL

- Urocultivo (25-09-17) : Negativo
- Ecografía Obstétrica (02-10-17): Gestación única activa de 34 ss EG por BF

Peso fetal: 2366 grs    ILA: 11    LCF: 143 por minuto

Placenta corporal lateral izquierda, grado I/III    No circular de cordón

- Glucosa (07-11-17) : 88 mg/dl
- Urea (07-11-17) : 34 mg/dl
- Creatinina (07-11-17) : 1.09 mg/dl
- Hemoglobina (07-11-17): 7.9 g/dl
- Hemograma (07-11-17)

Leucocitos                    14 730                    mm3

Eritrocitos                    0.00                    mill/mm3

Hemoglobina                7.90                    g/dl

Hematocrito                24.00                    %

Mielocitos                : 0%

Metamielocitos : 0%

Abastionados                : 4%

Eosinófilos                : 1%

Segmentados                : 76%

Basófilos : 0%

Monocitos : 3%

Linfocitos : 16%

- Tiempo coagulación (07-11-17): 9'00"
- Tiempo sangría (07-11-17): 4'00"
- Tiempo protrombina (07-11-17): NHR
- Tiempo parcial de tromboplastina (07-11-17): 39"
- Hemoglobina (08-11-17): 7.5 g/dl
- Hematocrito (08-11-17): 29%
- Hemograma (08-11-17)

Leucocitos 12 600 mm<sup>3</sup>

Eritrocitos 0.00 mill/mm<sup>3</sup>

Hemoglobina 7.5 g/dl

Hematocrito 23.00 %

Vcm 0.00 um<sup>3</sup>

Hcm 0.00 pg

Ccmh 0.00 pg

Mielocitos : 0%

Abastionados : 3%

Eosinófilos : 3%

Metamielocitos : 0%

Segmentados : 73%

Basófilos : 0%

Monocitos : 3%

Linfocitos : 18%

- Hemoglobina (09-11-17): 7.7 g/dl
- Hematocrito (09-11-17): 23%

#### **2.2.4 Diagnóstico Clínico**

1. Segundigesta nulípara de 39 semanas por fecha de última regla (FUR)
2. Trabajo de parto fase latente (TPFL)

#### **2.2.5 Tratamiento y Evolución**

- Fecha: 06-11-17 Hora: 17:20

Evolución de la Obstetra

Paciente G1 39 4/7 ss x FUR + trabajo de parto fase latente (TPFL) ingresa por Emergencia.

Al examen: PA: 100/60 mmHg      P: 80 por minuto      T: 36.6°C  
R: 20 por minuto

Abdomen:    AU: 32 cm    Feto en LCD    FCF: 136 por minuto    MF: ++  
DU: 3/10, ++, 30"

Genitales:    T.V. D: 3 cm      I: 90%      AP:-3      M: I

Se coloca bránula N° 18 c/extensión en brazo izquierdo.

19:00 Tacto vaginal (TV). Dilatación (D): 4 cm    incorporación (I): 90%  
altura de presentación (AP): -2    Membranas rotas (líquido claro)  
FCF: 158 por minuto    MF (++)      DU: 3/10, ++, 30"

20:00 PA: 100/60 mmHg    P: 75 por minuto      T: 36.7°C      R: 22  
por minuto

Abdomen:    FCF: 138 por minuto    MF: ++DU: 3/10, ++, 50"

Genitales:    T.V. D: 7 cm      I: 90%      AP:-1

M: R (líquido claro)

21:30 FCF: 142 por minuto    MF: ++      DU: 3/10, ++, 50"

T.V. D: 9 cm    I: 90%      AP: 0      M: R (líquido claro)

21:35 T.V. D: 10 cm I: 100%      AP: 0      M: R (líquido claro)

Pasa a Sala de Partos.

21:42 Se realiza episiotomía media lateral derecha. Se produce expulsivo de recién nacido (RN) sexo femenino, peso: 2900 gr, talla: 47cm, perímetro cefálico (PC): 34cm, perímetro torácico (PT): 33 cm, APGAR 8 al minuto y 9 a los 5 minuto

Oxitocina 10 UI intramuscular (IM).

Se realiza tracción controlada del cordón, se observa integridad del cérvix, en espera de signos de desprendimiento con apoyo de colega.

22:02 Se comunica a médico de guardia, se espera alumbramiento.

Se indica pasa a sala de operaciones (SOP), diagnóstico (Dx): Retención placentaria, sangrado vaginal aproximado 100 cc.

22:15 Pasa a SOP, paciente lúcida, orientada.

Cefazolina 1gr endovenosa (EV) previa prueba de sensibilidad (-)

Cloruro de sodio 0.9% XXX gotas por minutos

PA: 90/60 mmHg    P: 68 por minutos    R:20 por minutos

➤ Fecha: 06-11-17    Hora de ingreso a SOP: 22:15

#### Reporte Operatorio

Hora inicio intervención: 22:40    Hora final de intervención: 23:45

Anestesia aplicada: Pseudoanalgesia

Operación realizada: Extracción manual de placenta

Legrado uterino puerperal

Traquelorrafia

Episiorrafia

Diagnóstico preoperatorio: HPP: Retención placentaria, desgarro cervical

Diagnóstico postoperatorio: El mismo

Complicaciones: Atonía uterina

Hallazgos: Placenta retenida, desgarro cervical horas 12, 1, 2, 4 y 7,  
desgarro perineal II°

Observaciones: Se colocó misoprostol en recto, oxitocina 30 UI, haemacel

Estado y destino del paciente: Sala de Recuperación

➤ Fecha: 06-11-17

Tratamiento post-SOP

1. Nada por oral (NPO) por 4 horas luego dieta blanda (DB) más líquido a voluntad (LAV)
2. Cloruro de sodio 0.9% más 30UI Oxitocina } XXX gotas por minuto
3. Cefazolina 1 gr EV c/8h
4. Clindamicina 600 mg EV c/8h
5. Metamizol 1 gr EV c/8h

6. CFV-CSV
7. Balance hídrico (BH). Diuresis horaria
8. Sonda vesical
9. Misoprostol 200 ucg 04tab rectal
10. Perfil de coagulación

➤ Fecha: 07-11-17

#### Evolución de la Obstetra

02:30 Paciente sale de SOP por legrado uterino (LU) por retención placentaria + desgarro cervical por atonía uterina.

Al examen: PA: 90/60 mmHg      P: 86 por minuto      R: 20 por minuto

Mamas: blandas, poco secretantes

Abdomen: útero contraído por debajo de cicatriz umbilical

Genitales: loquios hemáticos normales, sonda Foley permeable

Cloruro de sodio 0.9% más 30UI Oxitocina a XXX gotas por minuto pp: 200cc

04:00 Cloruro de sodio 0.9% más 30UI Oxitocina a XXX gotas por minuto II fco

06:00 PA: 100/60 mmHg      P: 84 por minuto      R: 20 por minuto

Puérpera inmediata de parto vaginal post LU x retención placentaria más atonía uterina.

Mamas: blandas, poco secretantes

Abdomen: útero contraído por debajo de cicatriz umbilical

Genitales: loquios hemáticos normales, episiotomía afrontada, sonda foley permeable

Metamizol 1 gr EV lento y diluido Volutrol 100 cc

Clindamicina 600 mg EV lento y diluido Volutrol 100 cc

Cefazolina 1 gr EV 20 cc

Queda con vía permeable pp: 800 cc. Diuresis: 100 cc

06:10 Pasa a Hospitalización

➤ Fecha: 07-11-17

Tratamiento

1. Dieta completa más líquidos a voluntad (DC+LAV)
2. Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc vía
3. Transfusión de 02 paquetes globulares
4. Cefazolina 1gr endovenosa (EV) c/6hs
5. Clindamicina 600 mg endovenosa (EV) c/8h
6. Naproxeno 550 mg vía oral (VO) c/8h

7. Sonda foley permanente
8. Control de diuresis
9. Control de funciones vitales más control sangrado vaginal (CFV+CSV)

#### Evolución de la Obstetra

07:30 Puérpera inmediata más post LU por retención placentaria más atonía uterina permanece en su unidad.

Al examen: Aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado nutrición (AREN), lúcida orientada en tiempo y espacio (LOTEP)

Mamas: blandas, secretantes

Abdomen: blando depresible (b/d) útero contraído a nivel de cicatriz umbilical (CU)

Loquios serohemáticos en poca cantidad

Queda con Cloruro de sodio 9‰ más Oxitocina 30 UI

Diuresis: 200 cc

12:50 Se pasa una (I) unidad de sangre

14:00 Clindamicina 600 mg endovenosa (EV) lento y diluido Volutrol 100 cc

18:00 Cefazolina 1 gr endovenosa (EV) 20 cc

18:00 Naproxeno 550 mg vía oral (VO)

Diuresis: 900 cc con sonda foley permeable

20:00 Puérpera mediata de parto vaginal más legrado puerperal más retención placentaria más traquelorrafia, refiere no presentar molestias.

Al examen: Aparente regular estado general (AREG,) Lúcida orientada en tiempo y espacio (LOTEP), oxigenoterapia 1 Lt por minuto

PA: 100/60 mmHg P: 88 por minuto T: 36.8°C R: 20 por minuto

Mamas: blandos secretantes (b/s)

Útero contraído

Loquios escasos

Sonda foley permeable

22:00 Clindamicina 600 mg endovenosa (EV) lento y diluido Volutrol 100 cc

00:00 Cefazolina 1 gr endovenosa (EV) 20 cc

02:00 Naproxeno 550 mg vía oral (VO)

06:00 Cefazolina 1 gr endovenosa (EV) 20 cc

06:00 Clindamicina 600 mg endovenosa (EV) lento y diluido Volutrol  
100 cc

Diuresis: 1000 cc      Total: 2000 cc

➤ Fecha: 08-11-17

#### Tratamiento

1. Dieta completa más líquido a voluntad (DC + LAV)
2. Clindamicina 600 mg endovenosa (EV) c/8h
3. Transfusión de 01 paquete globular
4. Naproxeno 550 mg vía oral (VO) c/8h
5. Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc } I EV c/12 hs  
Hierro sacarato 100 mg }
6. Control de funciones vitales más control sangrado vaginal (CFV + CSV)

#### Evolución de la Obstetra

08:00 Paciente puerpera mediata de parto vaginal más legrado uterino (LU) puerperal por retención placentaria más traquelorrafia en aparente regular estado general (AREG).

Al examen: PA: 100/70 mmHg      P: 71 por minuto    R: 20 por minuto  
T: 36.2 °C

Mamas: blandas, secretantes

Abdomen: útero contraído por debajo de cicatriz umbilical

Genitales: loquios hemáticos normales

c/CBN O2 1 litro

12:00 Pasando 1 unidad de paquete globular

14:00 Clindamicina 600 mg endovenosa (EV) lento y diluido Volutrol  
100 cc

18:00 Cefazolina 1 gr endovenosa (EV) 20 cc

18:00 Naproxeno 550 mg vía oral (VO)

20:00 PA: 90/60 mmHg    P: 100 por minuto    R: 21 por minuto  
T: 37.3 °C

22:00 Clindamicina 600 mg endovenosa (EV) lento y diluido Volutrol  
100 cc

22:00 Naproxeno 550 mg vía oral (VO)

06:00 Clindamicina 600 mg endovenosa (EV) lento y diluido Volutrol  
100 cc

06:00 Hierro sacarato 100 mg endovenosa (EV) lento y diluido Volutrol  
100 cc

06:00 Naproxeno 550 mg vía oral (VO)

➤ Fecha: 09-11-17      Hora: 08:00

#### Tratamiento

1. Dieta completa más líquido a voluntad DC+LAV
2. Vía salinizada
3. Clindamicina 600 mg endovenosa (EV) c/8h
4. Paracetamol 500 mg vía oral (VO) c/8h
5. Control de funciones vitales (CFV)
6. Control sangrado vaginal (CSV)
7. S/s Hb, Hto
8. Reevaluación con resultados para su alta médica

#### Evolución médica

12:00 Hb: 7.7 gr/dl

Paciente hemodinámicamente estable.

Alta.

Control en 7 días por consultorio externo

### **2.2.6 Epicrisis**

Fecha de ingreso: 06-11-17

Diagnóstico final: Puérpera PV de 3 días Legrado puerperal/Traquelorrafia

Nombre: XXX                  Sexo: Femenino                  Edad: 25 años

Historia médica anterior: Paciente en trabajo de parto

Historia médica actual: Parto eutócico más Retención de placenta más  
Desgarro de cérvix

Estudios realizados: hemoglobina (Hb), transfundir 02 paquetes globulares  
(PG), 02 amp Hierro Sacarato

Evolución: Favorable

Tratamiento:    Legrado puerperal/ Traquelorrafia

Hierro Sacarato 02 amp (2 dosis)

Transfusión 02 paquetes globulares

Alta

Próxima cita en 7 días por consultorio externo

Amikacina 1gr IM c/24h por 2 días

### **2.3. DISCUSIÓN:**

Este caso clínico versa sobre una paciente gestante de 25 años de edad, ama de casa, de estado civil conviviente y estudio superior técnico, que acude a la emergencia de un hospital de EsSalud el día 06 de noviembre del 2016 a las 17:00 horas, manifestando contracciones uterinas frecuentes, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal u otras molestias. Es evaluada,

con funciones vitales estables, dinámica uterina cada 3 minutos y dilatación de 3 cm, incorporación de 70%, membranas íntegras y pelvis ginecoide. Se la diagnostica como: segundigesta nulípara de 39 semanas de edad gestacional por fecha de última regla y trabajo de parto fase latente; tras lo cual el médico indica su hospitalización y pasa a Sala de Dilatación.

A las 19:00 horas la paciente es evaluada con dilatación de 4 cm, incorporación de 90%, altura de presentación en -2 y membranas rotas, líquido claro, continúa en monitoreo materno fetal.

Una hora después es nuevamente evaluada por contracciones uterinas más duraderas, con dilatación de 7 cm, incorporación del cérvix 90%, altura de presentación en -1 y membranas rotas, líquido claro, continúa en monitoreo materno fetal.

A las 21:35 horas la paciente presenta dilatación completa y es llevada a Sala de Partos.

A las 21:42 horas luego de realizada una episiotomía media lateral derecha, se produce expulsivo de recién nacido de sexo femenino, peso: 2900 gr, talla: 47cm, perímetro cefálico (PC): 34cm, perímetro torácico (PT): 33 cm, APGAR 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Al tiempo que se administra oxitocina 10 UI VIM para el manejo activo del alumbramiento.

Se realiza tracción controlada del cordón y se espera signos de desprendimiento pero la placenta no sale, por lo que se comunica a médico de guardia, quien indica pasa paciente a Sala de Operaciones (SOP) por

retención placentaria. Se coloca antibioticoterapia y con funciones vitales estables paciente pasa a SOP.

Le realizan a la paciente extracción manual de placenta, legrado uterino puerperal y traquelorrafia por desgarro cervical, asimismo proceden a suturar episiotomía media lateral derecha.

La paciente hizo atonía uterina, teniendo que colocar Misoprostol vía rectal y Haemacel, logrando controlar la hemorragia.

A las 02:30 horas del día siguiente la paciente es recogida de Sala de Recuperación post legrado uterino por retención placentaria más desgarro cervical más atonía uterina, con sonda foley permeable, funciones vitales estables y útero contraído, pasa a Hospitalización, donde recibe antibioticoterapia y analgésicos.

Luego le transfunden 02 paquetes globulares, por tener anemia moderada hemoglobina (Hb): 7.9 gr/dl.

Su estancia en Hospitalización transcurre con normalidad, recibiendo tratamiento médico indicado. Luego de permanecer 2 días, el médico indica alta. Sale con un control de hemoglobina (Hb): 7.7 gr/dl, estable.

En este caso clínico llama la atención el rápido progreso del trabajo de parto al ser una paciente primípara, pues en menos de 3 horas la paciente completó su trabajo de parto (2.35 Hrs a partir de 4 a 10 cm. de dilatación), considerando un trabajo de parto precipitado, pues según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia un parto precipitado es aquel que

ocurre en menos de 3 horas desde el inicio de las contracciones. En el presente caso clínico, la paciente tuvo un periodo expulsivo de 7 minutos considerándolo como precipitado. Pero sabemos que un parto que ocurre rápidamente o de forma violenta puede provocar desgarros y laceraciones en el canal del parto, como fue el caso de esta paciente, que en realidad el diagnóstico de desgarro cervical fue un hallazgo introoperatorio; ya que la paciente ingresa a Sala de Operaciones por retención placentaria. En este caso el diagnóstico y manejo fue oportuno.

La extracción manual de placenta, la episiorrafia y la traquelorrafia debieron solucionar la hemorragia postparto, pero aún después de realizados estos procedimientos la paciente continuaba sangrando, siendo diagnosticada como atonía uterina por déficit de contracción uterina, esto se puede explicar por una fatiga del músculo uterino al haber realizado un trabajo de parto en tan corto tiempo. El manejo que se tuvo con esta paciente fue administrar misoprostol vía rectal, logrando controlar la hemorragia; sin embargo la paciente debió haber tenido una pérdida sanguínea importante, pasando de una hemoglobina de 14.8 a 7.7 en el postoperatorio. Por ello es muy importante cuantificar adecuadamente la pérdida sanguínea en la historia clínica, para poder reponer correctamente las pérdidas, así como lo es también el adecuado balance hídrico de la paciente. Esta situación hizo necesaria la transfusión de 02 paquetes globulares para compensar a la paciente.

Si revisamos los antecedentes de la paciente, aparentemente no tenía ningún factor de riesgo para hemorragia pos parto, pero como hemos podido

observar esta es una entidad que puede presentarse súbitamente y poner en grave riesgo a la madre y/o su recién nacido.

Finalmente, el manejo adecuado permitió corregir la hemorragia postparto, teniendo una respuesta favorable por parte de la paciente.

#### **2.4. CONCLUSIONES:**

- ❖ La hemorragia postparto inmediato fue debido a la conjunción de tres factores: retención placentaria, desgarro cervical y atonía uterina, los cuales son las 3 causas más frecuentes de hemorragia puerperal.
- ❖ La manifestación clínica de hemorragia pos parto que presentó la paciente fue el sangrado vaginal persistente pese a haber realizado el manejo activo del alumbramiento, pero sin que ocurra el desprendimiento de la placenta. Luego de corregido este factor hubo también falta de contractibilidad uterina y sangrado profuso, ante lo cual se diagnosticó atonía uterina.
- ❖ El diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto fue adecuado, se tomaron las acciones correctas y oportunas. Para corregir la retención placentaria se hizo la extracción manual de la placenta en Sala de Operaciones bajo anestesia, se realizó un legrado uterino puerperal para extraer restos placentarios y se suturaron los desgarros cervicales que se hallaron. Para el manejo de la atonía uterina se empleó prostaglandinas

(misoprostol) vía rectal, teniendo el efecto deseado para detener la hemorragia, logrando resolver el problema.

## **2.5. RECOMENDACIONES**

- ❖ El equipo de salud debe estar adecuadamente capacitado y entrenado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse como la hemorragia postparto, identificando inmediatamente las causas más frecuentes de hemorragia puerperal, tomando en cuenta las denominadas “4T”, tono uterino, tejido, trauma y trombina.
  
- ❖ Reconocer las manifestaciones clínicas en la paciente así como el control permanente de los signos vitales para poder realizar el diagnóstico correcto de la complicación que se está presentando y poder brindar una solución eficaz.
  
- ❖ El tratamiento más efectivo de la atonía uterina es la prevención, por lo tanto es fundamental la evaluación de los factores de riesgo maternos mediante la realización de una buena historia clínica en el embarazo, que nos mantenga alerta ante una posible complicación. Si la atonía uterina se presenta, su manejo debe ser precoz, brindando el tratamiento de primera línea (masaje uterino, compresión bimanual, uso de uterotónicos, entre otros) y evitando que pueda presentarse el choque hipovolémico; ya que una vez que éste se afianza es mucho más difícil de poder manejarlo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Clachar Hernández G, Araque Arce B. Hemorragia Postparto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2014; LXXI(609): p. 79 - 84.
2. Dirección General de Epidemiología. Boletín epidemiológico (Lima-Perú). Lima: MINSA, Lima; 2015.
3. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54: p. 233-243.
4. CENETEC. Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato. [Online].; 2009 [cited 2018 01 10. Available from:  
[www.cenetec.salud.gob.mx/HEMORRAGIA\\_OBSTETRICA/Imss\\_162ER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/HEMORRAGIA_OBSTETRICA/Imss_162ER.pdf).
5. Asturizaga P, Toledo Jaldin L. Hemorragia Obstétrica. Rev Med La Paz. 2014 Julio - Diciembre; 20(2).
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la hemorragia postparto. Guía de Práctica Clínica. [Online].; 2013 [cited 2018 01 10. Available from: [www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Guía-de-hemorragia-postparto.pdf](http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Guía-de-hemorragia-postparto.pdf).
7. Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. [Online].; 2012 [cited 2018 01 10. Available from:  
[apps.who.int/iris/bitstream/10665/1/9789241548502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/1/9789241548502_eng.pdf).

8. Flores Suárez JC. Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto Durante el Puerperio Inmediato en las Mujeres Gestantes Atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, Período Marzo-Agosto 2015. Tesis de pregrado. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2016.
9. Cruz Altamirano NM. Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital José María Velasco Ibarra octubre 2013 – marzo 2014. Tesis de pregrado. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016.
- 10 Palomo Tercero JB. Incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina. . Tesis de postgrado. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2014.
- 11 Butwick A, Carvalho B, El-Sayed Y. Risk factors for obstetric morbidity in . patients with uterine atony undergoing Caesarean delivery. British Journal of Anaesthesia. 2014; 113(4): p. 661–8.
12. Madariaga De la Roche A. Hemorragia postparto en pacientes con obesidad y/o anemia durante el embarazo : revisión sistemática. Tesis de postgrado. Bogotá: Universidad Colegio Mayor del Rosario; 2012.
13. Vásquez Calderón AR. Obesidad materna como factor de riesgo de hemorragia post parto por atonía uterina, Hospital Regional Docente de Trujillo, periodo 2004-2013. Tesis de pregrado. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2016.
14. Gil Cusirramos MA. Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por

- atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero - septiembre del 2015. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
15. Altamirano Girano PA. Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2012.
  16. Ruiz-Rosas R, Cruz-Cruz PdR, Torres-Arreola LdP. Hemorragia obstétrica, causa de muerte materna. IMSS, 2011. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012; 50(6): p. 659-664.
  17. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32(1): p. 159-167.
  18. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Hemorragia posparto precoz. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(8): p. 497-505.
  19. Álvarez-Silvares E, García-Lavandeira S, Rubio-Cid P. Factores de riesgo de la evolución de la hemorragia posparto a hemorragia posparto severa: estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex. 2015; 83: p. 437-446.
  20. F. Gary Cunningham M. Obstetricia de Williams. 22A. Edición México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.de C.V.; 2005.